



CURSO TÉCNICO EM
ENFERMAGEM

Anotação de Enfermagem: *sua importância e especificidades*



**CURSO TÉCNICO EM
ENFERMAGEM**

Anotação de Enfermagem: *sua importância e especificidades*

**SÃO PAULO | SP | BRASIL
2026**

FICHA CATALOGRÁFICA

Anotação de Enfermagem: sua importância e especificidades [livro eletrônico] /
Claudia Palhano Castanho, Ligia Ribeiro da Silva Tonuci, Shirley da Rocha Afonso
(autora e organizadora). – 1. ed. – 10. vol. – São Paulo : Centro Paula Souza, 2026.

10 Livro digital.
273 f. : il.
Inclui bibliografia e ilustrações

Disponível em: <https://sdmepp.cps.sp.gov.br/>
ISBN 978-65-87877-61-7

Livro eletrônico – 1. Anotação. - 2. Regras. - 3 Prontuário. – 4. Enfermagem. I.
Castanho, Claudia Palhano. II. Tonuci, Ligia Ribeiro da Silva. III. Afonso, Shirley. IV.
Centro Paula Souza. Cetec Capacitações.

CDD 610.7



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

GOVERNADOR	Tarcísio de Freitas
VICE-GOVERNADOR	Felício Ramuth
SECRETÁRIO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO	Vahan Agopyan



CENTRO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA PAULA SOUZA

PRESIDENTE	Clóvis Dias
VICE-PRESIDENTE	Maycon Geres
CHEFE DE GABINETE DA PRESIDÊNCIA	Otávio Moraes
COORDENADORA GERAL DA PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E PESQUISA	Juliana Augusta Verona
COORDENADOR GERAL DO ENSINO SUPERIOR DE GRADUAÇÃO	Robson dos Santos
COORDENADOR GERAL DO ENSINO MÉDIO E TÉCNICO	Divanil Antunes Urbano
COORDENADOR GERAL DA FORMAÇÃO INICIAL E EDUCAÇÃO CONTINUADA	José Eduardo Charbel
COORDENADORA GERAL DE INFRAESTRUTURA	Bruna Fernanda Ferreira
COORDENADOR GERAL DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS	Armando Natal Maurício
COORDENADOR GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS	Vicente Mellone Junior
COORDENADOR DA ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO	André Velasques de Oliveira
COORDENADORA DA ASSESSORIA DE INOVAÇÃO TECNOLÓGICA	Ariane Serafim
COORDENADORA DA ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS	Marta Iglesias
COORDENADOR GERAL DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO ESTRATÉGICO	Marcelo Capuano
ASSESSOR DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS	Aldie Trabachini



EXPEDIENTE

ORGANIZADORA Shirley da Rocha Afonso

AUTORAS Claudia Palhano Castanho
Ligia Ribeiro da Silva Tonuci
Shirley da Rocha Afonso

EDITORA Centro Paula Souza

REVISÃO TÉCNICA E DE TEXTO Rosangela Aparecida da Silva
Samira Rodrigo Silva Alves

ILUSTRAÇÃO Diego Pereira dos Santos

COORDENADOR DE CRIAÇÃO Jefferson J. A. Santana

**PROJETO GRÁFICO E
DIAGRAMAÇÃO** José Gomes da Silva Neto
Rafael Vedovoto Zoccoler

IMAGENS ILUSTRATIVAS Flaticon.com
Pexels.com



SOBRE AS AUTORAS



SHIRLEY DA ROCHA AFONSO

Enfermeira. Coordenadora de Projetos em Saúde, Cetec Capacitações, Centro Paula Souza, São Paulo

Licenciada no Programa Especial de Formação de Docentes para a Educação Básica, pelo Instituto Federal de São Paulo, em 2019. Especializada em Planejamento, Implantação e Gestão em Educação à Distância, pela Universidade Federal de Fluminense, em 2015, e em Enfermagem Gerontológica e Geriátrica, pela Universidade Federal de São Paulo, em 2008. Pós-graduada em Docência no Ensino Médio, Técnico e Superior na Área de Saúde, pela Faculdade de Pinhais, em 2009. Possui Graduação em Enfermagem, pela Universidade Paulista, em 2006. Atuou como enfermeira executora e vice-presidente na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Foi coordenadora da Comissão Organizadora de Curativos, e supervisora da Comissão de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde. É professora do Curso Técnico em Enfermagem e Coordenadora de Projetos em Enfermagem na Unidade de Ensino Médio e Técnico do Centro Paula Souza. É membro associada da Associação de Aprendizagem Baseada em Problemas e Metodologias Ativas de Aprendizagem (PAN-PBL). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração de Serviços de Saúde e Gerenciamento de Enfermagem (GEPAG) da EPE-UNIFESP e participa das reuniões do Grupo de Estudos e Pesquisas em Memórias e Histórias da Educação Profissional (GEPEMHEP) do Centro Paula Souza.



**CLAUDIA PALHANO
CASTANHO**

Enfermeira. Docente da Etec
Coronel Fernando Febeliano
da Costa

Possui Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem, pela UNIARARAS. Pós-Graduada em Administração em Hotelaria, pelo SENAC. Especializada em Enfermagem em Ginecologia e Planejamento Familiar, pela CAED, e em Enfermagem do Trabalho, pela FUNDACENTRO. Graduação em Enfermagem, pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Foi docente da EEPSG “Comendador Emílio Romi” Santa Bárbara D’Oeste- SP e SENAC, Piracicaba e Especialização em Administração em Educação com Ênfase em Educação Profissional e Tecnológica, pela Faculdade Campos Elíseos. Atualmente é docente da Etec Coronel Fernando Febeliano da Costa.



**LIGIA RIBEIRO DA
SILVA TONUCI**

Enfermeira e Farmacêutica.
Docente da Etec Antônio de
Pádua Cardoso

Possui graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Barão de Mauá (1989), graduação em Farmácia pela Universidade de Ribeirão Preto (1997), especialização em Enfermagem do Trabalho pela Universidade de São Paulo (1991), formação Pedagógica em Enfermagem área generalista pelo Centro Universitário Barão de Mauá (2000), especialização em enfermagem em obstetrícia pela Universidade do Sagrado Coração (2002), especialização em Saúde da Família pela Universidade de São Paulo (2003), Educação Profissional na área de saúde Enfermagem pelo Fundação Oswaldo Cruz(2005), Mestrado-profissionalizante em Tecnologia Ambiental pela Universidade de Ribeirão Preto (2006), Licenciada em Pedagogia pelo Centro Universitário Claretiano (2011), Doutorado em Ciências Biológicas e Saúde pela Universidade de Franca (2013), aperfeiçoamento em Educação para Jovens e Adultos pelo Centro Paula Souza (2016), Formação Pedagógica para Educação Profissional de Nível Médio pelo Centro Paula Souza (2017). Orientadora Educacional 2018/2019, atualmente coordenadora e docente do Curso Técnico em Farmácia e docente do Curso Técnico em Enfermagem.



O CENTRO PAULA SOUZA

O Centro Paula Souza (CPS) é uma autarquia do Governo do Estado de São Paulo, vinculada à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação. Presente em mais de 300 municípios, a instituição administra 229 Escolas Técnicas (Etecs), 87 Faculdades de Tecnologia (Fatecs) estaduais e 296 Classes Descentralizadas (unidades que oferecem um ou mais cursos, sob a administração de uma Etec). Atualmente, o CPS tem mais de 300 mil alunos matriculados em cursos técnicos de nível médio e superiores tecnológicos.

Nas Etecs, mais de 220 mil estudantes estão matriculados nos Ensinos Técnico, Integrado, Médio e Especialização Técnica, incluindo habilitações nas modalidades presencial, semipresencial e online. As Etecs oferecem 262 cursos, voltados a todos os setores produtivos públicos e privados.

Já as Fatecs atendem cerca de 84 mil alunos matriculados mais 100 cursos superiores, em diversas áreas, como Construção Civil, Mecânica, Informática, Tecnologia da Informação, Turismo, entre outras.

O CPS oferece ainda Formação Inicial e Continuada e Pós-Graduação (lato e stricto sensu).

A instituição também é reconhecida como Instituto de Ciência e Tecnologia (ICT), uma organização sem fins lucrativos de administrações públicas ou privadas, que tem como principal objetivo a criação e o incentivo a pesquisas científicas e tecnológicas.

O reconhecimento se deu por unanimidade em reunião do Conselho das Instituições de Pesquisa do Estado de São Paulo (Consip), realizada em 14 de setembro de 2021.

A Resolução SDE nº 60, de 30 de dezembro de 2021 foi publicada no Diário Oficial do Estado, em 4 de janeiro de 2022 e passou a vigorar a partir desta data. (CPS, primeiro semestre de 2026).



PREFÁCIO

O material didático para o Ensino Técnico contempla, entre outros, dois aspectos importantes: dar conta das constantes incorporações de tecnologias aos processos de trabalho e induzir novos procedimentos didáticos no processo de construção de competências.

O trabalho de cuidar de pessoas exige uma formação profissional que contemple o desenvolvimento de competências associadas à sensibilidade, para que o uso das novas tecnologias não distancie o técnico em enfermagem dos pacientes, fazendo com que a atenção à saúde seja sempre um processo que entrelace as competências socioemocionais com as habilidades no uso das tecnologias.

Para que isso se desenvolva, ao longo do curso técnico em enfermagem, os roteiros didáticos devem inspirar professores e alunos quanto às pesquisas e aos trabalhos, individuais e coletivos, sobre os diferentes temas tratados nesta publicação.

São Paulo, junho de 2026.

LUCILIA GUERRA

Superintendente

Superintendência de Desenvolvimento de
Materiais Educacionais e Programas Pedagógicos



APRESENTAÇÃO

Este livro constitui a oportunidade do conhecimento relacionado à Anotação de Enfermagem: sua importância e especificidades.

Muito se fala sobre aprendizagem significativa, visão holística da assistência, importância da anotação de enfermagem e suas especificidades, mas poucas são as publicações que direcionam a aprendizagem nesse sentido. Por isso surgiu a ideia desta obra que tem como principal objetivo oferecer um repertório de assuntos como estratégias de ensino-aprendizagem.

As autoras colocaram na obra uma paixão evidente pelo que acreditam, pelo ideal de evolução do serviço de enfermagem.

O formato dinâmico e inovador permite uma ampla utilização, tanto por estudantes de enfermagem, a fim de aproximar a teoria da prática, quanto por profissionais de enfermagem no sentido de atualização.

A obra das autoras contribui decisivamente para essa conquista!

JEAN PIERRE BONCOMPANI¹

¹ Graduado em Enfermagem pela Claretiano, Centro Universitário (Bacharele Licenciatura). Especializado em Gestão em Saúde e MBA em Gestão em Saúde e Administração Hospitalar. Atualmente é Gestor e Responsável Técnico da Clínica Domus Claret de Batatais-SP e docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Claretiano, Centro Universitário.



PALAVRAS DOS PROFESSORES

BOAS-VINDAS AOS NOSSOS ALUNOS

Prezados(as) alunos(as),

É imensa a satisfação em tê-lo(a) como aluno(a) na modalidade a distância da disciplina optativa de “**ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM**”.

Estamos empenhados em oferecer-lhe todas as condições para que complete de maneira significativa o processo de ensino e aprendizagem no Curso Técnico em Enfermagem.

Quando você estuda uma disciplina na modalidade a distância, exige-se automotivação, organização e disciplina. Isso lhe proporcionará o desenvolvimento da autonomia e ampliação de conhecimentos, usando ferramentas tecnológicas e educacionais.

Temos certeza que muito agregará ao seu conhecimento, transformando suas experiências e vivências pessoais em um saber crítico e reflexivo.

Vamos tratar, aqui, dos aspectos legais e especificidades nas diversas clínicas e situações.

Contamos com a sua participação, pois sem ela não haverá discussão e reflexão sobre os assuntos que serão tratados.

Qualquer sugestão de melhoria será bem-vinda.



O PROJETO

O projeto **“Apoios didáticos e de complementação da aprendizagem em Enfermagem: elaboração de Mídias Digitais”** é um trabalho desenvolvido pela Cetec Capacitações – Centro Paula Souza – que, por meio do acompanhamento da implantação de estratégias inovadoras de ensino e utilizando a Metodologia Diferenciada, elabora conteúdos didáticos teórico-práticos digitais a fim de promover a integração do processo de ensino e aprendizagem de maneira mais significativa no **Curso Técnico em Enfermagem**, além de proporcionar a atualização técnico-científica de professores-enfermeiros.

É importante destacar, que refletir sobre a necessidade de aprimorar o aprendizado do aluno Técnico de Enfermagem, utilizando métodos sistemáticos para tomar decisões, é reconhecida pelo mercado de trabalho como uma habilidade essencial para se definir um perfil profissional adequado. Por isso, é fundamental ocupar-se com os processos educativos e como eles se processam na aprendizagem desse aluno.

Partindo dessa linha de pensamento, faz-se necessário acompanhar a aprendizagem e planejar estratégias de ensino que complementem a apreensão de conteúdos teórico-práticos, essenciais para formação de alunos no Curso Técnico em Enfermagem.

No que diz respeito ao uso de **mídias digitais**, é preciso estimular a formação de alunos para além da sala de aula, com ênfase na reflexão crítica sobre sua responsabilidade social, ética e técnica. Para isso, a escola precisa criar espaços acadêmicos para que essas discussões possam ocorrer e desenvolver o comprometimento com a sociedade em que os alunos estão inseridos. Neste caso, o Ambiente Virtual de Aprendizagem é um espaço que acomoda as mídias digitais, favorecendo o desenvolvimento de processos de ensino aprofundados, norteados e centrados e preocupados com uma aprendizagem significativa.



ÍCONES E LEGENDAS UTILIZADOS

ÍCONE	SIGNIFICADO DA LEGENDA
	Saiba Mais: É possível complementar os estudos acessando os arquivos e sites sugeridos. O objetivo é oportunizar subsídios de aprimoramento do processo de aprendizagem sobre o conteúdo estudado.
	Curiosidade: A caixa de texto apresenta aspectos, fatos e acontecimentos interessantes relacionados aos conteúdos de abordagem.
	Para refletir: Você é convidado a organizar os pensamentos relacionados ao novo conhecimento e relacionar estes conteúdos à prática da formação.
	Vamos praticar: Ao longo de todo o material didático você é convidado a realizar atividades de fixação da aprendizagem.
	Hora do vídeo: Neste momento, você é convidado a fazer uma pausa para assistir ao vídeo relacionado ao tema.
	Observação: São alertas que necessitam ser identificados como destaques para o aprendizado.



DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E HABILIDADES SOBRE A ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Ao final do semestre, para a sua formação, espera-se que você tenha alcançado as seguintes competências profissionais:



COMPETÊNCIAS

Identificar as regras gerais e específicas para a Anotação de Enfermagem, segundo as normas e rotinas estabelecidas pelo COFEN e COREN-SP.

Formular ideias gerais a respeito da Anotação de Enfermagem em seu âmbito geral, exercitando a escrita de maneira clara e concisa no registro dos cuidados de enfermagem prestados.

Contextualizar os aspectos da Anotação de Enfermagem nas diversas clínicas de cuidados em saúde.

Interpretar as legislações específicas que abrangem os aspectos legais referentes à Anotação de Enfermagem.



HABILIDADES

Relacionar a Anotação de Enfermagem e os aspectos legais inerentes.

Relacionar a legislação referente ao prontuário do paciente e as normas que orientam as anotações e registros dos cuidados de enfermagem prestados.

Identificar as diferenças da Anotação de Enfermagem e Evolução de Enfermagem.

Relacionar os profissionais de enfermagem e suas atribuições.

Realizar as anotações de enfermagem seguindo regras gerais.

Distinguir as diversas clínicas e suas especificidades na anotação de enfermagem.

Registrar as anotações de enfermagem de forma clara, objetiva e concisa.

Relacionar a importância da comunicação ao ato de cuidar.

Comunicar fatos e atividades com clareza e objetividade, utilizando-se da comunicação em enfermagem.



BASES TECNOLÓGICAS

Perfil do Profissional de Enfermagem

- Enfermeiro
- Técnico de enfermagem
- Auxiliar de enfermagem
- Parteira

Aspectos legais da Anotação de Enfermagem

- Registro das ações de enfermagem no prontuário do paciente
- Novo código de ética dos profissionais de enfermagem
- Processo ético dos conselhos de enfermagem
- Prontuário do paciente

A importância da comunicação no ato de cuidar

- Falando em comunicação
- A importância da anotação de enfermagem para o paciente
- A importância da anotação de enfermagem para o profissional

Regras para Anotação de Enfermagem

- Anotação, registro e evolução de enfermagem

Anotação de Enfermagem em Clínica Médica

Anotação de Enfermagem em Clínica Cirúrgica

Anotação de Enfermagem em Centro Cirúrgico

Anotação de Enfermagem em Pediatria

Anotação de Enfermagem Maternidade

Anotação de Enfermagem Unidade de Terapia Intensiva

Roteiro de Admissão e Alta do paciente

Legislações



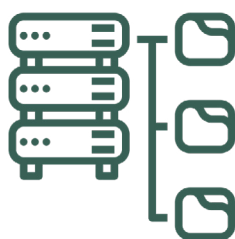
OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Perceber as diferenças entre as diversas anotações de enfermagem e desenvolver a capacidade crítica para realizar as mesmas, sendo assertivo, objetivo e sucinto.



EVIDÊNCIA DE APRENDIZADO

- 1 - Registra com clareza as anotações de enfermagem;
- 2 - Reconhece as funções de cada profissional de enfermagem;
- 3 - Reconhece as anotações de enfermagem em diversas clínicas e suas especificidades;
- 4 - Acompanha a legislação referente às anotações e registros de enfermagem;
- 5 - Aponta as diferenças e importância das anotações de enfermagem para o paciente e profissional;
- 6 - Identifica a importância das anotações de enfermagem para o paciente;
- 7 - Relaciona a importância da comunicação com as atividades de cuidado e a Anotação de Enfermagem.



ORGANIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS

CAPÍTULOS	ATIVIDADES SUGERIDAS		TEMPO ESTIMADO
Perfil do profissional de enfermagem	Saiba mais	Lei do exercício profissional de enfermagem	30 minutos
	Saiba mais	Registro de enfermagem e a atuação profissional	1h30
	Vamos praticar	Perfil profissional	30 minutos
Aspectos legais da anotação de enfermagem	Saiba mais	Resolução COFEN n. 429/2012	30 minutos
	Saiba mais	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem	30 minutos
	Hora do vídeo	Código de ética da enfermagem	10 minutos
	Saiba mais	Resolução COFEN	30 minutos
	Saiba mais	Prontuário único	30 minutos
	Saiba mais	Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil	30 minutos
	Vamos praticar	Aspectos legais	1 hora
A importância da comunicação no ato de cuidar	Vamos refletir	Reflexão sobre a comunicação	50 minutos
	Saiba mais	Guia de Recomendações do COFEN	30 minutos
	Hora do vídeo	Generalidades	5 minutos
	Hora do vídeo	Documentos gerenciais	4 minutos
	Hora do vídeo	Processo de Enfermagem	6 minutos
	Hora do vídeo	Anotações de Enfermagem	4 minutos
	Saiba mais	Implicações legais	20 minutos
	Vamos praticar	Anotação de Enfermagem	40 minutos
Regras para Anotações de Enfermagem	Saiba mais	Guia de Recomendações do COFEN	30 minutos
	Vamos praticar	Anotação e Evolução	30 minutos
Anotação de enfermagem em Clínica Médica	Saiba mais	Siglário	15 minutos
	Vamos praticar	Clínica Médica	10 minutos
Anotação de enfermagem em Clínica Cirúrgica	Vamos praticar	Pré-operatório	15 minutos

CAPÍTULOS	ATIVIDADES SUGERIDAS		TEMPO ESTIMADO
Anotação de enfermagem em Centro Cirúrgico	Vamos praticar	Cirurgia segura	15 minutos
Anotação de enfermagem em Pediatria	Vamos praticar	Anotação de enfermagem pediátrica	10 minutos
Anotação de enfermagem em Maternidade	Hora do vídeo	O que anotar?	3 minutos
	Vamos praticar	Maternidade	10 minutos
Anotação de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva	Saiba mais	Requisitos de funcionamento de uma UTI	20 minutos
	Hora do vídeo	Histórias das UTI	4 minutos
	Hora do vídeo	Conceitos Básicos de UTI	5 minutos
Tempo estimado para os estudos			34h50min



ROTEIRO DE ESTUDO

Contexto

-
-
-
-
- Anotação de enfermagem
- Objetivos
- Implicações legais



Palavras-chave

-
-
-
-
- Anotação
- Regras
- Prontuário
- Enfermagem



Princípios

-
-
-
-
- Realizar a anotação de enfermagem, seguindo regras gerais e específicas



Técnicas

-
-
-
-
-
-
-
-
- 1. Faça a leitura do tema nos diversos tópicos;
- 2. Pesquise mais sobre o tema em outros canais de mídia e busque maior domínio do assunto;
- 3. Acesse os "Saiba Mais" procurando aprofundar seus estudos;
- 4. Pratique nos exercícios propostos e conclua seu aprendizado.

Para um melhor aproveitamento de seus estudos, sugerimos:

- Faça a leitura dos capítulos e temas com atenção e tempo;
- Pratique os exercícios propostos e confira os gabaritos;
- Retorne ao conteúdo quantas vezes achar necessário;
- Faça pesquisas em outros canais de mídia.
- Detalhe e aprofunde seu conhecimento.



MATERIAL COM
INTERATIVIDADE

SUMÁRIO

1. Perfil do profissional de enfermagem	29
1.1 Enfermeiro.....	31
1.2 Técnico de Enfermagem	32
1.3 Auxiliar de Enfermagem	32
1.4 Parteira.....	33
2. Aspectos legais da anotação de enfermagem.....	35
2.1 Registro das ações profissionais no prontuário do paciente.....	37
2.2 Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem	38
2.3 Processo Ético dos Conselhos de Enfermagem.....	39
2.4 Prontuário do Paciente	40
3. A importância da comunicação no ato de cuidar.....	45
3.1 Falando sobre Comunicação	47
3.2 Importância das anotações de enfermagem para o paciente.....	48
3.3 A Importância das anotações de enfermagem para o profissional..	49
4. Regras para Anotações de Enfermagem.....	57
4.1 Anotação, Registro e Evolução em Enfermagem	63
5. Anotação de Enfermagem em Clínica Médica	67
6. Anotação de Enfermagem em Clínica Cirúrgica	73
7. Anotação de Enfermagem em Centro Cirúrgico	81
8. Anotação de Enfermagem em Pediatria	91
9. Anotação de Enfermagem em Maternidade	97
10. Anotação de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.....	105
11. Roteiro de admissão e alta do paciente: o que anotar? ...	113
REFERÊNCIAS	119
Pesquisa complementar	125
Legislações	129
LEI N 7.498/86.....	131
DECRETO N 94.406/87	135
Resolução COFEN N 311/2007	140
Resolução COFEN N 358/2009	141
Resolução COFEN N 370/2010	144

Resolução COFEN N 429/2012	162
Resolução COFEN N 448/2013	165
Resolução COFEN N 461/2014	166
Resolução COFEN N 514/2016	168
Resolução COFEN N 545/2017	170
Resolução COFEN N 564/2017	172
Portaria MS/SAS/92	183
Portaria Ministerial 529/2013	184
Resolução CFM N 1.638/2002.....	190

Gabarito193

1 – Perfil do profissional de enfermagem.....	195
2 – Aspectos legais da anotação de enfermagem	197
3 – A importância da comunicação no ato de cuidar	199
4 – Regras para Anotações de Enfermagem	201
5 – Anotação de Enfermagem em Clínica Médica.....	203
6 – Anotação de Enfermagem em Clínica Cirúrgica	204
7 – Anotação de Enfermagem em Centro Cirúrgico	205
8 – Anotação de Enfermagem em Pediatria.....	206
9 – Anotação de Enfermagem em Maternidade.....	207

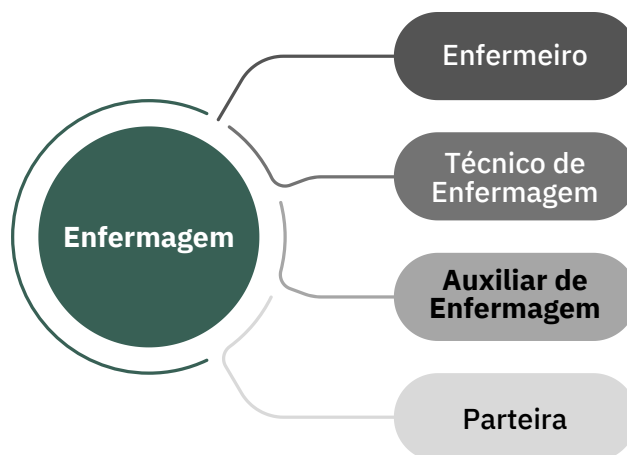
Capítulo 1

Perfil do profissional de **Enfermagem**

ORGANOGRAMA DA ENFERMAGEM



Fonte: Enfermeiro enf. Wikipedia. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Enfermeiro_enf.png.



CURIOSIDADE

Segundo a Resolução COFEN 218/1999, a simbologia aplicada à Enfermagem :

Os significados dados aos símbolos utilizados na Enfermagem são os seguintes:

Lâmpada: caminho, ambiente;

Cobra: magia, alquimia;

Cobra cruz: ciência;

Seringa: técnica

Cor verde: paz, tranquilidade, cura, saúde

Pedra Símbolo da Enfermagem: Esmeralda

Cor que representa a Enfermagem: Verde Esmeralda

Símbolo: lâmpada, conforme modelo apresentado

Brasão ou Marca de anéis ou acessórios:

Enfermeiro: lâmpada e cobra cruz;

Técnico e Auxiliar de Enfermagem: lâmpada e seringa

Fonte: COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 218/1999 de 09 de junho de 1999. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2181999_4264.html. Acesso em: 12 jun. 2020.

1.1 Enfermeiro

O Enfermeiro, de acordo com Assis (2017), é o profissional responsável pela supervisão de todas as atividades de enfermagem, realizadas por Técnicos e Auxiliares da área.

Tem a responsabilidade de realizar a assistência de enfermagem aos pacientes com agravos de saúde em alto grau de complexidade de cuidado (COREN, 2013).

Suas ações estão na coordenação, planejamento e supervisão da assistência e cuidados de enferma-

gem prestados a todos os pacientes. Atua nas áreas assistenciais, administrativa, gerenciais e educacionais.

Tem como características um perfil de liderança e chefia de uma equipe, executando ações com boa comunicação e tendo uma visão global de todo o atendimento em saúde (POSTTV, 2020).

Fonte: Queen's University. School of Nursing.
Disponível em: <https://www.flickr.com>.



SAIBA MAIS

LEI DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Para compreender um pouco mais a respeito das profissões pertencentes à categoria de enfermagem, leia o Decreto n. 94.406/87, que regulamenta a Lei n. 7.498/86.

É possível realizar a leitura completa do Decreto n. 94.406/87 acessando o capítulo Legislações.

1.2 Técnico de Enfermagem

É o profissional de nível médio que detém o título de Técnico de Enfermagem (ASSIS, 2017).

Suas ações estão na execução de atividades ao paciente com agravos de média e baixa complexidades (COREN, 2013). Atua na equipe de saúde, sob a supervisão do enfermeiro, realizando funções básicas de orientação, prevenção e manutenção da saúde, incluindo ações de reabilitação e recuperação (POSTTV, 2020).

1.3 Auxiliar de Enfermagem

Profissional de nível médio que detém o título de Auxiliar de Enfermagem (ASSIS, 2017).

Realiza funções de cuidados e de orientações com baixa complexidade, supervisionado pelo enfermeiro, exercendo seu trabalho em todas as ações de saúde coletiva e hospitalar (COREN, 2013; POSTTV, 2020).

Os aspectos principais de seu perfil são:

- Organização;
- Trabalho em equipe;
- Boa comunicação.

Deve ter uma visão global de todo o atendimento para poder prestar um serviço com qualidade.



Fonte: Queen's University. School of Nursing students in the SIM Lab. Disponível em: <https://www.flickr.com>.



SAIBA MAIS

REGISTRO DE ENFERMAGEM E A ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Para saber um pouco mais sobre as ações de cada profissional de enfermagem e sua relação com o Registro de Enfermagem, acesse os arquivos abaixo e conheça o Manual de Orientação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu e a aula apresentada pelas enfermeiras Aldenora Laísa P. Carvalho Cordeiro e Wiede Dayane M. Nascimento, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Acesse os conteúdos:

1. Registros de Enfermagem: aspectos éticos e legais no serviço público. Link do site: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/2017-Registros-de-Enfermagem-Parte-II.pdf/c129ca07-c-58f-4cb4-99e5-322d767821db>.
2. Manual de Orientação: anotação de enfermagem. Link do site: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/Manual-Anotacao-Enfermagem.pdf>

Fonte:

Manual de Orientação: anotação de enfermagem. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 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: 03 abr. 2020.

Registros de Enfermagem: aspectos éticos e legais no serviço público. HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, 2017. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/document-s/147715/0/2017-Registros-de-Enfermagem-Parte-II.pdf/c129ca07-c58f-4cb4-99e5-322d767821db>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

1.4 Parteira

Segundo COFEN (1986), a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986 e Decreto nº 94.406/87 são parteiras (COREN, 1987):

- a titular de certificado previsto no Art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;
- a titular do diploma ou certificado de Parteira.



VAMOS PRATICAR

PERFIL PROFISSIONAL

QUESTÃO 1

O Enfermeiro é o profissional responsável pela _____ e _____ de todas as atividades de enfermagem, realizadas por Técnicos e Auxiliares da área.

- () A comunicação e condução
- () B ampliação e redação
- () C supervisão e execução
- () D nenhuma das anteriores

QUESTÃO 2

As ações do Técnico de Enfermagem estão na execução de atividades ao paciente com agravos de _____ e _____ complexidades

- ☐ A Alta e Média
- ☐ B Baixa e Alta
- ☐ C Média e Alta
- ☐ D Nenhuma das anteriores

QUESTÃO 3

O Auxiliar de Enfermagem exerce seu trabalho em algumas ações coletivas e hospitalares

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

QUESTÃO 4

Enumere a segunda coluna de acordo com a primeira.

- | | |
|----------------------------|--|
| 1 - Enfermeiro | ☐ Suas ações estão na execução de atividades ao paciente com agravos de média e baixa complexidades. |
| 2- Técnico de enfermagem | ☐ Tem a responsabilidade de realizar a assistência de enfermagem aos pacientes com agravos de saúde em alto grau de complexidade de cuidado. |
| 3 - Auxiliar de enfermagem | ☐ Realiza funções de cuidados e de orientações com baixa complexidade. |

- ☐ A 2, 3, 1.
- ☐ B 2, 1, 3.
- ☐ C 3, 1, 2.
- ☐ D 3, 2, 1.
- ☐ E 1, 2, 3.

QUESTÃO 5

Assinale a única alternativa correta.

- ☐ A O Técnico de enfermagem é o profissional de nível médio que detém o título de Enfermeiro.
- ☐ B O Auxiliar de Enfermagem realiza funções de cuidados e de orientações com baixa complexidade, supervisionado pelo técnico em enfermagem.
- ☐ C O técnico em Enfermagem é o profissional que tem a responsabilidade de realizar a assistência de enfermagem aos pacientes com agravos de saúde em alto grau de complexidade de cuidado.
- ☐ D O Enfermeiro é o profissional responsável pela supervisão de todas as atividades de enfermagem, realizadas por Técnicos e Auxiliares da área.
- ☐ E Os profissionais de enfermagem devem ter uma visão superficial de todo o atendimento para poder prestar um serviço com qualidade.

QUESTÃO 6

Identifique a frase abaixo como verdadeira ou falsa e justifique sua resposta.

“O técnico em enfermagem tem como características o perfil de liderança e chefia de uma equipe, executando ações com boa comunicação e tendo uma visão global de todo o atendimento em saúde.”

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

Capítulo 2

Aspectos legais da
**Anotação
de Enfermagem**

2. ASPECTOS LEGAIS DA ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

São registros elaborados com padrões éticos, em acervo documental padronizado pelas instituições (COFEN, 2016). Devem ser concisos e organizados, relatando todos os procedimentos e cuidados prestados ao paciente.

Os registros realizados pela equipe de enfermagem, de acordo com Coren (2013), em qualquer ambiente de trabalho, preservam a integridade do profissional e do paciente. Garante, dentro do seu processo de cuidar, o registro da assistência prestada durante as 24 horas ininterruptas, a informação para compreensão do estado de saúde do paciente.

2.1 Registro das ações profissionais no prontuário do paciente

Resolução COFEN N 429/2012

Segundo COFEN (2012), a resolução 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”, em resumo pode-se evidenciar que:

Algumas das considerações estão fundamentadas no disposto abaixo:

- Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e no Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta o exercício da Enfermagem (COFEN, 1986);
- Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 311, de 8 de fevereiro de 2007, naquilo que diz respeito, no prontuário, e em outros documentos próprios da Enfermagem, de informações referentes ao processo de cuidar da pessoa, família e coletividade humana (Artigos 25, 35, 41, 68, 71 e 72), e naquilo que diz respeito ao sigilo profissional (Artigos 81 a 85) (COFEN, 2017).



SAIBA MAIS

RESOLUÇÃO COFEN N. 429/2012

Acesse o capítulo Legislações e realize a leitura completa da Resolução COFEN n. 429/2012 para compreender um pouco mais sobre o que dispõe o registro das ações profissionais de enfermagem no prontuário do paciente.

Ficando resolvido que:

- É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrarem no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da área, as informações inerentes do processo de cuidar ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessários para assegurar a continuidade e qualidade da assistência,

- Em atenção a Resolução COFEN nº 358/2009, deve-se registrar no prontuário do paciente (COFEN, 2009):
 - Resumo dos dados coletados;
 - Diagnósticos de enfermagem;
 - Ações ou intervenções de enfermagem;
 - Os resultados alcançados.
- A identificação e assinatura do responsável pelas informações deve constar no documento impresso ou eletrônico (assinatura digital)

2.2 Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

Resolução COFEN nº 564/2017 – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

A Resolução COFEN 311/2007, estabelece sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem compreende a enfermagem como,

[...] um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida (COFEN, 2007).

Refere a construção do comportamento ético profissional e aborda a consciência individual e coletiva, entrelaçando compromisso social e profissional com as responsabilidades no plano das relações de trabalho no campo político e científico.

Entretanto, esta resolução foi revogada, em 2017 pela Resolução COFEN nº 564/2017, de forma simplificada e renovada o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), considerando a Enfermagem uma ciência, arte e prática social.



SAIBA MAIS

CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Conheça na íntegra o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, acessando o capítulo Legislações.

Com esta atualização é possível observar a atualização dos seguintes capítulos:

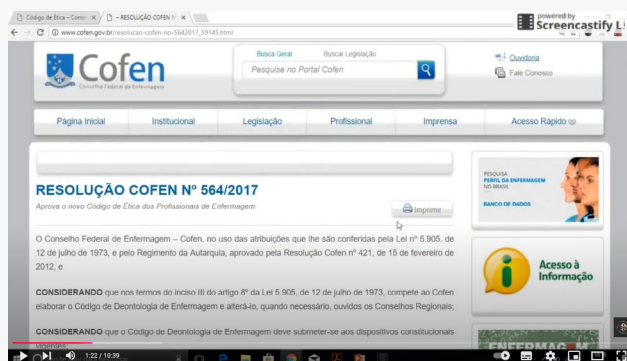
- Capítulo I - Dos direitos;
- Capítulo II - Dos deveres;
- Capítulo III - Das proibições;
- Capítulo IV - Das infrações e penalidades;
- Capítulo V - Da aplicação das penalidades.



CÓDIGO DE ÉTICA DA ENFERMAGEM

Para compreender um pouco mais sobre a atualização do código de ética assista ao vídeo:

Acesse o site: <https://www.youtube.com/watch?v=RoyD6LMBwUo>



Fonte: Novo Código de Ética da Enfermagem - Comparação das Resoluções, Quero uma vaga na Enfermagem. Publicado 13 fev. 2018. Tempo estimado 10:39. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=RoyD6LMBwUo>.

Algumas das considerações referentes às anotações que, de acordo com COFEN (2017), estão fundamentadas no disposto abaixo:

Capítulo II- Dos deveres

- Art. 35 Apor nome completo e/ou nome social, ambos legíveis, número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, assinatura ou rubrica nos documentos, quando no exercício profissional.
 - § 1º é facultado o uso do carimbo, com nome, número e categoria de inscrição no Coren, devendo constar a assinatura ou rubrica do profissional.
 - § 2º Quando se tratar de prontuário eletrônico, a assinatura deverá ser certificada, conforme legislação vigente.
- Art. 36 Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, completa e sem rasuras.
- Art. 37 Documentar formalmente as etapas do processo de Enfermagem, em consonância com sua competência legal.

2.3 Processo Ético dos Conselhos de Enfermagem

Resolução COFEN N 370/2010

Segundo COFEN (2010), a resolução dispõe sobre o “Processo Ético dos Conselhos de Enfermagem”. Nesta resolução leva-se em consideração:

- A necessidade de aperfeiçoamento das regras de procedimento e processuais dos procedimentos éticos dos profissionais de enfermagem
- Estudos realizados pela Comissão de Reformulação do Código do Processo Ético e sugestões enviadas pelos Conselhos Regionais de Enfermagem



SAIBA MAIS

RESOLUÇÃO COFEN

Leia a Resolução COFEN n. 270/2010, na íntegra, acessando o capítulo Legislações.

Ficando resolvido que:

- Aprova o Código de Processo Ético dos Conselhos de Enfermagem.
- Os Conselhos Regionais de Enfermagem devem dar ampla publicidade do Código, devendo a todos os profissionais de enfermagem conhecer seu inteiro teor.



CURIOSIDADE

NO PERÍODO DA PANDEMIA COVID-19

O COFEN, em março de 2020, suspendeu todos os prazos processuais previstos pela Resolução COFEN n. 370/2010 devido à situação mundial do Novo Coronavírus.

Essa suspensão afetou a rotina de execução de todos os processos administrativos, sendo uma medida válida para todo território brasileiro.

Fonte: DECISÃO COFEN Nº 29/2020 – PRORROGADA PELA DECISÃO COFEN Nº 39/2020. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-0029-2020_78037.html>.

2.4 Prontuário do Paciente



SAIBA MAIS

PRONTUÁRIO ÚNICO

A equipe de atenção primária da Secretaria de Saúde de Minas Gerais apresenta um plano de diretor da atenção primária, em que explica a importância legal do prontuário para o profissional de saúde, para o paciente e instituição de saúde.

Acesse o site e confira: <https://slideplayer.com.br/slide/380239/>

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Saúde em Casa. O prontuário: aspectos éticos legais. Disponível em: <https://slideplayer.com.br/slide/380239/>.

**“Mais vale uma pálida tinta do que uma boa memória”
Confúcio, filósofo chinês (551 a.C. - 479 a.C.)**

O prontuário do paciente é definido pelo Conselho Federal de Medicina, Resolução 1638/2020 como sendo,

O documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

BRASIL, Portaria MS/SAS/92, estabelece que...

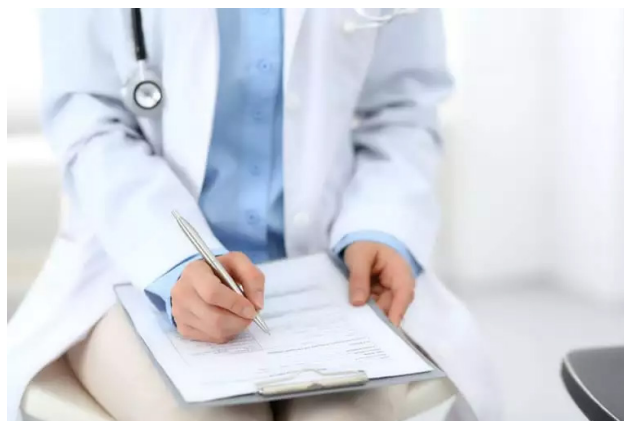
O Prontuário é um conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinado ao registro dos cuidados médicos e dos demais profissionais, prestados ao paciente em um estabelecimento de saúde.

E institui...

Registro obrigatório em prontuário único, das atividades desenvolvidas pelas diversas categorias profissionais – médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, farmacêutico, pessoal auxiliar.

Todos os procedimentos são registrados nele, desde a internação do paciente até sua alta, contando toda sua história em forma de registro legal, tendo como finalidade (KLÜCK, 2014):

- comunicação entre profissionais;
- pesquisa;
- auditoria;
- contabilidade;
- arquivo.



Fonte: Quem tem direito ao prontuário médico? [online]. 2019. Disponível em: <<https://telemedicinamorsch.com.br/blog/prontuario-medico>>. Acesso em: 08 mai. 2020.

Deve ser único, individual, organizado, redigido com clareza e de forma direta. Segundo Conselho Federal de Medicina,

[...] devem fazer parte do prontuário pelo menos os seguintes itens: identificação do paciente (nome, data de nascimento, nome da mãe, sexo, naturalidade, endereço); anamnese e exame físico, exames complementares, hipóteses diagnósticas, diagnósticos definitivos e tratamento efetuado; evolução diária, discriminação de todos os procedimentos realizados e identificação dos profissionais responsáveis (CFM, 2002).



SAIBA MAIS

AVALIAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS MÉDICOS DE HOSPITAIS DE ENSINO DO BRASIL

O texto apresentado sobre o prontuário do paciente ou do cliente, também denominado prontuário médico, é um elemento fundamental ao bom atendimento e um instrumento de educação permanente e de pesquisa, entre outras finalidades de gerenciamento hospitalar.

Clique aqui e leia o artigo na íntegra: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/01.pdf>

Fonte: Fábيا Gama Silva; José Tavares-Neto. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. Rev. bras. educ. med. vol.31 no.2 Rio de Janeiro May/Aug. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022007000200002&script=sci_arttext.

É importante considerar que o prontuário do paciente é um documento legal e jurídico com a descrição detalhada dos procedimentos submetidos durante o tratamento de saúde.

Sendo um documento formal de relatos das atividades e procedimentos executados, de acordo com a Resolução COFEN 311/2007, é de responsabilidade de todos os profissionais de enfermagem registrar as atividades executadas ao paciente durante o tratamento de saúde (COFEN, 2016).

Vale lembrar que as anotações de enfermagem representam os registros anotados pela equipe de enfermagem no prontuário de forma sistematizada, referentes às alterações subjetivas e objetivas constatadas, observadas e/ou referidas pelo cliente e acompanhante (BOTTOSSO, 2006).

Muitas anotações podem ser realizadas ingenuamente sem que o profissional tenha consciência do significado de seu conteúdo ou por desconhecimento, e muitas vezes não refletem a veracidade dos fatos. Entretanto, podem ter implicações legais sérias, ou seja, [...] os profissionais de enfermagem deveriam estar atentos quanto ao conteúdo das anotações de enfermagem “para não serem envolvidos em questões judiciais” [...] (DALRI; ROSSI; CARVALHO, 1999, p. 228).

Nesse conjunto de informações, é possível encontrar os registros de enfermagem, que se constituem no conjunto de anotações realizadas pelo profissional, referentes às condições dos clientes, observadas num determinado período, tais como, sinais vitais, eliminação, alimentação, queixas e outros dados. O impresso de Anotação de Cuidados de Enfermagem, de acordo com Bottoso (2006), quando devidamente preenchido, assinado e identificado com o número do COREN, é considerado Relatório de Enfermagem (2006).

Por isso, chamamos sua atenção para evitar a fragilidade das anotações de enfermagem. A partilha de informações nesses documentos oficiais e formais-legais estabelece a comunicação efetiva entre todos os profissionais de saúde, envolvidos no tratamento de saúde do paciente naquele período.

Além disso, é fonte de subsídios para a avaliação de desempenho da assistência de enfermagem prestada naquela instituição de saúde. Isso, de acordo com a Resolução COFEN nº 514/2016, caracteriza a valorização e melhoria da qualidade da categoria de profissional em enfermagem (COFEN, 2016).



VAMOS PRATICAR ASPECTOS LEGAIS

QUESTÃO 1

Identifique a única frase correta.

- ☐ A Anotação de enfermagem, são registros elaborados com padrões éticos, em acervo documental padronizado pelas instituições.
- ☐ B Os registros de enfermagem são realizados por toda equipe de saúde, em qualquer ambiente de trabalho, preservam a integridade do profissional e do paciente.
- ☐ C Anotação de enfermagem, são registros elaborados com padrões éticos, em acervo documental aleatório, e utilizados pelas instituições.
- ☐ D Anotação de enfermagem é o registro da assistência prestada durante as 24 horas ininterruptas, que precede a alta do paciente, somente.

QUESTÃO 2

Identifique a alternativa correta.

I - Anotação de enfermagem, são registros elaborados com padrões éticos, em acervo documental aleatório, e utilizados pelas instituições.

II - Resolução COFEN nº 514/2016, caracteriza a valorização e melhoria da qualidade da categoria de profissional em enfermagem.

III - Resolução Cofen 311/2007, é de responsabilidade de todos os profissionais de enfermagem registrar as atividades executadas ao paciente durante o tratamento de saúde.

- ☐ A I e III estão corretas.
- ☐ B I e II estão corretas.
- ☐ C somente a II está correta.
- ☐ D somente a I está incorreta.
- ☐ E Todas as alternativas estão corretas.

QUESTÃO 3

Assinale a única frase correta.

- ☐ A As anotações de enfermagem são registradas somente nos prontuários dos pacientes internados em hospitais gerais.
- ☐ B Resolução COFEN N 370/2010 dispõe sobre o “Processo Ético dos Conselhos de Enfermagem”
- ☐ C O prontuário do paciente, deve ser único, individual, organizado, redigido com clareza e de forma indireta.
- ☐ D As anotações de enfermagem devem ser realizadas no final do plantão de cada profissional.
- ☐ E Segundo M.S, Portaria MS/SAS/92, o prontuário é um conjunto de documentos padronizados, não ordenados e concisos, destinado ao registro dos cuidados médicos e dos demais profissionais, prestados ao paciente em um estabelecimento de saúde.

QUESTÃO 4

Preencha as lacunas da frase, de acordo com o texto estudado.

“ Os _____ realizados pela equipe de enfermagem, em qualquer ambiente de trabalho, preservam a _____ do profissional e do _____. Garante, dentro do seu processo de cuidar, o registro da _____ prestada durante as 24 horas ininterruptas a informação para compreensão do estado de _____ do paciente.”

- ☐ A registros , integridade ,assistência , paciente , saúde.
- ☐ B saúde, paciente, registros , integridade , assistência.
- ☐ C integridade , paciente , assistência , saúde, registros.
- ☐ D registros, integridade, paciente, assistência, saúde.
- ☐ E registros , integridade, assistência , paciente ,saúde.

QUESTÃO 5

Assinale a alternativa correta.

I - As anotações de enfermagem devem ser concisas e organizadas, relatando todos os procedimentos e cuidados prestados ao paciente.

II - As anotações de enfermagem, dentro do seu processo de cuidar, garantem o registro da assistência prestada, durante as 12 horas ininterruptas ,a informação para compreensão do estado de saúde do paciente internado.

III - dentro do seu processo de cuidar, no registro da assistência prestada durante as 24 horas ininterruptas, a informação para compreensão do estado de saúde do paciente.

- ☐ A somente I e II estão corretas.
- ☐ B somente a II está correta.
- ☐ C somente II e III estão corretas.
- ☐ D I, II e III estão corretas.
- ☐ E somente a II está incorreta.

QUESTÃO 6

O novo código de ética (COFEN nº 564/2017, considera a enfermagem:

- ☐ A Ciência, arte e prática social.
- ☐ B Conjunto de práticas sociais.
- ☐ C Práticas sociais e arte.
- ☐ D Ciência, arte e cultura.
- ☐ E Ciência, cultura e prática social.

QUESTÃO 7

Identifique a alternativa correta.

I - Quando se tratar de prontuário eletrônico, a assinatura deverá ser certificada, conforme legislação vigente.

II - É facultado o uso do carimbo, com nome, número e categoria de inscrição no Coren, devendo constar a assinatura ou rubrica do profissional.

III - É obrigatório o uso do carimbo, com nome, número e categoria de inscrição no Coren, devendo constar a assinatura ou rubrica do profissional.

- ☐ A Somente I e III estão corretas
- ☐ B Somente II e III estão corretas.
- ☐ C Somente I e II estão corretas.
- ☐ D Todas estão corretas.
- ☐ E Todas estão erradas.

Capítulo 3

A importância da
Comunicação no
Ato de Cuidar

3. A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NO ATO DE CUIDAR

É importante destacar que a Anotação de Enfermagem representa uma forma de estabelecer a comunicação escrita com o paciente e equipe de saúde. É um instrumento, que confere a qualidade da atuação do profissional de enfermagem e produz informações inerentes ao processo de cuidar (RIBEIRO, 2015).

Inicialmente, destaca-se que a comunicação efetiva do trabalho da enfermagem com a equipe de saúde é determinante para investigar os problemas patológicos do paciente e propor soluções de cuidado e prevenção de danos.

Estudos mostram que a comunicação e o trabalho em equipe na saúde são determinantes na qualidade da assistência ao paciente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um em cada dez pacientes no mundo é vítima de erros e eventos adversos relacionados à assistência aos pacientes que a levaram a investigar e propor soluções para prevenção dos danos (BRASIL, 2018).

Sendo considerada uma meta de segurança do paciente, conforme a Portaria Ministerial 529/2013, a comunicação efetiva contribui para a diminuição dos fatores desencadeadores dos eventos adversos no cuidado do paciente (TEIXEIRA; MIRANDA, 2016; BRASIL, 2018).

Nesse sentido, faz-se necessário desenvolver o conhecimento sobre as formas de comunicação em enfermagem para efetuar um registro com qualidade, eficiência e eficácia.

3.1 *Falando sobre Comunicação*

A comunicação está no dia a dia profissional de enfermagem e, por isso, é importante desenvolver a capacidade de partilhar, participar, tornar comum.

As informações compartilhadas na comunicação podem ser verbais e/ou não-verbais.

Na comunicação verbal:

- Oral: é uma comunicação comum e habitual e, por isso, importante para o profissional de enfermagem. É fundamental desenvolver a habilidade de comunicação oral para organizar e registrar o trabalho de maneira crítica.
- Escrita: as informações compartilhadas na comunicação ficam registradas de forma organizada e legítima se forem considerados procedimentos, normas e regras adequadas, a tal ponto de transmitir a mesma mensagem para diversas pessoas.

Comunicação não-verbal:

- É identificada pelos códigos e sinais como, a forma de olhar, gestos, mímicas, expressões faciais e corporais, além de, imagens. Por isso, é importante desenvolver comportamentos adequados e coerentes para a atuação em enfermagem.

Em nosso dia a dia estamos lidando diretamente com seres humanos, em condições psicologicamente instáveis em que o medo e a dúvida, muitas vezes, suplantam outros sentimentos. Além disso, as equipes multiprofissionais estão sempre recebendo e trocando informações importantes das quais dependem o andamento e a segurança do serviço e do paciente.

Como realizar nossas atividades sem valorizar a comunicação?

Fica evidente que se não houver uma comunicação efetiva, quando ocorrem mensagens que não possam ser decodificadas de forma clara e concisa, acarretam erros, muitas vezes irreparáveis. Vale lembrar que

a comunicação eficiente nos traz a segurança do trabalho correto e seguro, além de nos assegurar, legal e documentalmente, das nossas atividades cumpridas ao longo de um plantão.



VAMOS REFLETIR

REFLEXÃO SOBRE A COMUNICAÇÃO

Faça a leitura do texto “A importância da comunicação na área de saúde” e reflita sobre as questões abaixo:

- 1 - A comunicação está intimamente ligada à segurança e à humanização?
- 2 - Não basta falar, ver e ouvir, e sim fazer-se entender! Que reflexão pode ser feita a partir da leitura dessa frase?
- 3 - Quais são os benefícios da tecnologia para a comunicação na área da saúde?

Acesse o site: <http://andreiatorres.com/blog/2018/4/1/a-importancia-da-comunicacao-em-saude>

Fonte: Andreia Torres. A importância da comunicação na área de saúde. 2018. Disponível em: <http://andreia-torres.com/blog/2018/4/1/a-importancia-da-comunicacao-em-saude>.



3.2 Importância das anotações de enfermagem para o paciente

É importante destacar que a Anotação de Enfermagem faz parte do dia a dia do profissional de enfermagem, pois ela centraliza as informações a respeito dos cuidados de enfermagem prestados ao paciente.

Essas informações dizem respeito às etapas e processos cronológicos dos cuidados realizados durante o tratamento. Com as informações registradas, é possível estabelecer uma linha do tempo dos acontecimentos do tratamento do paciente. É um instrumento muito importante para o paciente, pois garante a comunicação eficaz da equipe de enfermagem com o paciente e seus familiares.

Também serve como referência para questões administrativas, legais e financeiras para a entidade onde o serviço está sendo prestado, além de respaldo ético e legal para o profissional envolvido no cuidado prestado.

[...] 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 (COFEN, 2016, p. 9).

Salienta-se que a qualidade do atendimento também está relacionada a não interrupção das informações e do serviço prestado, garantindo cuidados seguros, de confiança e qualidade.



GUIA DE RECOMENDAÇÕES DO COFEN

O Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem: um guia para nortear profissionais de Enfermagem na prática dos registros e garantir a qualidade das informações é um material produzido pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 2016, com o objetivo de fundamentar a orientação dos profissionais de enfermagem a respeito da prática dos registros de Enfermagem.

Destaca a importância de registrar toda a ação executada durante a assistência de enfermagem e nortear a elaboração das fases de registro.

Vale a pena conferir!

Acesse o conteúdo em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0514-2016-GUIA-DE-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-vers%C3%A3o-web.pdf>

Fonte: COFEN, Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem: um guia para nortear profissionais de Enfermagem na prática dos registros e garantir a qualidade das informações. 2016. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

3.3 A Importância das anotações de enfermagem para o profissional

Na prestação da assistência de enfermagem, de acordo com COFEN (2012), são produzidas diversas documentações referentes ao tratamento do paciente, como o Prontuário do Paciente, Livro de Ocorrência, Relatórios de cuidados etc. Essas documentações constituem o processo de trabalho sistematizado de todo o cuidado realizado ao paciente.

É importante destacar que a Anotação de Enfermagem fornece subsídio ao serviço de saúde sobre as intervenções e condutas realizadas durante o tratamento de saúde do paciente em qualquer instituição de saúde e é fonte de análise e avaliação da tomada de decisão para a continuidade da prestação de cuidados de saúde (BRITO; VELOZO; PAVANELLI, 2016).



Fonte: 7 passos para evitar problemas com o prontuário do paciente. Disponível em: <<https://evalsaude.com.br/7-passos-para-evitar-problemas-com-o-prontuario-do-paciente/>>. Acesso em: 01 mai. 2020.



CURIOSIDADE

GRUPO GEEPT

O Grupo Geepet é um Grupo de Estudos das Evidências do Processo de Enfermagem e Taxonomias (GEEPET), é registrado junto ao CNPq, certificado pela instituição - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Elaborou uma série com quatro vídeos explicativos sobre os Registros de Enfermagem. Ao longo deste capítulo vamos conhecer sobre os destaques apontados por eles a respeito dos Registros de Enfermagem.

Permite evidenciar toda a ação prestada por cada profissional de saúde, que executou uma atividade de tratamento. Além disso, torna-se uma fonte confiável para produção de estudos e pesquisas e dados estatísticos consultáveis (COFEN, 2012).

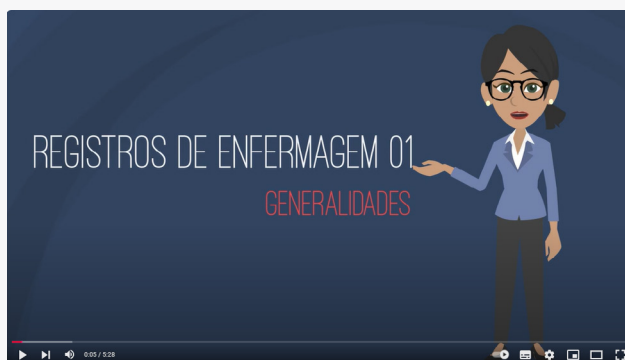


HORA DO VÍDEO

GENERALIDADES

O Grupo Geepet desenvolveu este vídeo para abordar, de maneira ampla, os conceitos, tipos, legislação, importância e processo de fiscalização dos registros de enfermagem.

Acesse o site e confira: <https://www.youtube.com/watch?v=A2Bax2wARLA>



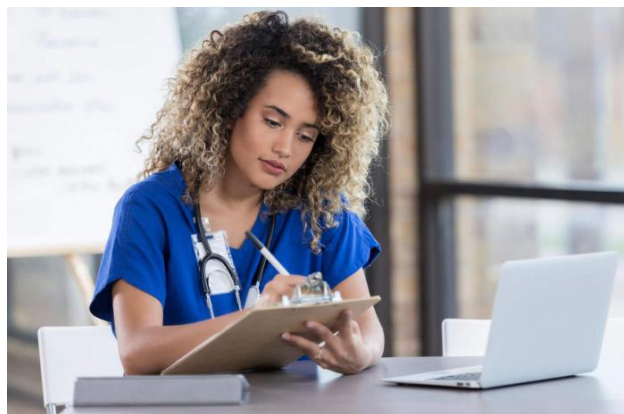
Fonte: Registros de Enfermagem 01 - Generalidades:
<https://www.youtube.com/watch?v=A2Bax2wARLA>

A produção de documentação em Enfermagem, de acordo com Borges, Azevedo, Amorim et al (2017), configura-se em um meio disposto para controlar e avaliar a assistência prestada pelo profissional de enfermagem ao paciente. Outrossim,

[...] os registros da assistência favorecem a auditoria de prontuário, bem como a proteção dos direitos dos profissionais em situações judiciais ou administrativas. Essas auditorias em sua maioria de foco rentável levam em consideração as anotações de enfermagem completas, em conformidade com as exigências dos convênios de saúde, garantindo os lucros hospitalares, além de diminuir glosas e caracterizar falhas. Implantadas em instituições com o objetivo de investigar e minimizar o desperdício, trazem benefícios aos clientes e à equipe de saúde (BORGES; AZEVEDO; AMORIM; FIGUEIREDO; Ribeiro, 2017p. 2).

O COFEN, em (2012), emitiu uma nota em seu blog ressaltando sobre as implicações legais do uso obrigatório do carimbo nas anotações de enfermagem. Enfatizou que os cuidados de enfermagem prestados pelo profissional devem ser registrados em documentos formais para a prestação do processo de cuidar (COFEN, 2012).

Nesse sentido, o ato de registro da prestação de cuidados de enfermagem, documento específico e reservado para a Anotação de Enfermagem, é uma ação fiscalizada pelo órgão regulamentador da profissão.



Fonte: Escola de Enfermagem da Paz. Aprenda agora mesmo a elaborar uma boa anotação de enfermagem! 2019. Disponível em: <<https://www.escoladapaz.com.br/blog/aprenda-agora-mesmo-elaborar-uma-bo-a-notacao-de-enfermagem>>. Acesso em: 01 mai. 2020.

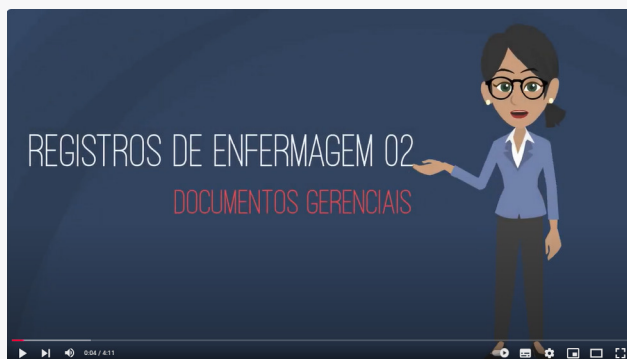


HORA DO VÍDEO

DOCUMENTOS GERENCIAIS

O vídeo Documentos Gerenciais foi elaborado pelo Grupo Geepet para apresentar a responsabilidade do enfermeiro a respeito da organização e controle da documentação de enfermagem.

Acesse o site e confira: <https://www.youtube.com/watch?v=6dmi6nKUzZM>



Fonte: Registros de Enfermagem 02 - Documentos gerenciais:
<https://www.youtube.com/watch?v=6dmi6nKUzZM>

Assim, é importante compreender que as informações registradas são cumulativas e representam ações de todos os profissionais envolvidos na assistência, transformando o registro e anotação de enfermagem em importante instrumento para controle e avaliação da assistência prestada.

É fonte de observação da abordagem do cuidado prestado e responsabilidade da ação de enfermagem no planejamento, prescrição e delegação de ações executadas durante o cuidado ao paciente.

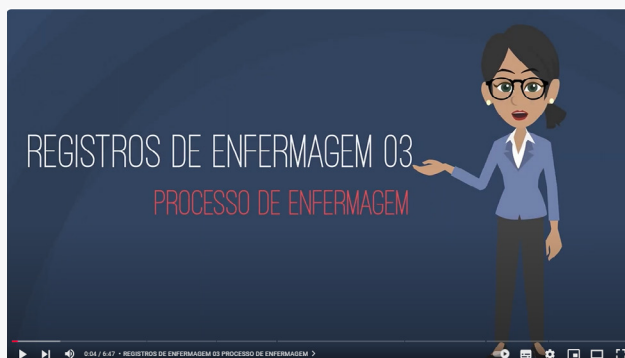


HORA DO VÍDEO

PROCESSO DE ENFERMAGEM

O vídeo Processo de Enfermagem, elaborado pelo Grupo Geepet, apresenta os conceitos sobre a execução do Processo de Enfermagem, existe normativa específica. “A Resolução COFEN 358/2009 é apresentada em linguagem simples, associada a situações do dia a dia profissional.”

Acesse o site e confira: <https://www.youtube.com/watch?v=Hfxzu8iGNtc>



Fonte: Registros de Enfermagem 03 - Processo de enfermagem:
<https://www.youtube.com/watch?v=Hfxzu8iGNtc>

Segundo Coren (2009), o cuidado de enfermagem representa um conjunto ordenado de ações resultante de nossa percepção do comportamento do indivíduo, família ou comunidade (COFEN, 2009; 2012).

As anotações de enfermagem são um instrumento legal e assumem diversas funções no contexto assistencial, como fornecer informações a respeito da assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantir a continuidade das informações nas 24 horas e permitir o planejamento da assistência (CALDEIRA; SOUZA; MORAIS; MORAES; NASCIMENTO; et al, 2019, p. 136).

Por isso, a documentação de enfermagem é um conjunto de ordenação de ação que somente o profissional de enfermagem deve executar, a fim de valorizar o plano de cuidado em enfermagem (DUARTE; RESIS; SANTOS, 1976).

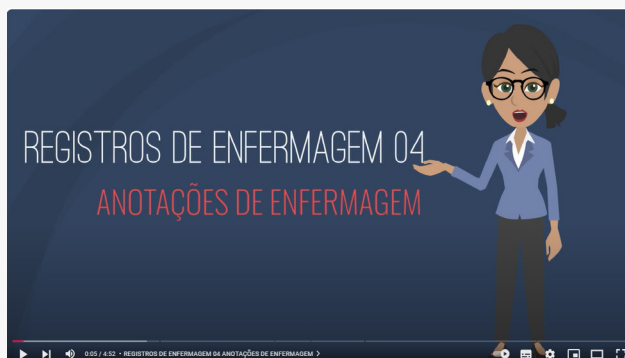


HORA DO VÍDEO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

O vídeo Anotações de Enfermagem, elaborado pelo Grupo Geepet, apresenta os “conceitos, estatísticas sobre irregularidades nas anotações de enfermagem, sua importância, estrutura de uma anotação, itens que devem ser anotados, impacto na segurança do paciente e visibilidade profissional”.

Acesse o site e confira:
<https://www.youtube.com/watch?v=9v4CljP3L8&t=14s>



Fonte: Registros de Enfermagem 04 - Anotações de enfermagem:
<https://www.youtube.com/watch?v=9v4CljP3L8&t=14s>

A não conformidade da anotação, seja pela ausência de registro ou incompleto, contribui para a desestruturação do processo de cuidado em saúde, dificultando a comunicação eficaz entre os profissionais, a continuidade e integralidade das ações assistenciais.

Toda a documentação produzida durante o cuidado do paciente favorece a auditoria da prestação de serviços oferecidos ao paciente. E, como já dito anteriormente, protege o profissional de enfermagem garantindo os direitos em situações judiciais e administrativas.

Vale ressaltar que, de acordo com Borges, Azevedo, Amorim, et al. (2017), “as anotações conferem respaldo para a equipe de enfermagem e conhecimento acerca da evolução do paciente”, possibilitando o controle de acessos aos registros e aos processos de cuidar e, por isso, devem sofrer avaliações contínuas a respeito da organização, integridade, imparcialidade, coerência e legitimidade de seu conteúdo.

Fonte: COFEN. Avaliação da Qualidade das Anotações de Enfermagem no Pronto Atendimento de um Hospital Escola. 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/avaliacao-da-qualidade-das-anotacoes-de-enfermagem-no-pronto-atendimento-de-um-hospital-escola/>>. Acesso em: 01 mai. 2020.



O registro correto garante, ao paciente, uma qualidade na assistência continuada e, ao profissional, um respaldo legal. A ação de registrar faz parte das boas práticas de saúde, melhorando a comunicação entre a equipe, e auxilia numa recuperação segura e mais rápida dos pacientes (SCOPACASA; AQUINO; CAVALCANTE; ABREU; NEGREIROS, 2019, p. 8).

Portanto as anotações de enfermagem, seja na evolução, na prescrição, em relatórios ou qualquer documento utilizado, quando no exercício profissional, constituem responsabilidade e dever do profissional.



SAIBA MAIS

IMPLICAÇÕES LEGAIS

Em 2015, o COFEN publicou no seu blog o tema Anotações de Enfermagem – uma responsabilidade legal, que explica sobre as responsabilidades legais da profissão em enfermagem.

Acesse o site: http://www.corengo.org.br/anotacoes-de-enfermagem-quem-deve-fazer-por-que-e-quando_5366.html, e confira na íntegra

Abaixo, os principais tópicos da importância da anotação de enfermagem para o profissional da enfermagem:

- evidenciar toda a ação prestada por cada profissional da categoria,
- tornar-se fonte confiável para produção de estudos, pesquisas e dados estatísticos para consulta,
- controlar e avaliar a assistência prestada pelo profissional de enfermagem ao paciente,
- instrumentar o controle e avaliação da assistência prestada,
- ordenar a ação que o profissional de enfermagem deve executar,
- facilitar a comunicação entre os profissionais,

- favorecer a auditoria da prestação de serviços,
- responsabilizar as atividades prestadas pelo profissional de enfermagem,
- proteger o profissional de enfermagem garantindo seus direitos em situações judiciais e administrativas.



VAMOS PRATICAR

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

QUESTÃO 1

Assinale a resposta incorreta.

- () A A comunicação é considerada uma meta de segurança do paciente.
- () B Para que haja uma boa comunicação, é necessário desenvolver o conhecimento sobre as formas de comunicação em enfermagem para efetuar um registro com qualidade, eficiência e eficácia.
- () C A anotação de enfermagem representa uma forma de estabelecer a comunicação escrita com o paciente e equipe de saúde.
- () D Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um em cada dez pacientes no mundo é vítima de erros e eventos adversos relacionados à assistência aos pacientes que a levaram a investigar e propor soluções para prevenção dos danos.
- () E A anotação de enfermagem faz parte da comunicação entre a equipe de enfermagem e a equipe de saúde, é arquivada separadamente por ser o documento mais importante para o paciente.

QUESTÃO 2

Identifique a frase como verdadeiro ou falso.

“a Anotação de Enfermagem representa uma forma de estabelecer a comunicação escrita com o paciente e equipe de saúde. É um instrumento, que confere a qualidade da atuação do profissional de enfermagem e produz informações inerentes ao processo de cuidar.”

- () Verdadeiro
- () Falso

QUESTÃO 3

Identifique as frases com (V) verdadeiro ou (F) falso e assinale a alternativa correta.

- () 1 A comunicação efetiva do trabalho da enfermagem com a equipe de saúde é determinante para investigar os problemas patológicos do paciente e propor soluções de cuidado e prevenção de danos.
- () 2 Estudos mostram que a comunicação e o trabalho em equipe na saúde são determinantes na qualidade da assistência ao paciente
- () 3 A comunicação é considerada uma meta a ser alcançada para a segurança do paciente.
- () 4 A comunicação está no dia a dia profissional de enfermagem e, por isso, é importante desenvolver a capacidade de partilhar, participar, tornar comum.
- () 5 Desenvolver o conhecimento sobre as formas de comunicação em enfermagem não é necessário para efetuar um registro com qualidade, eficiência e eficácia.

Assinale a alternativa correta referente às frases acima.

- () A V. V. F. V. V.
- () B V. V. V. V. V.

- () C F. F. V. V. F.
- () D V. V. V. V. F.
- () E V. F. V. F. V.

QUESTÃO 4

Em relação ao tipo de comunicação identifique:

(1) como comunicação verbal e (2) como comunicação não verbal.

- () Identificada pelos códigos e sinais.
- () É fundamental desenvolver a habilidade de comunicação oral para organizar e registrar o trabalho de maneira crítica.
- () As informações compartilhadas na comunicação ficam registradas de forma organizada e legítima se forem considerados procedimentos, normas e regras adequadas, a tal ponto de transmitir a mesma mensagem para diversas pessoas
- () É importante desenvolver comportamentos adequados e coerentes para a atuação em enfermagem que garanta a segurança do paciente.
- () Forma de olhar, gestos, mímicas, expressões faciais e corporais.

Identifique a sequência correta em relação a formação.

- () A 2. 1. 1. 1. 2.
- () B 2. 1. 1. 2. 2.
- () C 1. 1. 1. 2. 2.
- () D 2. 2. 1. 1. 2.
- () E 1. 1. 1. 1. 2.

QUESTÃO 5

É possível realizar nossas atividades sem valorizar a comunicação?

- () Sim
- () Não

Capítulo 4

Regras para Anotações de **Enfermagem**

4. REGRAS PARA ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

As anotações de enfermagem subsidiam o enfermeiro na evolução e planejamento do plano de cuidados a ser desenvolvido de forma individual, sendo o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implantação do processo de enfermagem fundamental para o cuidar seguro (COFEN, 2009).

Necessitam submeter-se a uma padronização e sistematização dos conteúdos e informações inerentes ao cuidado do paciente e, por isso, de acordo com COFEN (2016), devem constar:

1. Data e hora da realização do procedimento e ação de cuidado ao paciente;
2. Identificação do profissional, que registrou a informação, com número do registro no Coren.

Segundo as Resoluções COFEN 545/2017 e 448/2013², essas anotações necessitam:

Art. 5º É obrigatório o uso do carimbo pelo profissional de Enfermagem nos seguintes casos:

I. em recibos relativos à percepção de honorários, vencimentos e salários decorrentes do exercício profissional;

II. em requerimentos ou quaisquer petições dirigidas às autoridades da Autarquia e às autoridades em geral, em função do exercício de atividades profissionais; e

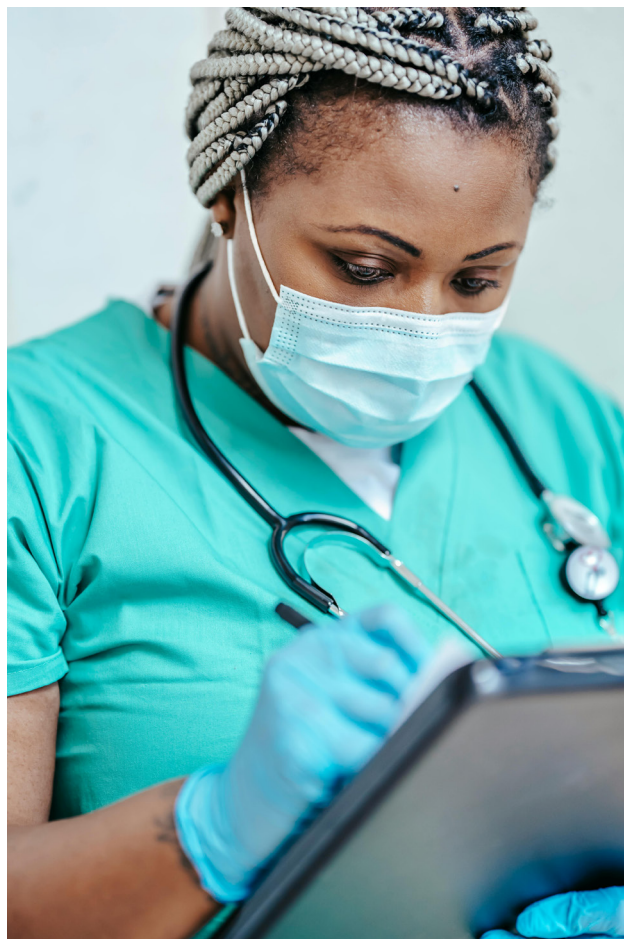
III. em todo documento firmado, quando do exercício profissional, em cumprimento ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

É definida como...

Os registros efetuados pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) têm a finalidade essencial de fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global (COFEN, 2009, p. 4).

Sendo a anotação de enfermagem um documento de defesa dos profissionais, é necessário que sejam autênticos e com significado legal, pois refletem a força de trabalho de uma categoria dando significância às suas ações.

Segundo o artigo 468 do novo Código do Processo Civil (CPC), é necessário que haja inexistência de rasura, entrelinhas, emenda, borrão ou cancelamento. Características que poderão gerar a desconsideração jurídica do documento produzido como prova documental. A validação do documento exige anotação do executor do procedimento (VADE MECUM, 2020).



Fonte: Photo by Laura James: <https://www.pexels.com/photo/crop-doctor-writing-prescription-on-paper-6098057/>

² A Resolução COFEN N 448/2013 foi revogada e substituída pela Resolução COFEN N 461/2014.

A anotação de enfermagem começa quando o paciente é recebido em um serviço de saúde e deve conter:

1. Recepção do paciente:

- Chegou da residência, Pronto Socorro, Transferência de outra instituição de saúde ou de outro setor;
- Estava acompanhado de familiar, vizinho, amigo, profissional de saúde;
- Locomovia-se bem e sozinho ou com auxílio, em cadeira de rodas ou em maca.

2. Observação das condições gerais do paciente:

- Estado de consciência, acordado, dormindo, confuso, fala desconexa, fala embasbacada etc.;
- Humor, como exemplo, aparente bem-estar, tristeza, choroso etc.; atitude, como, agressividade, pacificidade etc.;
- Aparência e estado da higiene pessoal;
- Estado nutricional;
- Aparência da pele, como, cor, rugor, temperatura etc.

3. Identificação de dispositivos presentes no corpo do paciente:

- Presença de Jelco, sondas, curativos etc.

4. Atenção sobre as comunicações expressadas pelo paciente ou pelo acompanhante presente, como:

- Queixas, informações adicionais, história precedente, medicações em uso etc.

5. Atenção sobre os procedimentos executados após orientações prévias:

- Jejum, coleta de exames, inserção venosa etc.

6. Atenção sobre a forma de registro das informações:

É importante destacar que, na Anotação de Enfermagem, deve constar todos os cuidados realizados e as intercorrências administradas.

10h00	Admitida na unidade, proveniente do PS, deambulando e acompanhada pela mãe, PA=110x80 mmHg e T=38°C. Orientadas quanto às normas do setor. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE -----
10h30	Realizada punção venosa no dorso da mão esquerda, com jelco nº 22, conforme prescrição de enfermagem e instalados itens 1 e 2 da prescrição médica. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE -----
11h30	Mensurado T=36,8°C. Relata ter aceitado toda a dieta (almoço). Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE -----
14h00	Instalado item 3 da prescrição médica. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE -----
14h10	Solicitou auxílio para ir ao banheiro, apresentou diurese com coloração concentrada. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE -----
14h30	Apresentou T=38,2°C. Comunico à enfermeira Dra. Maria de Lourdes. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE -----
14h45	Medicada com o item 5 da prescrição médica. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE -----

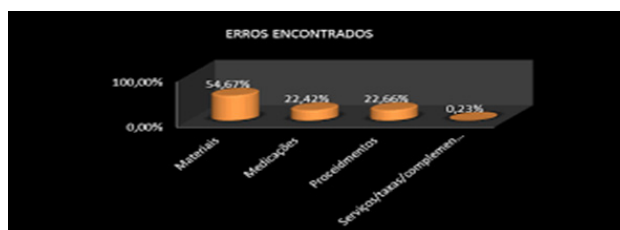
Fonte: COREN. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Anotações de Enfermagem. 2009. Disponível em: <<https://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2020.

Por ser considerado um procedimento de registro de todas ações executadas no paciente, a Anotação de Enfermagem deve ser preenchida imediatamente após a prestação do cuidado.



Fonte: Anotação de Enfermagem Admissão. Atualiza Faculdade, 2020. Disponível em: <<https://atualizacursos.com.br/blog/anotacao-de-enfermagem-admissao/>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

Para evitar erros na comunicação com o paciente e a equipe de saúde, a Anotação de Enfermagem não pode conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços. Além disso, não é permitido escrever com lápis ou utilizar corretivos de textos.



Segundo o COFEN, a Anotação de Enfermagem deve ser legível, completa, clara, concisa, objetiva, pontual e cronológica. Ou seja:

- A escrita deve fornecer compreensão sobre cada informação registrada. Todos devem ser capazes de entender o conteúdo e as palavras escritas;
- O texto precisa ser simples e técnico, evitando uma leitura rebuscada e que necessite aprofundamento científico para a compreensão;
- Toda informação necessária deve ser descrita. Ela não pode sugerir interrupção ou ausência de finalização do cuidado;
- O conteúdo da anotação não pode sugerir interpretações de leitura. Necessita constar exatamente o que se quer expressar;
- As informações precisam ser fornecidas de acordo com a sequência do cuidado e dos acontecimentos.

7. Registro de cada procedimento realizado:

A cada momento de execução do cuidado de enfermagem, é necessário efetuar o registro das ações realizadas, identificando os resultados apresentados, por exemplo:

14 h - Ao medicar o paciente, conforme a solicitação da prescrição médica, item 2, apresentou falta de ar e a coloração da pele ficou avermelhada. _____ (Carimbo e Assinatura).

A anotação de enfermagem precisa registrar as respostas do paciente a cada procedimento de cuidado de enfermagem executado ou queixas relatadas.

Sempre que for dada uma orientação ao paciente ou acompanhante, é importante registrar as informações transmitidas e colhidas durante a comunicação.



DIFERENÇAS INSTITUCIONAIS

- Em algumas instituições de saúde, o registro das informações sobre Sinais vitais, Diurese, Glicosúria, entre outras, podem ser realizadas em impresso ou tabela própria;
- Toda anotação de enfermagem é condicionada ao tipo de clínica ou enfermaria, conforme a patologia, condição do cliente, intercorrências, a qual fornece dados para traçar prioridades a serem observadas;
- Não se deve utilizar pronome pessoal (1ª. Pessoa , singular ou plural ,como: eu, nós , para mim, me , etc.) ;
- Toda medicação prescrita não utilizada ou orientação não seguida deve ter o motivo esclarecido ou justificado, por exemplo:
 - Orientado ao jejum após as 14h (rejeição do cliente);
- Na anotação de enfermagem deve constar o atendimento espiritual prestado, de acordo com a crença religiosa;
- Quando houver óbito, registrar no prontuário antes de remover o paciente;
- Respeitar a ética profissional;
- Não fazer anotação que designe diagnóstico médico ou de enfermagem.

8. Evitar interpretações errôneas:

- Descrever as características do paciente, como estatura mensurada, tamanho do corpo estranho identificado (cm, mm etc.), quantidade de secreção ou líquido observado (ml, L., etc.), coloração, forma e odor da secreção identificada;
- Escrever objetivamente ,evitando termos que tenha subjetividade da compreensão, como bem, mal, muito, pouco etc.;
- Utilizar apenas termos e abreviaturas padronizadas e previstas em SIGLARIO;

Portanto, as Anotações de Enfermagem devem conter:

- **Todos os cuidados prestados** – incluindo o atendimento às prescrições de enfermagem e médicas cumpridas, além dos cuidados de rotina, medidas de segurança adotadas, encaminhamentos ou transferência de setor, entre outros;
- **Sinais e sintomas** – todos os identificados por meio da simples observação e os referidos pelo paciente. Os sinais vitais mensurados devem ser registrados pontualmente, ou seja, os valores exatos aferidos, e nunca utilizar somente os termos “normotenso, normocárdico etc.”;
- **Intercorrências** – incluem fatos ocorridos com o paciente e medidas adotadas;
- Respostas dos pacientes às ações realizadas;
- O registro deve conter subsídios para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem nas diferentes fases e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional.

É preciso saber observar, analisar, concluir, informar e registrar com interesse e atenção, identificando alterações, ouvindo queixas e informações, sentindo as texturas e imperfeições da pele do paciente, a cada procedimento de cuidado de enfermagem (CORDEIRO; FARIA, 2017).

A comunicação escrita representa um meio de documentar permanentemente, no Prontuário do cliente, as informações relevantes sobre os cuidados prestados por diversos profissionais da saúde que podem integrar-se, também, por meio dos registros realizados (Ito, et al, 2011).



GUIA DE RECOMENDAÇÕES DO COFEN

O Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem: um guia para nortear profissionais de Enfermagem na prática dos registros e garantir a qualidade das informações é um material produzido pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 2016, com o objetivo de fundamentar a orientação dos profissionais de enfermagem a respeito da prática dos registros de Enfermagem.

Destaca a importância de registrar toda a ação executada durante a assistência de enfermagem e nortear a elaboração das fases de registro.

Vale a pena conferir!

Acesse o conteúdo clicando em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0514-2016-GUIA-DE-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-vers%C3%A3o-web.pdf>

Fonte: COFEN, Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem: um guia para nortear profissionais de Enfermagem na prática dos registros e garantir a qualidade das informações. 2016. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

4.1 Anotação, Registro e Evolução em Enfermagem

Os procedimentos executados e anotados, quando são realizados, são definidos como anotação de enfermagem e são feitos por todos os profissionais da equipe, enquanto a evolução de enfermagem, atividade exclusiva do enfermeiro, é efetuada a cada 24 horas e depende do raciocínio clínico sobre os dados coletados (COFEN, 2016). A evolução de enfermagem possibilita elaborar o prognóstico do paciente.

Fonte: BATISTA, Gláucia O. A. Evolução e Anotação de Enfermagem. 2009. Disponível em: <<https://www.doccity.com/pt/evolucao-de-enfermagem-e-anotacao/4715141/>>. Acesso em: 26 mar. 2020.

Evolução X Anotação	
Evolução de Enfermagem	Anotação de Enfermagem
Dados analisados	Dados brutos
Enfermeiro	Equipe de Enfermagem
Período	Momento
Processada e contextualizada	Pontual
Reflexão	Observação

Registro de Enfermagem é:

Os registros de enfermagem são elementos imprescindíveis ao processo do cuidar e, quando redigidos de maneira que retratem a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação entre a equipe de saúde, além de servir a diversas outras finalidades, tais como: ensino, pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento, fins estatísticos e outros. 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 (COFEN, 2016, p. 8).

Anotação de Enfermagem é:

Fornecem dados que irão subsidiar o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados / prescrição de enfermagem; suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados; respectivas respostas do paciente e resultados esperados e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem. Assim, a Anotação de Enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE – Resolução Cofen n. 358/2009), pois é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência (COFEN, 2016, p. 14).

Segundo COFEN (2016), “contribui, ainda, para a identificação das alterações do estado e das condições do paciente, favorecendo a detecção de novos problemas, a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilitando a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados” (COFEN, 2016, p. 14).



QUESTÃO 1

Preencha as lacunas das diferenças entre anotação e evolução de enfermagem.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
	Gabarito A - DADOS BRUTOS B - ENFERMEIRO C - MOMENTO D - PROCESSADA E CONTEXTUALIZADA E - OBSERVAÇÃO.
A - Dados analisados	
B -	Equipe de Enfermagem
C - Período	
D -	Pontual
E - Reflexão	

QUESTÃO 2

Assinale a alternativa correta.

- ☐ A As anotações de enfermagem subsidiam o enfermeiro na anotação e planejamento do plano de cuidados a ser desenvolvido de forma individual.
- ☐ B A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implantação do processo de enfermagem são fundamentais para o cuidar seguro.
- ☐ C As evoluções de enfermagem são dados brutos obtidos pela equipe de enfermagem de forma pontual e contextualizada.
- ☐ D É obrigatório o uso do carimbo a cada anotação, segundo resolução COFEN 545/2018.
- ☐ E Anotação de enfermagem é efetuada somente por técnicos e auxiliares de enfermagem.

QUESTÃO 3

Assinale a alternativa correta.

I - A anotação de enfermagem : um documento de defesa dos profissionais.

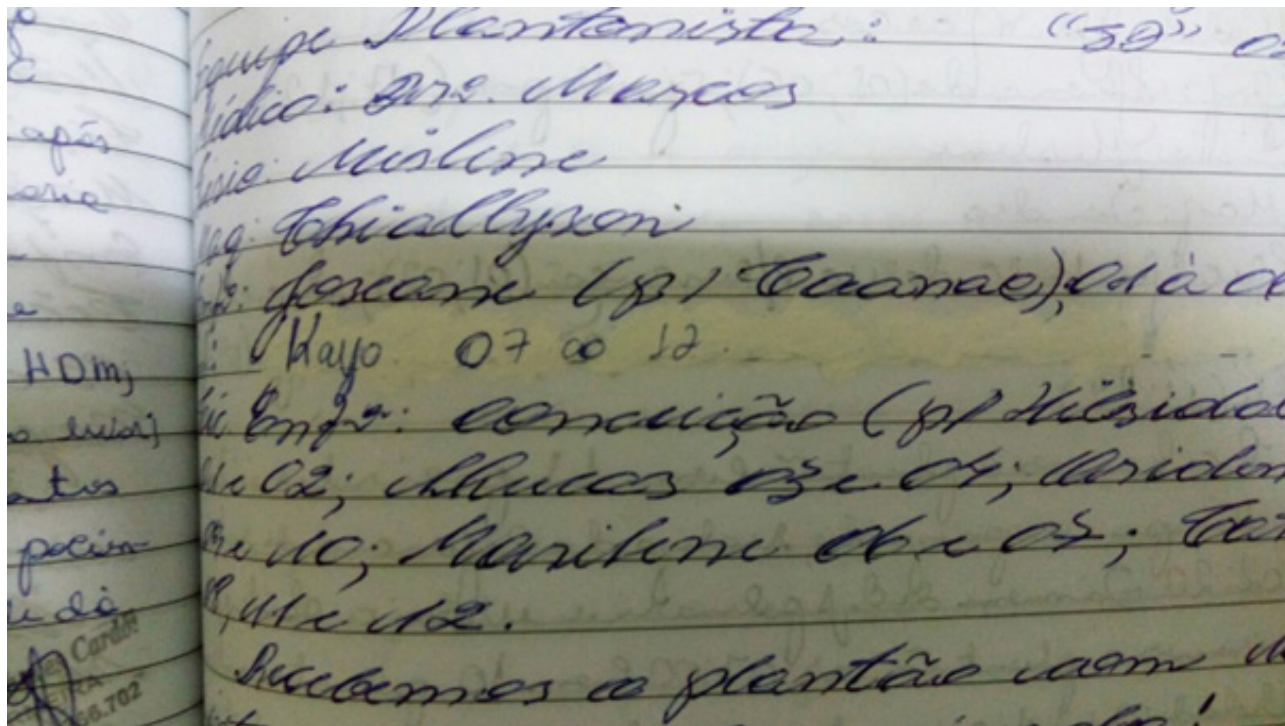
II - A anotação de enfermagem deve conter: rasura, entrelinhas, emenda.

III - A anotação de enfermagem começa quando o paciente é recebido em um serviço de saúde.

- ☐ A somente I e II estão corretas.
- ☐ B somente II e III estão corretas.
- ☐ C somente I e III estão corretas.
- ☐ D somente II está correta.
- ☐ E I, II e III estão corretas.

QUESTÃO 4

Observe as anotações de enfermagem abaixo e identifique como: (C) Correto (I) incorreto.



Fonte: As fraudes continuam no Hospital Macrorregional de Coroatá. Blog do Neto Ferreira. 2016. Disponível em: <<https://www.netoferreira.com.br/poder/2016/03/as-fraudes-continuam-no-hospital-macrorregional-de-coroata/>>. Acesso em: 26 jun. 2020.

Esse exemplo de anotação de enfermagem está:

- () Correto
() Incorreto

QUESTÃO 5

Identifique as frases com (V) verdadeiro ou (F) falso e identifique a alternativa correta.

- () 1 Para evitar erros na comunicação com o paciente e equipe de saúde, a Anotação de Enfermagem não pode conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços.
- () 2 É permitido fazer anotação de enfermagem com lápis e utilizar corretivos de textos.
- () 3 Segundo o COFEN, a Anotação de Enfermagem deve ser legível, completa, clara, concisa, objetiva, pontual e cronológica.
- () 4 A escrita de uma anotação de enfermagem deve fornecer compreensão sobre cada informação registrada. Todos devem ser capazes de entender o conteúdo e as palavras escritas.
- () 5 As anotações de enfermagem são realizadas ao término de cada plantão.

Assinale a alternativa correta referente às frases acima.

- () A V. F. V. V. F.
() B V. V. F. F. F.
() C F. V. V. V. F.
() D V. F. V. F. F.
() E V. F. F. V. V.

Capítulo 5

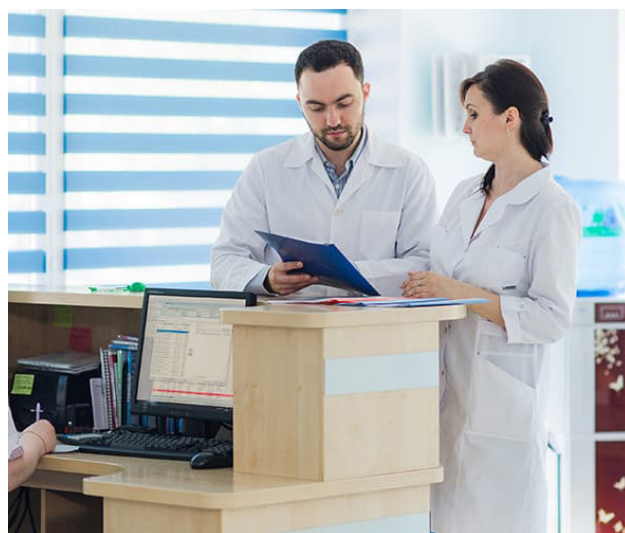
Anotação de Enfermagem
em Clínica Médica

5. ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM EM CLÍNICA MÉDICA

O setor hospitalar de Clínica Médica é onde acontece o atendimento integral ao paciente de média complexidade, que não é proveniente de tratamento cirúrgico, podendo estar em estado crítico ou semicrítico e hemodinamicamente estável, geralmente com idade acima de 12 anos.

A clínica médica, também conhecida como medicina interna, é a área do hospital dedicada ao tratamento e diagnóstico de pacientes em estado crítico e semicrítico sem a necessidade de intervenção cirúrgica. Neste setor, o papel do enfermeiro é de extrema importância pois, além dos cuidados que lhe são pertinentes, é ele que é responsável em analisar e melhorar continuamente o estado físico, mental e emocional do paciente, propiciando bem-estar a ele e a seus familiares (PORTAL EDUCAÇÃO, 2020x).

Tem como objetivo favorecer a recuperação dos pacientes e ajudá-los a alcançar seu bem-estar físico, mental e emocional, mantendo conforto espiritual. Além de promover o autocuidado do paciente e incentivar a participação do familiar durante a promoção de cuidados e prevenção de danos.



Fonte: Qual estrutura de negócios é ideal para uma clínica médica? 2019. Disponível em: <<https://ramassessoriacontabil.com.br/plano-de-negocios-para-clinica-medica/>>.

Via de regra são pacientes que ficam sob internação hospitalar por períodos mais longos, criando ao mesmo tempo, vínculos emocionais com a enfermagem e aumento de expectativas para sua recuperação.

As Anotações de Enfermagem seguem as regras gerais citadas no Capítulo 4, todavia acrescentam-se abaixo alguns itens que devem ser lembrados:

1. O acesso venoso pode ser central (anotar tipo de acesso, local e lateralidade, fixação e troca e aspecto do local durante a troca da mesma, uso de bomba de infusão e velocidade e volume infundido);
2. A dieta administrada pode ser via sonda enteral (se nasal, anotar lateralidade da narina, troca da fixação, uso de bomba de infusão, velocidade e volume infundido);
3. Podem passar por vários procedimentos médicos à beira do leito (ex.: paracentese, drenagem etc.), de acordo com a resposta ao tratamento realizado;
4. Estão há mais tempo acamados, portanto a pele é um item a ser observado rigorosamente para acompanhamento de áreas com maior atrito e risco para úlcera de pressão.



Fonte: Hospital São José. Setores de Internação. 2020. Disponível em: <<https://www.hsaojose.com/servicos/setores-de-internacao>>.

EXEMPLO DE ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM EM CLÍNICA MÉDICA

7:30 - Recebido o plantão com o paciente no leito, acompanhado pela esposa, em decúbito lateral direito, comunicativo, pulseira de identificação em MSD, refere sono regular á noite, sem queixas de dor. Aceitou desjejum VO, parcialmente, pois relata não gostar de chá. Mantendo uso de cateter de O2 tipo óculos, a 2L/min e acesso venoso em subclávia D, soro em bomba de infusão correndo a 10ml/h. Não relata falta de ar, relata diurese espontânea presente e evacuação ausente nas últimas 24hs. Orientado a chamar a enfermagem para qualquer necessidade. _____ Cleide da Silva – COREN-SP – XXXX – TE.

8:30 - Paciente encaminhado ao banho de aspersão com auxílio da Enfermagem, feita a troca do enxoval. Realizada troca da fixação do acesso em subclávia D, local limpo e seco sem sinais flogísticos, feita a troca da película protetora. Não foram observadas áreas de vermelhidão ou ressecamento da pele durante o banho _____ Cleide da Silva – COREN-SP – XXXX – TE.

10hs - Medicado conforme prescrição médica, item 2 e 4 _____ Cleide da Silva – COREN-SP – XXXX – TE.

10:30 - Encaminhado à Radiologia, em cadeira de rodas, acompanhado da esposa, para realização de RX de Pulmão conforme solicitação médica, anexa ao prontuário _____ Cleide da Silva – COREN-SP – XXXX – TE.

11:00 - Retorna do RX, em cadeira de rodas, sem intercorrências, acomodado na poltrona do quarto _____ Cleide da Silva – COREN-SP – XXXX – TE.

12:30 - Paciente sentado em poltrona, relata ter evacuado 1x, fezes sólidas em pequena quantidade, com odor característico. Aceitou totalmente o almoço VO, aguardando visita médica, mantendo prescrição _____ Cleide da Silva – COREN-SP – XXXX – TE.



CURIOSIDADE

REGRAS BÁSICAS DA ANOTAÇÃO

A anotação de enfermagem segue as regras básicas de quaisquer outras anotações de enfermagem, lembrando, aqui, as mais pertinentes:

- Precedida de horário, com assinatura e identificação profissional;
- Sem rasuras, entrelinhas, espaços em branco;
- Como o paciente se encontra durante a ronda da enfermagem (aspectos físicos e emocionais, nutricionais, de comunicação etc.);
- Itens de segurança presentes ou não (pulseiras de identificação, grades no leito, identificação de leito etc.);
- O que é observado ou mantém (venóclise, oxigênio, curativos, drenos, uso de bomba de infusão etc.) com descrição de características, quantidades e locais;
- Queixas álgicas (dores) ou qualquer desconforto (náuseas, vômitos, gases etc.);
- O que foi realizado ou orientado em ordem cronológica (medicação, coleta e realização de exames, transporte, intercorrências do plantão etc.);
- Conter apenas abreviaturas e siglas previstas em literatura ou que constem em SIGLÁRIO institucional.

SIGLÁRIO

É um termo que explica o conjunto de siglas.

Fonte: siglário in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2020. [consult. 2020-05-22 15:07:40]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/siglario>.



SAIBA MAIS

SIGLÁRIO

As siglas são utilizadas para facilitar a leitura, entretanto é importante salientar que o uso das siglas deve ser restrito, pois assim como pode ajudar a leitura, também pode dificultar, principalmente se o profissional que for ler o prontuário do paciente não tiver experiência.

Clique aqui e confira: <https://souenfermagem.com.br/fundamentos/siglas-utilizadas-nas-anotacoes-de-enfermagem/>



Fonte: Siglas Utilizadas nas Anotações de Enfermagem. 2018. Disponível em: <<https://souenfermagem.com.br/fundamentos/o-paciente/siglas-utilizadas-nas-anotacoes-de-enfermagem/>>.

**QUESTÃO 1**

O setor hospitalar de Clínica Médica é onde acontece o atendimento parcial ao paciente.

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

QUESTÃO 2

Observe as afirmações abaixo quanto ao que deve ser anotado sobre o paciente.

- A - Queixas algícas ou qualquer desconforto (náuseas, vômitos, algia, gases etc.),
- B - O que foi realizado ou orientado sem ordem cronológica (medicação, coleta e realização de exames, transporte,
- C - Intercorrências do plantão etc.
- D - Conter abreviaturas e siglas não previstas em literatura ou que constem em SIGLÁRIO institucional.

- ☐ todas as alternativas estão corretas
- ☐ A,C estão corretas
- ☐ A,C,D estão corretas
- ☐ A,B,D estão corretas

Capítulo 6

Anotação de Enfermagem
em Clínica
Cirúrgica

6. ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM EM CLÍNICA CIRÚRGICA

A Clínica Cirúrgica é um setor hospitalar destinado a internação de pacientes em pré e pós-operatório de tratamentos cirúrgicos, eletivos, intercorrentes ou de urgência, que sejam de baixa ou média complexidade e hemodinamicamente estáveis, seguindo regras gerais de idade acima de 12 anos.



CURIOSIDADE

REGRAS BÁSICAS DA ANOTAÇÃO

A anotação de enfermagem segue as regras básicas de quaisquer outras anotações de enfermagem, lembrando aqui as mais pertinentes:

- Precedida de horário, com assinatura e identificação profissional;
- Sem rasuras, entrelinhas, espaços em branco;
- Como o paciente se encontra durante a ronda da enfermagem (aspectos físicos e emocionais, nutricionais, de comunicação etc.);
- Itens de segurança presentes ou não (pulseiras de identificação, grades no leito, identificação de leito etc.);
- O que é observado ou mantém (venóclise, oxigênio, curativos, drenos, uso de bomba de infusão etc.) com descrição de características, quantidades e locais;
- Queixas algicas (dores) ou qualquer desconforto (náuseas, vômitos, gases etc.);
- O que foi realizado ou orientado em ordem cronológica (medicação, coleta e realização de exames, transporte; Intercorrências do plantão etc.);
- Conter apenas abreviaturas e siglas prevista em literatura ou que constem em SIGLÁRIO institucional.

SIGLÁRIO

É um termo que explica o conjunto de siglas.

Fonte: siglário in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2020. [consult. 2020-05-22 15:07:40]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/siglário>.

No **pré-operatório**, as Anotações de Enfermagem seguem-se as regras e orientações gerais, conforme o Capítulo 4 destacando os aspectos específicos:

1. Coleta e realização de exames pré-operatórios (laboratoriais e de imagem), se solicitados;
2. Conferência, separação e organização completas no prontuário e exames;
3. Solicitação de hemoderivados para Sala de Operação (SO), se prescrito;
4. Checagem de aviso cirúrgico e confirmação de horário;

5. Solicitação de visita pré-anestésica, se necessário (s/n);
6. Solicitação de demarcação da área cirúrgica, se necessário (s/n);
7. Orientação para a cirurgia, quanto a jejum e preparo da pele;
8. Orientações ao paciente e seus familiares, relacionadas a rotina pré-operatória;
9. Administração de medicações pré-operatórias, se prescritas;
10. Troca das vestimentas do paciente, conforme rotina hospitalar;
11. Encaminhamento do paciente ou aguardo do transporte, conforme rotina hospitalar, no horário agendado.



Fonte: Foto de gorden murah surabaya: <https://www.pexels.com/pt-br/foto/porta-entrada-corrimoes-ferrovias-7563452/>.

No **pós-operatório**, as Anotações de Enfermagem seguem as regras e orientações gerais, conforme o Capítulo 4 destacando os aspectos específicos:

1. Condições de retorno do paciente da SO quanto a seu estado de consciência, Sinais Vitais (SSVV), queixas algícas e desconfortos;
2. Presença de soros, cateteres, sondas, drenos, irrigação e curativos – local, bolsas de coleta, aspecto, sangramentos e drenagem;
3. Observação de extremidades e aquecimento do paciente para prevenção de hipotermia e Trombose Venosa Profunda (TVP);
4. Observação de esvaziamento da bexiga, na prevenção de bexigoma;
5. Observação do posicionamento correto do paciente no pós-operatório segundo cirurgia e anestesia realizadas;
6. Levantamento das grades do leito;
7. Orientações à família quanto a dor, hidratação, manutenção de jejum etc.

****Exemplo de Anotação de Enfermagem no Pré-Operatório – Clínica Cirúrgica**

GLOSSÁRIO

MSD = Membro Superior Direito

19h00 - Paciente admitido no setor, vindo da unidade de emergência, para tratamento cirúrgico de Apendicectomia amanhã às 7hs, chega consciente, em cadeira de rodas, acompanhado pelos pais e enfermagem, relata dor em flanco direito, vômitos 2x na residência em média quantidade e no momento náuseas, está sem conseguir se alimentar direito hoje, diurese espontânea, evacuou 1x nas ultimas 24hs. Traz consigo orientação com prescrição médica, solicitação de exames laboratoriais, ECG e RX de pulmão pré-operatórios. Acomodado no leito. Orientado quanto às normas de segurança, cuidados gerais e exames solicitados. Colocado a pulseira de identificação em MSD. Nega cirurgias anteriores e alergias
 _____ Márcio da Silva – COREN-SP – XXXX – TE.

OBSERVAÇÃO

A coleta de exames laboratoriais deve ser anotada, conforme a rotina da instituição de saúde

19h20 – Acionado o serviço de coleta de exames laboratoriais. Encaminhado os pedidos de ECG e RX e o aviso de CC, com a confirmação do horário de procedimento para amanhã às 07h00, a ser realizado com a Equipe de Gastroenterologia de plantão. Solicitado a avaliação pré-anestésica do plantão de anestesia
 _____ Márcio da Silva – COREN-SP – XXXX – TE.

20h00 – Encaminhado o paciente em cadeira de rodas, acompanhado do pai, ao setor de imagem para realização do RX. Retornou em cadeira de rodas. _____ Márcio da Silva – COREN-SP – XXXX – TE.

GLOSSÁRIO

ECG = Eletrocardiograma

20h30 - Realizada a coleta de exames laboratoriais pelo técnico responsável. Realizado o exame de ECG à beira do leito. Recebeu visita do anestesista de plantão, com prescrição de Dramim B6 EV agora, e SF 0.9% para manter veia e jejum absoluto, a partir de 22h. _____ Márcio da Silva – CO-

REN-SP – XXXX – TE.

21h00 - Realizado SSVV e punção venosa em antebraço de MSE, jelco 20, instalado venóclise e feita a medicação, conforme prescrição médica. Realizado o preparo da pele, conforme a rotina hospitalar. Orientado paciente e família quanto ao horário do jejum absoluto e horário agendado da cirurgia _____ Márcio da Silva – COREN-SP – XXXX – TE.

0hs - Paciente mantendo repouso no leito, grades elevadas, dormindo, segue em observação _____ Márcio da Silva – COREN-SP – XXXX – TE.

05h30 - Verificado os SSVV e encaminhado o paciente ao banho de aspersão, troca de camisola para o aguardo do chamado do CC. Recebe a visita da enfermeira do CC. _____ Márcio da Silva – COREN-SP – XXXX – TE.

05h30 – Realizada demarcação cirúrgica em flanco direito abdominal. _____ Daiane da Silva – COREN-SP – XXXXXX – ENF.

06h00 - Administrado pré-anestésico prescrito, paciente colocado em maca, grades elevadas, organizado prontuário e exames, certifico-me do jejum. Aguardo o transporte. _____ Márcio da Silva – COREN-SP – XXXX – TE.

06h30 - Paciente encaminhado ao CC, juntamente com seu prontuário e exames. Preparado o leito para o pós-operatório. Encaminhado a família à sala de espera do CC e RPA. _____ Márcio da Silva – COREN-SP – XXXX – TE.



Fonte: Arrumação do leito hospitalar e tipos de leitos. 2020. Disponível em: <<https://enfermagemcomamor.com.br/index.php/2018/05/25/arrumacao-do-leito-hospitalar-e-tipos-de-leitos/>>.

****Exemplo de Anotação de Enfermagem no Pós-Operatório Clínica Cirúrgica**

11h30 - Paciente retorna do CC, em maca, em POI de Apendicectomia, sob anestesia geral, sonolento, respondendo a estímulos verbais, sem queixas algícas, com pulseira de identificação em MSD, descorado +. Realizada a transferência para o leito e colocado em decúbito dorsal, mantendo venóclise com RL em região cubital com jelco 20 em MSE, com fixação limpa e seca, curativo oclusivo em região abdominal em flanco D, limpo e seco acusando dreno de Penrose. Verificado SSVV, paciente mantido aquecido com as grades do leito elevadas, MMII aquecidos. Peça cirúrgica acompanha prontuário, entregue aos pais. Márcio da Silva – COREN-SP – XXXX – TE.

12h00 - Medicado conforme item 2 da prescrição médica, apresentou diurese espontânea em grande volume. _____ Márcio da Silva – COREN-SP – XXXX – TE.

13h15 - Recebido o plantão com paciente em POI de Apendicectomia, no leito em decúbito dorsal, pulseira de identificação em MSD, grades elevadas, mantem-se aquecido, apresenta-se sonolento sem queixas algícas, mantendo venóclise com SG5% em região cubital, jelco20, em MSE, fixação limpa e seca, curativo oclusivo abdominal em flanco direito, limpo e seco acusando presença de dreno de Penrose, diurese espontânea, sem evacuar. _____ Mariana Cristina Marques – COREN-SP – XXXX – TE.

14h00 - Verificado SSVV, medicado conforme item 3 da prescrição médica. _____ Mariana Cristina Marques – COREN-SP – XXXX – TE.

16h00 - Paciente acordado, sem queixas algícas, decúbito dorsal em semi-Fowler aceitou parcialmente dieta leve VO oferecida. _____ Mariana Cristina Marques – COREN-SP – XXXX – TE.

17h30 - Paciente com queixas algícas no local da cirurgia, escala de dor 5 - medicado conforme item 4 da prescrição médica. _____ Mariana Cristina Marques – COREN-SP – XXXX – TE.

18h15 - Relata melhora da dor, apresentou diurese espontânea em grande volume. _____ Mariana Cristina Marques – COREN-SP – XXXX – TE.

**QUESTÃO 1**

No pré-operatório não há necessidade de orientar o paciente quanto ao preparo e rotinas, pois já vem com elas por escrito e explicadas por seu médico.

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

QUESTÃO 2

O acompanhamento do paciente na unidade, no pós-operatório, deve ser contínuo, pois pode haver intercorrências, mesmo que tenha retornado estável da RPA.

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

QUESTÃO 3

A demarcação da área cirúrgica é um procedimento de segurança que deve ser realizado, de preferência, antes do pré-anestésico.

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

QUESTÃO 4

A anotação de enfermagem em Clínica Cirúrgica;

A - Deve seguir as regras gerais de todas as anotações de enfermagem

B - Pode conter rasuras, pois o paciente demora a se estabilizar

C - Não precisa ser precedida de data e horário

D - O levantamento das grades só precisa ser anotado se o hospital seguir procedimentos de segurança do paciente

- ☐ todas estão corretas
- ☐ A,B,C estão corretas
- ☐ A,C estão corretas
- ☐ A,B,D estão corretas
- ☐ apenas A está correta

Capítulo 7

Anotação de Enfermagem
em Centro Cirúrgico

7. ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

O Centro Cirúrgico (CC) compreende uma área crítica, de acesso restrito, que pertence a um estabelecimento assistencial de saúde. É considerada uma das unidades mais complexas do Hospital, não só por sua especificidade em realizar procedimentos invasivos, mas também por ser um local fechado que expõe o paciente e a equipe de saúde em situações estressantes (HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA, 2012).

O Serviço de Enfermagem do Centro Cirúrgico Obstétrico tem por finalidade:

- Desenvolver atividades de assistência de Enfermagem baseado em princípios científicos, tecnológicos e normas organizacionais;
- Prestar assistência integral às pacientes durante o período perioperatório;
- Prever e prover recursos humanos e materiais necessários para a assistência de enfermagem no atendimento das pacientes;
- Colaborar com as Instituições de Ensino que utilizam o Hospital como campo de ensino;
- Colaborar no desenvolvimento de pesquisa na área da Saúde.



Fonte: Prefeito de Cuité assina Ordem de Serviço para obras no Hospital Municipal nesta terça (28). 2020. Disponível em: <<http://cuite.pb.gov.br/2019/05/28/prefeito-de-cuite-assina-ordem-de-servico-para-obras-no-hospital-municipal-nesta-terca-28/>>.

A cirurgia sob o ponto de vista dos clientes representa uma invasão da intimidade sobre todos os aspectos, pois seu corpo se transforma em um livro aberto a todos os componentes da equipe de saúde, podendo gerar crises emocionais ou até mesmo conflitos com as equipes que o assistem (HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA, 2012).

O cuidado com a exposição do corpo do cliente, juntamente com a humanização, inclui ações que necessitam de coragem, compreensão, habilidade por parte dos funcionários que ali atuam (HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA, 2012).



REGRAS BÁSICAS DA ANOTAÇÃO

A anotação de enfermagem segue as regras básicas de quaisquer outras anotações de enfermagem, lembrando aqui as mais pertinentes:

- Precedida de horário, com assinatura e identificação profissional;
- Sem rasuras, entrelinhas, espaços em branco;
- Como o paciente se encontra durante a ronda da enfermagem (aspectos físicos e emocionais, nutricionais, de comunicação etc.);
- Itens de segurança presentes ou não (pulseiras de identificação, grades no leito, identificação de leito etc.);
- O que é observado ou mantém (venóclise, oxigênio, curativos, drenos, uso de bomba de infusão etc.) com descrição de características, quantidades e locais;
- Queixas álgicas (dores) ou qualquer desconforto (náuseas, vômitos, gases etc.);
- O que foi realizado ou orientado em ordem cronológica (medicação, coleta e realização de exames, transporte; Intercorrências do plantão etc.);
- Conter apenas abreviaturas e siglas prevista em literatura ou que constem em SIGLÁRIO institucional.

SIGLÁRIO

É um termo que explica o conjunto de siglas.

Fonte: siglário in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2020. [consult. 2020-05-22 15:07:40]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/siglario>.

Quando o paciente é submetido a um tratamento cirúrgico, as etapas de cuidados de enfermagem devem ser registradas criteriosamente para efetivar todas as intervenções planejadas.

Por exemplo:

A equipe de enfermagem deve ter conhecimento sobre o processo de internação hospitalar, horas antes do procedimento cirúrgico. A informação sobre as condições de saúde e/ou possibilidade de complicações devem estar registradas no documento de anotações de enfermagem.

Os procedimentos de pré-operatório devem também ser registrados, descrevendo as ações medicamentosas e/ou reações adversas à técnica realizada.

As condições emocionais do paciente devem também ser relatadas na anotação de enfermagem, pois qualquer alteração cognitiva, emocional e psiquiátrica poderá interferir no resultado do procedimento cirúrgico. Além de conferir maior confiabilidade a outros profissionais de enfermagem que poderão utilizar a informação para iniciar tratamento paralelo ao procedimento cirúrgico.

A informação sobre quais tipos de exames foram realizados no paciente, antes do procedimento cirúrgico, deve ser registrado na anotação de enfermagem. Pois as técnicas realizadas nos procedimentos diagnósticos podem assegurar a viabilidade ou não da cirurgia.

Exemplificando:

A submissão do paciente a um exame de diagnóstico por imagem do tipo Tomografia, ao inserir o contraste ocorreu uma reação alérgica que impediu a finalização do exame e consequente a interrupção do programa de intervenção cirúrgica.

Se não houver o devido registro da intercorrência no documento de anotação de enfermagem, o cuidado

com o paciente poderá ser comprometido e gerar um erro no tratamento de saúde.

As orientações verbais realizadas em pré-operatória devem ser claras, de maneira que o paciente compreenda toda a etapa procedimental da intervenção cirúrgica muito antes de submetê-la. Essas orientações e a forma como foram transmitidas devem ser registradas na anotação de enfermagem, a fim de conferir credibilidade ao processo assistencial.



Fonte: Cortinas divisórias de leito hospitalar estão contaminadas por *Staphylococcus Aureus* resistente à meticilina. 2020. Disponível em: <<http://federacaodasaude.org.br/noticia-interna/13684>>.

Pré-operatório – Unidade de Internação Clínica Cirúrgica /Pronto Atendimento

Na anotação de enfermagem devem ser registrados:

- Coleta e encaminhamento dos materiais para novos exames;
- Manutenção do jejum;
- Administração de medicamentos endovenosos ou orais, soroterapia e hemoderivados;
- Controle do balanço hídrico se prescrito;
- Informações sobre os sinais vitais;
- Alterações cutâneas;
- Estado emocional;
- Condições de higiene.

Ao encaminhar o paciente para o procedimento cirúrgico é importante conferir:

- Nome do paciente;
- Nome da cirurgia;
- Horário da cirurgia;
- Solicitação de hemoderivados;



Fonte: 10 passos para o transporte de um paciente grave. 2018. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/como-transportar-um-paciente-grave/>>.

- Preparos especiais ou de rotina;
- Coleta de amostra de tipagem sanguínea;
- Preparo da área cirúrgica;
- Condições de higiene e tricotomia realizada;
- Sintomas como tosse, coriza, febre, variação de SSVV;
- Estado emocional;
- Remoção de próteses e acessórios, como joias.



Fonte: Organização do Centro Cirúrgico. 2015. Disponível em: <<https://souenfermagem.com.br/estudos/centro-cirurgico-1/organizacao-do-centro-cirurgico/>>.

Admissão do paciente no CC - aguardo da cirurgia

Recepção do paciente pela circulante ou responsável, conferência de dados, pulseira de identificação, *checklist* ENTRADA - pré-operatório (manutenção do jejum, pré-anestésico, vestimenta adequada, retirada de próteses e acessórios, demarcação de área cirúrgica, alergias, estado emocional etc.) (IBSP, 2019).

Conferência do prontuário, exames e solicitação de hemoderivados

Aguardo para liberação da sala, encaminhamento do paciente junto a técnica de enfermagem/circulante responsável.



CURIOSIDADE

CHECKLIST

CHECKLIST- Em 2009, a OMS elaborou um modelo de *checklist* para ser usado em cirurgias, após lançar um desafio global para reduzir riscos cirúrgicos e coletar a experiência de um painel internacional de especialistas. O *checklist* de cirurgia segura da OMS tem três momentos: **Entrada** (antes da indução anestésica), **Time Out** ou Pausa (antes da incisão) e **Saída** (antes de o paciente deixar o centro cirúrgico). Seus elementos podem ser adequados às necessidades e realidade de cada instituição. A OMS recomenda que o *checklist* não seja muito extenso, o que torna mais difícil sua realização e que perguntas não sejam eliminadas (se há dificuldade em passar por algum dos critérios, é recomendável investigar o porquê e resolvê-lo) (IBSP, 2019, *online*)!

Fonte: IBSP. Cirurgia segura: 10 pontos que devem estar no checklist. 2019. Disponível em: <<https://www.segurancaopaciente.com.br/qualidade-assist/cirurgia-segura-10-pontos-que-devem-estar-no-checklist/>>. Acesso em: 31 mai. 2020.

Anotações de Enfermagem no Transoperatório

- Horário de início e término do procedimento;
- Posição adotada na mesa operatória, tipo de anestesia;
- Preenchimento do checklist TIME OUT ou PAUSA
- Solicitação e uso de hemoderivados;
- Exames de imagem durante o ato cirúrgico;
- Equipe responsável durante o procedimento;
- Gastos e acréscimos de insumos;
- Intercorrências;
- Conferência de compressas e materiais cirúrgicos;
- Encaminhamento RPA;
- Passagem de plantão.



Fonte: Centro Cirúrgico. 2020. Disponível em: <<http://www.hospitalstacruz.com.br/infra-estrutura/centro-cirurgico/>>.

Anotações de Enfermagem no Pós-Operatório-RPA

- Horário de admissão na RPA e recebimento de plantão, conferência de prontuário e pulseira de identificação, peça cirúrgica, medicações prescritas;
- controle SSVV de 15x15min e espaçamento conforme estabilização deles;
- Instalação de monitorização e oxímetro, aquecimento e acompanhamento de sinais de hipotermia e Trombose Venosa, elevação das grades do leito ou maca;
- Observação do decúbito, curativos, drenos, acesso venoso, presença de sonda vesical e/ou bexigo-ma;

PREENCHIMENTO DO *CHECK LIST* SAÍDA

- Acompanhamento do paciente em POI até que receba alta do setor, solicitação de transporte, passagem de plantão com conferência de prontuário, exames, peça cirúrgica, condições gerais do paciente etc.;
- Anotações de alta do setor (horário).

Exemplo de Anotações de Enfermagem em CC-Admissao/Trans-Operatório/RPA/Alta

06h40 - Paciente admitido no CC, vindo da unidade de Clínica Cirúrgica, em maca, acompanhado pela enfermagem e dos pais, pré-operatório de Apendicectomia agendada para 07h00 com a equipe de Gastro e Anestesia de Plantão. Pulseira de identificação em MSE conferida, prontuário completo, checklist preenchido e completo. Aguardo a chamada para sala de operação Daiane/TExxxxxxxxxx

10 - Paciente encaminhado a SO, em maca Daiane/TE/xxxxxx

07h20 - Paciente em mesa cirúrgica, decúbito dorsal, início dos procedimentos anestésicos- anestesia geral- pela equipe de plantão Solange/TExxxxxxxxxx

07h45 - Início da cirurgia, equipe de Gastroenterologia de plantão, aberta planilha de gastos e acréscimos, SSVV estáveis Solange/TExxxxxxxxxx

08h45- Término da cirurgia, conferência de insumos e instrumentais ok, paciente em mesa cirúrgica aguardando extubação Solange/TExxxxxx

09h10- Paciente extubado, sem intercorrências, transferido da mesa para cama, grades elevadas, encaminhado a RPA. Paciente em POI de apendicectomia, sonolento, respirando ar ambiente, aquecido, em venóclise por acesso periférico com jelco 20, em MSE dorso de mão, com RL aberto, fixação limpa e seca, SSVV estáveis- folha anexa-, MMII aquecidos e corados, mantendo curativo oclusivo em flanco abdominal D limpo e seco, bexiga amolecida sem sinais de bexigoma. Entrego o prontuário completo e peça cirúrgica, passo o plantão Solange/TExxxxxxxxxx

09h15- Paciente admitido na RPA em POI de apendicectomia, grades elevadas, sonolento, descorado+, hipotérmico -T34,5 (instalado aquecedor), restante dos sinais vitais estáveis, não refere dor, mantendo venóclise por acesso periférico com jelco 20, em MSE, dorso de mão, com RL aberto, fixação limpa e seca, mantendo curativo oclusivo em flanco abdominal D limpo e seco, sem sinais de bexigoma e MMII aquecidos e corados Marcia/TExxxxxxxxxx

09h40- Paciente apresentando náuseas, medicado conforme item 4 da prescrição médica, cabeça lateralizada Marcia/TExxxxxxxxxx

10h30- Paciente mantendo SSVV estáveis, sem náuseas, mantendo venóclise, sem intercorrências, T36,4- mantido aquecido, desligo aquecedor, sem sinais de bexigoma Marcia/TExxxxxxxxxxxxxx

12h00- Paciente mantendo SSVV estáveis, mais acordado, recebe alta do anestesista da RPA. Solicitado transporte para unidade, conferência de prontuário, exames e peça cirúrgica Marcia/TExxxxxxxxxx

12h15- Paciente com alta da RPA para unidade de internação, passo plantão, confiro e encaminho prontuário completo Marcia/TExxxxxxxxxxxxxxxxxx



QUESTÃO 1

O *Checklist* para cirurgia segura é um modelo de tarefa implantado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) relacionado a sua preocupação com a instabilidade hemodinâmica do paciente em cirurgia.

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

QUESTÃO 2

Quanto às anotações de Enfermagem na admissão do paciente no CC, é importante que:

- A - Haja conferência do paciente apenas através de pergunta verbal
- B - O paciente seja levado imediatamente à sala cirúrgica
- C - Seja feita a checagem da identificação do paciente através da pulseira de identificação, confirmação de dados quanto ao jejum, preparo etc.
- D - O paciente aguarde, no leito ou maca, para liberação de sala cirúrgica, presença da equipe de anestesia e cirurgia

- ☐ as letras A,C D estão corretas
- ☐ todas as afirmativas estão corretas
- ☐ as letras A, B estão incorretas
- ☐ as letras A,B D estão corretas

QUESTÃO 3

Quanto ao transoperatório, não há necessidade de conferência de compressas e materiais cirúrgicos uma vez que é a equipe médica que deve realizar esse procedimento.

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

QUESTÃO 4

No pós-operatório, não relação entre a hipotermia e estabilização dos sinais vitais do paciente.

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

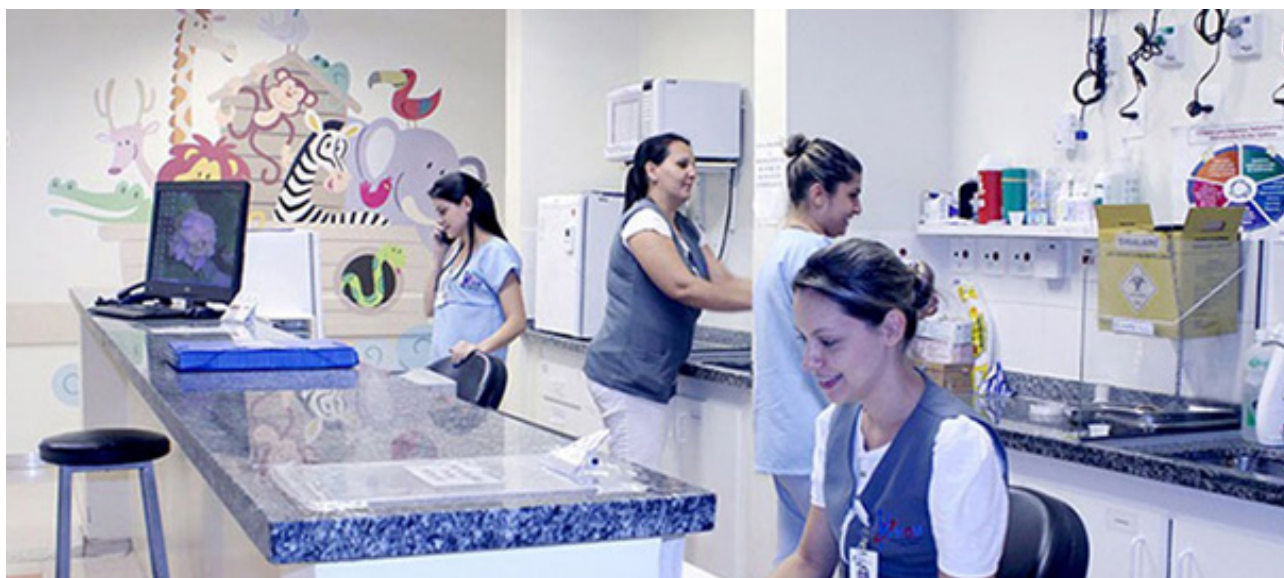
Capítulo 8

Anotação de Enfermagem
em Pediatria

8. ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA

A Pediatria é uma unidade hospitalar onde se internam os casos de patologias clínicas/cirúrgicas voltadas à criança onde, geralmente, a idade média é até 12 anos. É o local onde a abordagem está centrada na criança e sua família, dando ênfase à participação nos cuidados, local onde a comunicação deve ser feita, de forma apropriada, demonstrando habilidade, flexibilidade e empatia.

É essencial que as crianças tenham uma atenção direcionada, de modo a alcançar diariamente melhor qualidade de vida por meio da prevenção de doenças e reabilitação.



Fonte: <http://www.hcmriopreto.com.br/pediatria>

As anotações de enfermagem são essenciais na sistematização e, a partir de uma melhora na implementação da SAE e dos registros relacionados a ela, pode-se vir a ter um maior nível de qualidade (APOLINÁRIO; VIEIRA, 2012).

O resultado advindo da documentação gerada por essa metodologia é representado pelos registros. Fornece aos membros da equipe de saúde um meio de comunicação que inclui os resultados obtidos com a assistência prestada, serve de material para tomada de decisões, fonte para pesquisas e instrumento ético/legal, além de possibilitar a avaliação dos cuidados prestados e servir como fonte para auditoria (APOLINÁRIO; VIEIRA, 2012).

Entretanto, os registros de Enfermagem não são exclusivos da SAE, eles são constituídos por dois tipos de ações: evolução e anotação de enfermagem. Sendo que a Evolução de Enfermagem é de atribuição exclusiva do enfermeiro, fazendo parte da SAE, enquanto que a Anotação de Enfermagem é de responsabilidade do profissional de enfermagem de nível médio (Técnico ou Auxiliar), onde serão registrados, no prontuário do paciente, os procedimentos realizados e a resposta apresentada pelo paciente, de acordo com o que foi prescrito pelo Enfermeiro na SAE (APOLINÁRIO; VIEIRA, 2012).

Registro é definido como o conjunto de informações relacionadas ao paciente, aos cuidados e aos resultados, de forma escrita e é fator relevante para a tomada de decisão e alcance da qualidade do cuidado (APOLINÁRIO; VIEIRA, 2012).

Na assistência pediátrica, existem peculiaridades que são originadoras potenciais de situações-problema. Corroborando com a fala de um dos participantes, acerca do cuidado complexo, Collet diz que as limitações de comunicação verbal com a criança, a depender geralmente de sua faixa etária, a relação com o familiar da criança internada, ou o inverso, a ausência de referência familiar para esta criança, entre outras, devem sempre ser tratadas com a melhor abordagem possível, e compete ao enfermeiro buscar a resolutividade para os problemas da criança internada (GIOLITO, 2015).

A anotação de enfermagem segue as regras básicas de quaisquer outras anotações de enfermagem, lembrando aqui as mais pertinentes para o setor:

- Precedida de horário, com assinatura e identificação profissional;
- Sem rasuras, entrelinhas, espaços em branco;
- Uso correto da terminologia (RN, lactente, pré-escolar, escolar);
- Citar grau de parentesco do acompanhante (mãe, pai, tia etc.);
- Como o paciente se encontra durante a ronda da enfermagem (aspectos físicos e emocionais, nutricionais, de comunicação, vínculo com a mãe ou acompanhante, atividade etc.);
- Itens de segurança presentes ou não (pulseira(s) de identificação, grades no berço, identificação do berço etc.);
- Itens de segurança presentes ou não (pulseiras de identificação, grades no berço, identificação do berço etc.);
- O que é observado ou mantém (venóclise, oxigênio, curativos, drenos, uso de bomba de infusão etc.) com descrição de características, quantidade e locais;
- O que referem os pais ou acompanhante quanto a queixas álgicas ou qualquer desconforto (náuseas, vômitos, algia, gases etc.);
- O que foi realizado ou orientado à criança e/ou familiares em ordem cronológica (medicação, transporte, higiene, coleta e realização de exames etc.);
- Intercorrências do plantão;
- Conter apenas abreviaturas e siglas prevista em literatura ou que constem em SIGLÁRIO institucional.



Fonte: <https://clinicapopmed.com.br/item/pediatria/>



Fonte: <https://iclinic.com.br/sistema-para-pediatria/>

Exemplo de Admissão:

Segundo Brito (201?),

25/07/14 às 11h00 - Paciente M.J.S., admitido no setor, deambulando, acompanhado da mãe, para tratamento clínico de amigdalite, apresentando os seguintes sintomas: "dor na garganta", dificuldade de deglutição, cefaleia, calafrios e "dor na nuca". SSVV: PA=110x80mmHg; FC=74bpm; FR=15ipm; SpO2=97% e Tax=38°C. Relata apresentar sono agitado, alimentar-se pouco, não fazer uso de medicações e não apresentar reações alérgicas, apresenta evacuação e diurese diários. Há mais ou menos seis anos apresentou infecção urinária, sendo realizado apenas tratamento clínico. Apresenta ressecamento da pele, dos MMSS e MMII, solução de continuidade nos lábios. Foi instalado soroterapia de manutenção em dorso da mão do membro superior esquerdo, com jelco 22 e realizada fixação com micropore. Permanece em repouso no leito. Assinatura do profissional com o número do COREN.

**QUESTÃO 1**

A Anotação de Enfermagem é de responsabilidade apenas do profissional de enfermagem de nível médio (Técnico ou Auxiliar).

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

QUESTÃO 2

Coloque V (Verdadeiro) ou F (Falso):

- ☐ As anotações de enfermagem são essenciais na sistematização e a partir de uma melhora na implementação da SAE.
- ☐ É essencial que as crianças tenham uma atenção direcionada, de modo a alcançar diariamente melhor qualidade de vida por meio da prevenção de doenças e reabilitação.
- ☐ Na assistência pediátrica, não existem peculiaridades que são originadoras potenciais de situações-problema.
- ☐ A Pediatria é uma unidade hospitalar onde se internam os casos de patologias clínicas/cirúrgicas voltadas à criança onde geralmente a idade média é até 06 anos.

Capítulo 9

Anotação de Enfermagem
em Maternidade

9. ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM EM MATERNIDADE

O conceito e estrutura dos setores de Maternidade tem passado por mudanças significativas através dos anos, tendo como principais focos o atendimento humanizado, diminuição da mortalidade materna e neonatal, o parto seguro, aumento do vínculo mãe, recém-nascido e família, promoção do aleitamento materno, diminuição do número de cesarianas desnecessárias, entre tantos outros importantes.



HORA DO VÍDEO

O QUE ANOTAR?

Relatório de Enfermagem no período puerperal

Acesse o site e confira:

<https://youtu.be/ENHpoLcW2CE?si=2U7GrpzOQKk1zBgh>

<https://www.youtube.com/watch?v=41mTOhGYG5A>



Fonte: Anotação de Enfermagem na Maternidade - PROMOÇÃO DO LIVRO. Quero uma vaga na Enfermagem. Disponível em: <https://youtu.be/ENHpoLcW2CE?si=2U7GrpzOQKk1zBgh>

No Brasil, formaram-se redes de apoio integradas aos hospitais para que ações e políticas públicas pudessem ser implantadas e bem-sucedidas, transformando aos poucos, inclusive, a formação de profissionais capacitados e centros especializados para atendimento da gestante, mãe e bebê.

O cenário atual encontrado na maioria dos hospitais brasileiros é de Maternidades já integradas: ao atendimento também do RN - o Alojamento Conjunto, onde os cuidados de saúde são dispensados desde o início do trabalho de parto, parto, puerpério, nascimento, cuidados dispensados ao RN, vacinação de RNs, registro de nascimento, consultas agendadas com UBS para puérpera, RN pós - alta, etc.

Esse tipo de integração propicia que, durante a permanência no hospital, sejam oportunizadas participações da mãe e familiares nos cuidados dispensados ao BB como também o acompanhamento no aleitamento materno.

Fonte: Emergência do Hospital Mãe de Deus. 2020. Disponível em: <https://www.maededeus.com.br/maternidade-adapta-seu-mix-de-servico-encerrando-a-emergencia-obstetrica/>.



Portanto as anotações de enfermagem em Maternidade tratarão do binômio Mãe & Recém-Nascido, lembrando que serão sempre dois prontuários – Mãe e RN.

Em cada uma das anotações as regras seguidas são as mesmas citadas no Capítulo 4, **acrescentando** as seguintes observações:

Anotações Maternas:

1. Estado das mamas, produção de colostro e/ou leite materno, se há dificuldades na amamentação, ingurgitamento mamário, condições, cuidados e orientações,
2. Presença de cicatriz abdominal no caso de cesariana ou episiotomia no parto normal, condições, cuidados e orientações,
3. Involução uterina,
4. Loquiação ou sangramento vaginal – características e quantidade.
5. Orientações relacionadas quanto a deambulação, cuidados e pós- alta

Anotações do Recém-Nascido:

1. Em uso de pulseiras de identificação (membro superior e inferior)
2. Como e quanto suga durante a amamentação
3. Presença de choro constante e atividade
4. Aspecto e processo de cicatrização do coto umbilical
5. Coloração da pele
6. Eliminações de urina e mecônio
7. Orientações dadas à mãe sobre segurança do RN, cuidados e pós-alta.



Fonte: Alojamento Conjunto. Hospital Maternidade Jesus Maria José. Disponível em: <<http://www.hmjmj.com.br/servicos/alojamento-conjunto/>>. Acesso em: 26 jun. 2020.



CURIOSIDADE

REGRAS BÁSICAS DA ANOTAÇÃO

A anotação de enfermagem segue as regras básicas de quaisquer outras anotações de enfermagem, lembrando aqui as mais pertinentes:

- Precedida de horário, com assinatura e identificação profissional;
- Sem rasuras, entrelinhas, espaços em branco;
- Como o paciente se encontra durante a ronda da enfermagem (aspectos físicos e emocionais, nutricionais, de comunicação etc.);
- Itens de segurança presentes ou não (pulseiras de identificação, grades no leito, identificação de leito etc.);
- O que é observado ou mantém (venóclise, oxigênio, curativos, drenos, uso de bomba de infusão etc.) com descrição de características, quantidades e locais;
- Queixas álgicas (dores) ou qualquer desconforto (náuseas, vômitos, gases etc.);
- O que foi realizado ou orientado em ordem cronológica (medicação, coleta e realização de exames, transporte; Intercorrências do plantão etc.);
- Conter apenas abreviaturas e siglas prevista em literatura ou que constem em SIGLÁRIO institucional.

SIGLÁRIO

É um termo que explica o conjunto de siglas.

Fonte: siglário in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2020. [consult. 2020-05-22 15:07:40]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/siglário>.

Exemplo de Anotações de Enfermagem em Prontuário Materno - MLD

07h00- Recebido plantão, puérpera em 1º dia pós parto normal, acompanhada do marido, em leito identificado, consciente, comunicativa, em uso de pulseira de identificação em MSE, em decúbito dorsal, relata sono intercotado noturno devido as diversas mamadas do RN, aceitou o desjejum VO totalmente, descobrada +, mamas cheias com presença de colostro e bicos protusos com queixa de dor em cólica durante a pega do RN, presença de acesso venoso periférico salinizado em antebraço de MSD, com fixação limpa e seca, involução uterina aproximadamente de 5 cm abaixo da cicatriz umbilical útero endurecido, relata loquiação vermelho rubro em média quantidade, sem evacuar nas últimas 24hs. Oriento o banho de aspersão com auxílio da enfermagem, cuidados com episiorrafia, cuidados e posicionamento durante a amamentação, deambular no quarto, hidratação e chamar enfermagem caso haja necessidade. ----- Otilia/TExxxxx

08h00- Retirado acesso venoso conforme prescrição médica, verificados SSVV ..
..... Otilia /TExxxxxxx

08h40- Encaminhada ao banho de aspersão, realizada troca de enxoval
..... Otilia /TExxxxxxx

10h00- Medicada conforme prescrição médica, item 2.
..... Otilia /TExxxxxx

12h45- Puérpera mantendo cuidados e controles, deambulou no corredor da unidade, aceitou almoço VO totalmente, sem queixas
..... Otilia /TExxx



Fonte: Sistema de Alojamento Conjunto. 2020. Disponível em: <<http://www.hospitalveracruz.com.br/site/maternidade/sistema-de-alojamento-conjunto>>.

Exemplo de Anotações de Enfermagem em Prontuário de Recém-Nascido – RN de MLD

07h00- Recebido plantão, RN de 1 dia nascido de parto normal, no berço, dormindo em decúbito dorsal, pulseiras de identificação em MSD e MIE, pele corada, mãe refere que suga forte ,porém várias vezes quer ir ao peito, coto umbilical limpo e seco em processo de cicatrização, diurese espontânea e evacuação escura e amolecida ,sem odor, após as mamadas. Oriento a mãe a chamar para realizar o banho e curativo umbilical do RN acompanhada pela enfermagem, orientações de segurança do RN aos pais.
..... Regina/TExxxxx

08h00- Entregue aos pais a DNV para registro do RN e orientações quanto a possibilidade da realização do registro na recepção do hospital a partir deste horário
..... Mirna/TEC ADm/XXXXXX

09h00- Realizada pesagem e SSVV. Acompanhado os pais na realização do banho e curativo do coto umbilical do RN, com retirada de dúvidas e orientações gerais Regina /TExxxxxx

11h00- RN vacinado para Hepatite B e BCG, pais recebem orientações de enfermagem sobre próximas vacinas e primeira consulta na UBS
VE/Heloisa/TEXXXXXXXXXX

12h45- RN mantendo cuidados de enfermagem e acompanhado dos pais, sem alterações durante o plantão Regina /TExxxxxx



VAMOS PRATICAR MATERNIDADE

QUESTÃO 1

Coloque V (Verdadeiro) ou F (Falso):

- () No Brasil, formaram-se redes de apoio, integradas aos hospitais, para que ações e políticas públicas pudessem ser implantadas e bem-sucedidas.
- () O cenário atual encontrado na maioria dos hospitais brasileiros é de Maternidades já integradas: ao atendimento também do RN- o Alojamento Conjunto, onde os cuidados de saúde são dispensados à futura mãe e RN.
- () O conceito e estrutura dos setores de Maternidade não têm passado por mudanças significativas através dos anos, não tendo como principais focos o atendimento humanizado.

QUESTÃO 2

Escolha as melhores palavras para completar a anotação de enfermagem a seguir:

a - 09h00- Realizada pesagem e SSVV. Acompanhado os pais na realização do _____ e curativo do _____ umbilical do RN, com retirada de _____ e orientações gerais

b - 11h00 - RN vacinado para Hepatite B e BCG, pais recebem _____ de enfermagem sobre próximas _____ e primeira consulta na UBS

sono – amamentação – passeio – vacinas – orientações – dúvidas – enfermagem – banho – coto

Capítulo 10

Anotação de Enfermagem
**em Unidade de
Terapia Intensiva**

10. ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A Unidade de Tratamentos Intensivos ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma estrutura hospitalar, com área restrita que se destina ao cuidado intensivo de pacientes potencialmente mais graves ou descompensados, necessitados de grande vigilância clínica ou suporte a órgãos e que estejam com funcionamento prejudicado, é o local no hospital destinado à oferta do SAV – Suporte Avançado de Vida.



CURIOSIDADE

REGRAS BÁSICAS DA ANOTAÇÃO

A anotação de enfermagem segue as regras básicas de quaisquer outras anotações de enfermagem, lembrando aqui as mais pertinentes:

- Precedida de horário, com assinatura e identificação profissional;
- Sem rasuras, entrelinhas, espaços em branco;
- Como o paciente se encontra durante a ronda da enfermagem (aspectos físicos e emocionais, nutricionais, de comunicação etc.);
- Itens de segurança presentes ou não (pulseiras de identificação, grades no leito, identificação de leito etc.);
- O que é observado ou mantém (venóclise, oxigênio, curativos, drenos, uso de bomba de infusão etc.) com descrição de características, quantidades e locais;
- Queixas algicas (dores) ou qualquer desconforto (náuseas, vômitos, gases etc.);
- O que foi realizado ou orientado em ordem cronológica (medicação, coleta e realização de exames, transporte; Intercorrências do plantão etc.);
- Conter apenas abreviaturas e siglas prevista em literatura ou que constem em SIGLÁRIO institucional.

SIGLÁRIO

É um termo que explica o conjunto de siglas.

Fonte: siglário in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2020. [consult. 2020-05-22 15:07:40]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/siglário>.

É dotada de muita tecnologia capaz de reproduzir as funções vitais e condições para diversas intervenções, inclusive de alta complexidade onde há a presença de profissionais de várias áreas da saúde com formação em cuidados críticos, preparados para agir a qualquer momento. Ao mesmo tempo, atua em um completo sistema de vigilância incessante que acompanha diversos parâmetros biológicos orientando o tratamento e detecção de complicações indesejadas.



Fonte: Com taxa de ocupação de UTI em 89%, cidade de São Paulo vai transferir pacientes com coronavírus ao interior. 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/com-taxa-de-ocupacao-de-uti-em-89-cidade-de-sao-paulo-vai-transferir-pacientes-com-coronavirus-ao-interior-24403308>>.

Alguns hospitais possuem Unidades de Tratamento Intensivo separadas por idade e /ou especialidade como: UTI Geral/UTI Cardiológica/UTI Neonatal/UTI Pediátrica.

Para seu funcionamento há publicações do Ministério da Saúde junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pois as especificidades são inúmeras quanto a sua organização, infraestrutura, dotação de equipamentos, recursos humanos, serviços complementares etc.



SAIBA MAIS

REQUISITOS DE FUNCIONAMENTO DE UMA UTI

Acesse o link do Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA, que “Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências”.

Clique aqui e confira: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html

Quanto às Anotações de Enfermagem em UTI, seguem as regras gerais citadas no Capítulo 4, porém acrescidas da observação e descrição de alguns itens importantes como:

- Monitorização Cardíaca;
- Monitorização de Pressão Arterial;
- Capnógrafo;
- Bombas de Infusão;
- Ventilação Mecânica;

- Catéter O2, Máscara de O2(Venturi), Nebulização contínua;
- Catéter Venoso Central;
- Catéter de Swan Ganz;
- Monitorização de Pressão Venosa Central (PVC);
- Monitorização de Pressão Intracraniana (PIC);
- Drenagem (Tórax, Abdominal, Gástrica etc.);
- Sonda Naso Enteral;
- Tubo Oro Traqueal (TOT);
- Traqueostomia;
- Sonda Vesical de Demora;
- Balanço Hídrico;
- Diálise Peritoneal ou Hemodiálise;
- Hemoderivados;
- Drogas Foto reagentes;
- Aspiração de Vias Aéreas Superiores (VAS) e TOT;
- Quimioterapia;
- Procedimentos médicos e exames à beira do leito;
- Cuidados com a pele, decúbito, higiene, uso de fraldas, eliminações fisiológicas;
- Uso de colchão piramidal, colchão pneumático, coxins, restrição no leito etc.;
- Aspectos emocionais do paciente consciente.



Fonte: UTI do HGF chega ao nono mês sem casos de infecção do trato urinário. 2020. Disponível em: <<https://www.ceara.gov.br/2020/01/15/uti-do-hgf-chega-ao-nono-mes-sem-casos-de-infeccao-do-trato-urinario/>>.



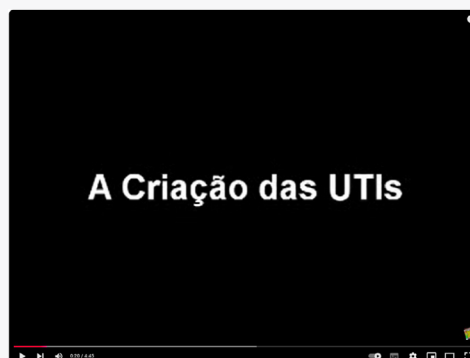
HORA DO VÍDEO

HISTÓRIAS DAS UTI

Acesse site e assista ao vídeo e saiba um pouco da História das UTIs

Acesse o site e confira:

<https://youtu.be/KILH40yCoB0>



Fonte: SOBRATI-UTI: História da UTI. Publicado 12 mar. 2018. Tempo estimado 4:45. Disponível em: <<https://youtu.be/KILH40yCoB0>>.

Exemplo de Anotação de Enfermagem em UTI

07h10: Recebido plantão com paciente no leito, em tratamento clínico, com pulseira de identificação, grades elevadas, em uso de colchão pneumático, decúbito dorsal, em sedação contínua, não responde a estímulos verbais e, entubado, em uso de ventilador mecânico, TOT com fixação limpa e seca, em uso de monitor multiparâmetros, SNE em narina direita fixação suja, dieta correndo em bomba de infusão a 83ml/h, acesso venoso central duplo lúmen, em veia subclávia D, fixação limpa e seca, mantendo Noradrenalina a 15ml/h e Dobutamina a 20ml/h ambos em via proximal, soro G 5% + eletrólitos, Fentanil 0,5ml/h, Propofol 10ml/h, em via distal, correndo em bomba de infusão, drenagem de tórax em hemitórax E em selo d água, fixação limpa e seca, líquido sanguinolento, diurese por sonda vesical de demora, amarelo citrino
..... Mario Luiz/TExxxx

07h20- Coleta exames laboratoriais, conforme pedido médico
..... Cristina/TExxxxx

07h40- Realizado banho no leito, troca de enxoval, em uso de colchão pneumático, pele com escoriações em escápula D e área de trocanter E (colocado película protetora), realizada mudança de decúbito para DLD, realizada higiene oral e ocular, aspiração de TOT e VAS (secreção espessa, clara, pequena quantidade), realizada troca de fralda. Realizada troca da fixação da sonda naso enteral, curativo do acesso venoso central e drenagem de tórax (uso de SF0.9%, clorexidina e película protetora) SSVV monitorados e marcados em folha anexa. Deixo o paciente aquecido e com grades elevadas do leito
Mario Luiz /TExxxxxxxxxx

08h30- Realizada medicação itens 2,3 e 4 conforme prescrição médica – troca soro na bomba de infusão conforme prescrição médica- instalo hidratação por SNE na bomba de infusão Valter/TExxxxxxxxxx

09h00- Realizado RX pulmão no leito, conforme pedido médico
..... Valter/TRadxxxxxxxxxx

09h40-Realizada Mudança de Decúbito para decúbito dorsal, em uso de coxins nas áreas de atrito, deixo as grades do leito elevadas Mario Luiz /TExxxxxxxxxxxx

09h45- Fisioterapia Respiratória e Motora Marcia/FstXXXXXXX

10h00- Paciente apresentou evacuação na fralda, pastosa, fétida, em grande quantidade. Realizada higiene íntima e troca de fraldas Mario Luiz /TExxxxxxxxxxxx

10h30- SSVV monitorados e marcados em folha anexa Mario Luiz /TExxxxx

11h20- Medicado com itens 3,5,7,8, conforme prescrição médica Mario Luiz /TExxxxxxxxx

11h45- Realizada mudança de decúbito para decúbito lateral direito, grades elevadas, aspiração de VAS e TOT com pequena quantidade de secreção espessa, clara Mario Luiz /TExxxxxxxx

12h45- Passado plantão à beira do leito, medicações checadas, paciente em DLD, mantendo uso de colchão pneumático e sedação, TOT com ventilação mecânica, monitor multiparamétrico com SSVV estáveis, SNE com dieta em bomba de infusão, acesso venoso central por veia subclávia D, mantendo medicações prescritas, com bomba de infusão, drenagem de tórax E com débito de 50 ml sanguinolento, SVD com débito de 500ml diurese amarelo ouro, fralda limpa – aviso sobre escoriações na pele; balanço hídrico parcial realizado em folha anexa, SSVV anotados em folha anexa, cuidados de enfermagem checados. Mantendo pulseira de identificação e grades do leito elevadas Mario Luiz /TExxxxxxxxxxxx



HORA DO VÍDEO

CONCEITOS BÁSICOS DE UTI

Acesse o site e assista ao vídeo e saiba um pouco dos Conceitos Básicos de UTI

Acesse o site e confira:

<https://youtu.be/8pP8DyH1ZLY>



Fonte: Conceitos Básicos de UTI. Publicado 12 mar. 2018. Tempo estimado 5:10. Disponível em: <<https://youtu.be/8pP8DyH1ZLY>>.

Capítulo 11

Roteiro de Admissão e **Alta do Paciente: O que Anotar?**

11. ROTEIRO DE ADMISSÃO E ALTA DO PACIENTE: O QUE ANOTAR?

1. Admissão

Segundo Brito, Velozo e Pavanelli (2016), é a ocorrência utilizada como recurso do sistema de saúde, conforme Só Enfermagem (2017), a fim de iniciar a assistência integral do indivíduo e definida como a entrada do indivíduo na instituição de saúde por um determinado período igual ou superior a 24 horas, com o objetivo proporcionar ao paciente fácil adaptação ao ambiente hospitalar, conforto, bem-estar e segurança (PORTAL EDUCAÇÃO, 2017; GOMES 2014; COFEN, 2016).

Destaca-se que, o período de permanência do paciente no hospital gera medo, insegurança, interrupção de suas atividades, afastamento familiar e social, sensação de abandono e perda da individualidade e privacidade (GOMES, 2014). E por isso, é importante recepcionar o paciente com educação, segurança, cortesia, informando sobre as normas e rotinas da clínica e apresentando a equipe e unidade de internação.

A equipe de Enfermagem precisa inspirar confiança ao paciente e seus familiares, proporcionando o bem-estar desde o primeiro contato. Entretanto, deve-se considerar que em grande parte, a participação e colaboração dependerá totalmente do paciente ao tratamento.

Na admissão considera-se as seguintes etapas:

A condução do paciente à unidade de internação pode ser realizada por equipe treinada ou pela equipe de enfermagem.

Qual é o procedimento de admissão?

- Receber o paciente cordialmente, verificando se as fichas que compõe o prontuário estão completas;
- Acompanhar o paciente ao leito, auxiliando-o no deitar e dando-lhe todo o conforto possível;
- Apresentar o paciente aos demais pacientes de seu quarto;
- Colocar a pulseira de identificação do paciente, confirmando sua identidade;
- Orientar o paciente em relação à: localização das instalações sanitárias, horários das refeições, procedimentos de segurança e modo de usar a campainha;
- Explicar o regulamento do hospital quanto à: fumo, horário de repouso e horário de visita;
- Entregar pertences do paciente à família no ato da admissão, se não for possível, coloque-os em um saco e grampeie identificando com um impresso próprio e encaminhar para a sala de pertences;
- Orientar o paciente em relação aos procedimentos a ser submetido, a fim de obter sua cooperação;
- Fornecer roupa do hospital, se a rotina não permitir o uso da própria roupa;
- Montar o prontuário do paciente;
- Anotar o nome do paciente no censo do hospital ou livro de registro ou lousa de admissão do paciente, conforme critério e controle da instituição;



Fonte: <https://www.pexels.com/>.

- Preencher instrumento reservado para a Anotação de Enfermagem, inserindo: Nome completo do paciente, data e hora da admissão;
- Iniciar o registro de anotação de enfermagem em instrumento próprio.

O que anotar? (COFEN, 2016)

- Procedência do paciente;
- Presença de acompanhante ou responsável;
- Condições de chegada (exemplo: em maca, cadeira de rodas etc.);
- Descrever deficiências, se houver;
- Queixas relacionadas ao motivo da internação;
- Referência de alergias;
- Uso de medicação contínua;
- Preferência alimentar (exemplo: vegetariano, vegano etc.);
- Nível de consciência: Lucidez, Orientação;
- Condições gerais de higiene;
- Presença de lesões prévias e sua localização: feridas corto-contusas, hematoma, úlceras de pressão ou crônicas, e outras;
- Uso de próteses ou órteses, se houver;
- Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames, necessidade de elevação de grades, contenção etc.);
- Rol de valores e pertences do paciente;
- Orientações prestadas;
- Nome completo e Coren do responsável pela admissão.

Exemplo de anotação de admissão

10h00 - Sendo admitido nesta unidade o Sr. J.C.S, procedente do domicílio, acompanhado por sua esposa e filha, deambulando, consciente, orientado, boas condições de higiene, sem presença de lesões aparentes, faz uso de prótese dentária superior, refere internação para tratamento de pneumonia, queixa de dor torácica ao tossir. No momento, não apresenta dificuldade respiratória, está orientado a deixar com sua família os pertences pessoais e valores, o que foi por ele entregue a sua esposa Sra. M.S.A. Orientado ao banho de aspersão, ofertado roupas da instituição para troca. Verificado peso, sinais vitais e posicionado paciente em decúbito dorsal, aguardando visita médica. Orientado familiares dos horários de visita e tempo de permanência na unidade. -----
----- Joana de Alencar Coren SP 72.816 - TE.



OBSERVAÇÃO

Não deixar espaços em branco, não usar corretivos, apresentar letra legível, realizar anotação simples, clara e objetiva.



Fonte: Como criar um bom roteiro de estudos? Descubra! 2019. Disponível em: <<https://blog.g7juridico.com.br/como-criar-um-bom-roteiro-de-estudos-descubra/>>.

2. Alta

A alta é o encerramento da assistência prestada ao paciente na instituição de saúde. O paciente recebe alta quando seu estado de saúde permitir ou quando está em condições de recuperar-se e continuar o tratamento em domicílio.

A alta do paciente é assinada pelo médico.

Quais são os procedimentos de Alta?

1. Certificar-se da alta no prontuário do paciente, que deve estar assinada pelo médico;
2. Verificar no prontuário as medicações ou outros tratamentos a serem feitos antes da saída do paciente;
3. Informar ao paciente sobre a alta, hora e de como será transportado;
4. Entregar ao paciente a receita médica e exames de diagnósticos e orientá-lo devidamente;
5. Auxiliar o paciente a vestir-se;
6. Reunir as roupas e objetos pessoais;
7. Devolver objetos e medicamentos ao paciente;
8. Providenciar cadeira de rodas ou maca para transportar até a recepção;
9. Anotar no prontuário horário e condições de saída.

O Que Anotar?

- 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.



OBSERVAÇÃO

Segundo COFEN (2016), é importante:

- Registrar o horário de saída;
- Registrar se paciente saiu acompanhado ou não.
- Registrar ainda se foi alta médica, administrativa ou a pedido;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

Alta óbito

Segundo o Dicionário Online de Português, o óbito é definido como o “momento em se declara a morte de um indivíduo, independente da causa” (GOMES, 2014).

O que anotar?

- Registrar o horário declarado do óbito;
- Registrar a retirada de dispositivos (exemplos: drenos, jelcos, scalps etc.);
- Registrar os cuidados de enfermagem realizados com o corpo, conforme orientação institucional;
- Entregar pertences à família ou responsável.

3. *Transferência do paciente*

É a remoção do paciente de uma clínica para outra, da mesma instituição de saúde ou instituição diferente.

A saída do paciente não significa necessariamente o fim de seu tratamento, mas, é possível realizar a transferência de responsabilidade e continuidade do tratamento para outra equipe ou instituição.

O que anotar?

- Horário da transferência;
- Condições físicas do paciente;
- Destino da transferência;
- Entrega de pertences.

REFERÊNCIAS

Referências

REFERÊNCIAS

APOLINÁRIO, Letícia de Araújo; VIEIRA, Maria R. R. **Avaliação dos registros de enfermagem em unidades pediátricas de um hospital de ensino.** Arq Ciênc Saúde 2012 jan-mar 19(1): 9-13. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-19-1/IDW%201%20-%20JAN%20-%20MAR%202012.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2020.

ASSIS, Camilla. **Saiba a diferença entre enfermeiro, técnico e auxiliar.** Rio de Janeiro: Univeritas, 2017. Disponível em: <<https://www.univeritas.com/noticias/saiba-diferenca-entre-enfermeiro-tecnico-e-auxiliar>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

BORGES, Flávia Fernandes Dias Borges; AZEVEDO, Camila Tristão; AMORIM, Thaís Vasconcelos Amorim; FIGUEIREDO, Mariangela Aparecida Gonçalves; RIBEIRO, Rejane Guingo Martins. **Implicações profissionais e institucionais.** Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. v. 7, n. 7, e1147, 2017. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1147/1310>>. Acesso em: 01 mai. 2020.

BOTTOSSO, Rosa Maria et al. **Manual do processo de enfermagem e sua aplicação no Pronto Atendimento Adulto.** Universidade Federal de Mato Grosso. Hospital Universitário Julio Muller. Cuiabá, 2006. Disponível: <https://www.ufmt.br/ufmt/site/userfiles/CENTRO_CIRURGICO.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2020.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde. **Segurança do Paciente: comunicação efetiva.** 2018. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/2.-Seguranca-do-Paciente-comunicacao-efetiva.pdf>>. Acesso em: 08 mai. 2020.

BRITO, Ariana. **Anotações de Enfermagem.** [201?]. Disponível em: <<http://www.minutoenfermagem.com.br/postagens/2014/08/08/anotacoes-de-enfermagem/>>. Acesso em: 25 mai. 2020.

BRITO, Nilza Martins Ravazoli; VELOZO, Bruna Cristina; PAVANELLI, Rosana Jimenes. **Manual de orientação: Anotação de Enfermagem.** Botucatu: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 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: 08 mai. 2020.

CALDEIRA, Mariana de Menezes; SOUZA, Tania Vignuda; MORAIS, Rita de Cássia Melão; MORAES, Juliana Rezende Montenegro Medeiros; NASCIMENTO, Luciana de Cássia Nunes; et al. **Anotações da equipe de enfermagem: a (des)valorização do cuidado pelas informações fornecida.** J. res.: fundam. care. online, v. 11, n. 1, p. 135-141, 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6534/pdf_1>. Acesso em: 01 mai. 2020.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n.1.638, 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde [online].** 2002. Disponível em: <<http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002>>. Acesso em: 10 mai. 2020.

COFEN. **Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem: um guia para nortear profissionais de Enfermagem na prática dos registros e garantir a qualidade das informações.** 2016. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem: um guia para nortear profissionais de Enfermagem na prática dos registros e garantir a qualidade das informações.** 2016. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei n. 7. 498/198, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.** [online]. 1986. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 24 abr. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei n. 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem e dá outras providências.** [online]. 1986. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 22 mai. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **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 03 abr. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN n. 270/2010. Aprovar o Código de Processo Ético dos Conselhos de Enfermagem, que estabelece as normas procedimentais para serem aplicadas nos processos éticos em toda jurisdição de todos os Conselhos de Enfermagem.** [online]. 2010. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-3702010_33338.html>. Acesso em: 24 abr. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN n. 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. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução COFEN nº 242, de 31 de agosto de 2000.** [online]. 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 24 abr. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN n. 429/2012. 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.** [online]. 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 24 abr. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN n. 514/2016. Aprovar o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente, disponível para consulta no sítio eletrônico do Conselho Federal de Enfermagem – www.cofen.gov.br.** [online]. 2016. Disponível em: <>. Acesso em: 23 abr. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN n. 564/2017. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem para aplicação na jurisdição de todos os Conselhos de Enfermagem.** [online]. 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 24 abr. 2020.

CORDEIRO, Aldenôra Laísa P. Carvalho; FARIA, Veridiana Bernardes. **Registros de Enfermagem: aspectos éticos e legais no serviço público.** Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2017. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Registros+de+Enfermagem+aspectos+%C3%A9ticos+e+legais+no+servi%C3%A7o+p%C3%BAblico.pdf/8dc2cb8c-20b5-4c48-ba0f-bdc8e795e14d>>. Acesso em: 08 mai. 2020.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem da Bahia. **Código de Processo Ético Disciplinar da Enfermagem.** [online]. 2013. Disponível em: <http://ba.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-processo-etico-disciplinar-da-enfermagem_7171.html>. Acesso em: 03 abr. 2020.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Rondônia. **Decreto n. 94. 406/87. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências.** [online]. 1987. Disponível em: <http://www.coren-ro.org.br/decreto-n-9440687-dispoe-sobre-o-exercicio-da-enfermagem-e-da-outras-providencias_767.html>. Acesso em: 22 mai. 2020.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Anotações de Enfermagem.** 2009. Disponível em: <<https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>>. Acesso em: 01 mai. 2020.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem do Mato Grosso. **Quais as devidas funções do enfermeiro, do técnico de enfermagem e do auxiliar de enfermagem e quais as diferenças entre cada categoria?** Mato Grosso: COREN-MT, 2013. Disponível em: <http://mt.corens.portalcofen.gov.br/diferenca-entre-categorias_698.html>. Acesso em: 03 abr. 2020.

DALRI, Maria Barcelos; ROSSI, Lídia Aparecida; CARVALHO, Emilia Campos. **Aspectos éticos e legais das anotações de enfermagem nos procedimentos de doação de órgãos para transplantes.** Rev.Esc.Enf.USP, v.33. n.3. p. 221-30. set.: 1999. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/687.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2020.

DUARTE, Alaide Bittencourt; REIS, Inácia Edésia M.; SANTOS, Vania Oliveira. **Importância das anotações dos cuidados de enfermagem.** Rev. Bras. Enferm. vol.29 no.3 Brasília, 1976. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v29n3/0034-7167-reben-29-03-0083.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

GIOLITO, Paula Carvalho Barbosa de Oliveira. **Instrumento para registro dos enfermeiros em uma unidade pediátrica: o uso da metodologia da problematização.** [Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial. f. 105. 2015. Niterói: Universidade Federal de Fluminense, 2015. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/da40/1c81d95b909a1dcefd1872dfcd27b36a40ac.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2020.

GOMES, Carla. **Admissão do paciente na unidade hospitalar.** 2014. Disponível em: <<https://slideplayer.com.br/slide/283687/>>. Acesso em: 08 jun. 2020.

HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA. **Manual de rotinas de enfermagem do Centro Cirúrgico, Recuperação e Central de Material.** São Paulo, 2012.

IBSP. **Cirurgia segura: 10 pontos que devem estar no checklist.** 2019. Disponível em: <<https://www.segurancadopaciente.com.br/qualidade-assist/cirurgia-segura-10-pontos-que-devem-estar-no-checklist/>>. Acesso em: 31 mai. 2020.

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

KLÜCK, Mariza Machado. **Prontuário de pacientes finalidades preenchimento e questões éticas e legais.** IN: Medicina Net, 2014. Versão original publicada na obra Barros E, Albuquerque G, Pinheiro C, Czepielewski MA. Exame clínico. Consulta rápida - 2º ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. Disponível em: <https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/5795/prontuario_de_pacientes_finalidades_preenchimento_e_questoes_eticas_e_legais.htm>. Acesso em: 10 mai. 2020.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Enfermagem Clínica.** [online]. 2020. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/curso-online-enfermagem-enfermagem-em-clinica-medica/p>>. Acesso em: 29 mai. 2020.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Admissão, alta e transferência do paciente.** [201?]. Disponível em: <<https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/admissao-alta-e-transferencia-do-paciente/30235>>. Acesso em: 08 jun. 2020.

POSTTV. **Enfermeiro e Técnico em Enfermagem: você sabe a diferença?** [online]. 2020. Disponível em: <<http://post.tv.br/2020/01/29/enfermeiro-e-tecnico-em-enfermagem-voce-sabe-a-diferenca/>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

RIBEIRO, Thaisa Santos. **Anotações/Registros de Enfermagem: uma revisão sobre a sua qualidade nos serviços de saúde.** 2015. Disponível em: <<http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EE/EE15/RIBEIRO-thaisa-santos.pdf>>. Acesso em: 08 mai. 2020.

SCOPACASA, Ligia Fernandes; AQUINO, Maria de Jesus Nascimento; CAVALCANTE, Tatiana de Medeiros Colletti; ABREU, Rita Neuma Dantas Cavalcante; NEGREIROS, Francisca Diana da Silva. **Anotações de Enfermagem: avaliação da qualidade em unidade de terapia intensiva.** Enferm. Foco, v. 9, n. 1, p. 07-12, 2019. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1314/419>>. Acesso em: 01 mai. 2020.

SÓ ENFERMAGEM. **Admissão e prontuário.** 2017. Disponível em: <<http://www.soenfermagem.net/admissao/>>. Acesso em: 08 jun. 2020.

TEIXEIRA, Núbia Fernandes; MIRANDA, Frank José Silveira. **A percepção dos enfermeiros quanto às dificuldades na utilização do SIS Prenatal Web.** Fórum Mineiro de Enfermagem (9º: 2016: Uberlândia, MG). Anais do IX Fórum Mineiro de Enfermagem, 29/11 a 01/12/2016 [recurso eletrônico]. -- Uberlândia, Minas Gerais; organizadores: Patrícia Costa ... [et al.]. Uberlândia: UFU, 2016. Horizonte Científico. ISSN 1808-3064.

VADE MECUM. **Novo Código de Processo Civil. Subseção I Da Força Probante dos Documentos.** [online]. 2020. Disponível em: <https://brasil.mylex.net/legislacao/codigo-processo-civil-novocpc-art408_57968.html>. Acesso em: 24 mai. 2020.

Pesquisa
Complementar

PESQUISA

PESQUISA COMPLEMENTAR

TÍTULO	FONTE	SITE
Manual de orientação: anotação de enfermagem.	Brito, NMR; Velozo, BC; Pavanelli, RJ. Manual de orientação: anotação de enfermagem. Botucatu: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2016.	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 .
Registros de Enfermagem: aspectos éticos e legais no serviço público	Cordeiro, ALPC; Nascimento, WD. Registros de Enfermagem: aspectos éticos e legais no serviço público. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2017.	http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/2017-Registros-de-Enfermagem-Parte-II.pdf/c129ca07-c58f-4cb4-99e5-322d767821db .
Como devem ser realizadas as anotações de enfermagem?	COREN. Como devem ser realizadas as anotações de enfermagem? Conselho Regional de São Paulo, 2020.	https://portal.coren-sp.gov.br/faq/como-devem-ser-realizadas-as-anotacoes-de-enfermagem/ .
Registros de enfermagem: respaldo ético e legal para o profissional - parte 1	Cordeiro, ALPC. Registros de enfermagem: respaldo ético e legal para o profissional - parte 1. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, 2016.	http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Registros+de+enfermagem.pdf/28737840-84e4-4dc8-9f1b-56d9405c3f05
Assistência de enfermagem em Unidade Pediátrica: uma proposta de início de sistematização	Elizane Regina Santos; Joziane Renata de Barros; Mareia Maria Baraldi; César Augusto Minto; Giselle Dupas. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE PEDIÁTRICA: UMA PROPOSTA DE INÍCIO DE SISTEMATIZAÇÃO. Rev. Esc. Enf. USP, v. 31, n. 1, p. 36-50, abr. 1997.	https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v31n1/v31n1a03.pdf .
Manual da residência em pediatria	Manual da residência em pediatria/ João Joaquim Freitas do Amaral... [et al.]. – Fortaleza: EDUFC, 2012.	http://www2.ebserh.gov.br/documents/214604/908166/MANUAL+++PEDIATRIA.pdf/d4b0978d-c967-4822-8a92-52b9071e8f2e .

LEGISLAÇÕES

Legislações

LEGISLAÇÕES

LEI N 7.498/86

Acesse: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html

Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

O presidente da República.

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º – É livre o exercício da Enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta Lei.

Art. 2º – A Enfermagem e suas atividades Auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Parágrafo único. A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Art. 3º – O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de Enfermagem.

Art. 4º – A programação de Enfermagem inclui a prescrição da assistência de Enfermagem.

Art. 5º – (vetado)

§ 1º (vetado)

§ 2º (vetado)

Art. 6º – São enfermeiros:

I – o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II – o titular do diploma ou certificado de obstetriz ou de enfermeira obstétrica, conferidos nos termos da lei;

III – o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;

IV – aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea “d” do Art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 7º – São técnicos de Enfermagem:

I – o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;

II – o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 8º – São Auxiliares de Enfermagem:

I – o titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei e registrado no órgão competente;

II – o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;

III – o titular do diploma ou certificado a que se refere o inciso III do Art. 2º da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV – o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-lei nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

V – o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI – o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º – São Parteiras:

I – a titular de certificado previsto no Art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II – a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta Lei, como certificado de Parteira.

Art. 10 – (vetado)

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I – privativamente:

a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;

b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

d) (VETADO);

e) (VETADO);

f) (VETADO);

g) (VETADO);

h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria 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;

II – como integrante da equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia;
- j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 12 – O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

§ 1º Participar da programação da assistência de Enfermagem;

§ 2º Executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo único do Art. 11 desta Lei;

§ 3º Participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;

§ 4º Participar da equipe de saúde.

Art. 13 – O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

§ 1º Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;

§ 2º Executar ações de tratamento simples;

§ 3º Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;

§ 4º Participar da equipe de saúde.

Art. 14 – (vetado)

Art. 15 – As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta Lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

Art. 16 – (vetado)

Art. 17 – (vetado)

Art. 18 – (vetado)

Parágrafo único. (vetado)

Art. 19 – (vetado)

Art. 20 – Os órgãos de pessoal da administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios observarão, no provimento de cargos e funções e na contratação de pessoal de Enfermagem, de todos os graus, os preceitos desta Lei.

Parágrafo único – Os órgãos a que se refere este artigo promoverão as medidas necessárias à harmonização das situações já existentes com as disposições desta Lei, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 21 – (vetado)

Art. 22 – (vetado)

Art. 23 – O pessoal que se encontra executando tarefas de Enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nesta área, sem possuir formação específica regulada em lei, será autorizado, pelo Conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de Enfermagem, observado o disposto no Art. 15 desta Lei.

Parágrafo único – A autorização referida neste artigo, que obedecerá aos critérios baixados pelo Conselho Federal de Enfermagem, somente poderá ser concedida durante o prazo de 10 (dez) anos, a contar da promulgação desta Lei.

Art. 24 – (vetado)

Parágrafo único – (vetado)

Art. 25 – O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação.

Art. 26 – Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 27 – Revogam-se (vetado) as demais disposições em contrário.

Brasília, em 25 de junho de 1986, 165º da Independência e 98º da República

José Sarney

Almir Pazzianotto Pinto

Lei nº 7.498, de 25.06.86

publicada no DOU de 26.06.86

Seção I – fls. 9.273 a 9.275

DECRETO N 94.406/87

Acesse: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html

Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências

O Presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o Art. 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no Art. 25 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986,

Decreta:

Art. 1º – O exercício da atividade de Enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

Art. 2º – As instituições e serviços de saúde incluirão a atividade de Enfermagem no seu planejamento e programação.

Art. 3º – A prescrição da assistência de Enfermagem é parte integrante do programa de Enfermagem.

Art. 4º – São Enfermeiros:

I – o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II – o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferidos nos termos da lei;

III – o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as respectivas leis, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;

IV – aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiveram título de Enfermeira conforme o disposto na letra “d” do Art. 3º. do Decreto-lei Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 5º. São técnicos de Enfermagem:

I – o titular do diploma ou do certificado de técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado no órgão competente;

II – o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de técnico de Enfermagem.

Art. 6º São Auxiliares de Enfermagem:

I – o titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei e registrado no órgão competente;

II – o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;

III – o titular do diploma ou certificado a que se refere o item III do Art. 2º. da Lei nº 2.604, de 17 de setem-

bro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV – o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-lei nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

V – o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI – o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 7º – São Parteiros:

I – o titular de certificado previsto no Art. 1º do nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II – o titular do diploma ou certificado de Parteiro, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as respectivas leis, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 26 de junho de 1988, como certificado de Parteiro.

Art. 8º – Ao enfermeiro incumbe:

I – privativamente:

- a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- e) consulta de Enfermagem;
- f) prescrição da assistência de Enfermagem;
- g) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

II – como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;
- f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem;
- g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;

- h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
- i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia;
- m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
- n) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;
- o) participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;
- p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- q) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;
- r) participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de Enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º – Às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

- I – prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;
- II – identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- III – realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 10 – O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

- I – assistir ao Enfermeiro:
 - a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;
 - b) na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a pacientes em estado grave;
 - c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;
 - d) na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar;
 - e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;
 - f) na execução dos programas referidos nas letras “i” e “o” do item II do Art. 8º.

II – executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 9º deste Decreto:

III – integrar a equipe de saúde.

Art. 11 – O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

- I – preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;
- II – observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;
- III – executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como:

- a) administrar medicamentos por via oral e parenteral;
- b) realizar controle hídrico;
- c) fazer curativos;
- d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocлизма, enema e calor ou frio;
- e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
- f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
- g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;
- h) colher material para exames laboratoriais;
- i) prestar cuidados de Enfermagem pré e pós-operatórios;
- j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;
- l) executar atividades de desinfecção e esterilização;

IV – prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:

- a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;
- b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependência de unidades de saúde;

V – integrar a equipe de saúde;

VI – participar de atividades de educação em saúde, inclusive:

- a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas;
- b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;

VII – executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes:

VIII – participar dos procedimentos pós-morte.

Art. 12 – Ao Parteiro incumbe:

- I – prestar cuidados à gestante e à parturiente;
- II – assistir ao parto normal, inclusive em domicílio; e
- III – cuidar da puérpera e do recém-nascido.

Parágrafo único – As atividades de que trata este artigo são exercidas sob supervisão de Enfermeiro Obstetra, quando realizadas em instituições de saúde, e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.

Art. 13 – As atividades relacionadas nos arts. 10 e 11 somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de Enfermeiro.

Art. 14 – Incumbe a todo o pessoal de Enfermagem:

- I – cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia da Enfermagem;
- II – quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de Enfermagem, para fins estatísticos;

Art. 15 – Na administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios será exigida como condição essencial para provimento de cargos e funções e contratação de pessoal de Enfermagem, de todos os graus, a prova de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

Parágrafo único – Os órgãos e entidades compreendidos neste artigo promoverão, em articulação com o Conselho Federal de Enfermagem, as medidas necessárias à adaptação das situações já existentes com as disposições deste Decreto, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 16 – Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17 – Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 08 de junho de 1987;

José Sarney

Eros Antonio de Almeida

Dec. nº 94.406, de 08.06.87

publicado no DOU de 09.06.87

seção I – fls. 8.853 a 8.855

Resolução COFEN N 311/2007

Acesse: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html

***A presente Resolução foi REVOGADA pela
Resolução Cofen nº 564/2017***

O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, no uso de sua competência estabelecida pelo art. 2º, c.c. a Resolução COFEN-242/2000, em seu art. 13, incisos IV, V, XV, XVII e XLIX;

CONSIDERANDO a Lei nº. 5.905/73, em seu artigo 8º, inciso III;

CONSIDERANDO o resultado dos estudos originais de seminários realizados pelo COFEN com a participação dos diversos segmentos da profissão;

CONSIDERANDO o que consta dos PADs COFEN nos 83/91, 179/91, 45/92, 119/92 e 63/2002;

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário em sua 346ª ROP, realizada em 30, 31 de janeiro de 2007.

RESOLVE:

Art. 1º – Fica aprovado o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem para aplicação na jurisdição de todos os Conselhos de Enfermagem.

Art. 2º – Todos os Profissionais de Enfermagem deverão conhecer o inteiro teor do presente Código, acessando o site www.portalcofen.gov.br; www.portalenfermagem.gov.br e requerê-lo no Conselho Regional de Enfermagem do Estado onde exercem suas atividades.

Art. 3º – Este Código aplica-se aos profissionais de Enfermagem e exercentes das atividades elementares de enfermagem.

Art. 4º – Este ato resolucional entrará em vigor a partir de 12 de maio de 2007, correspondendo a 90 (noventa) dias após sua publicação, revogando a Resolução COFEN nº. 240/2000.

Rio de Janeiro, 08 de fevereiro 2007.

Dulce Dirclair Huf Bais

COREN-MS Nº. 10.244

Presidente Carmem de Almeida da Silva

COREN-SP Nº 2.254

Primeira-Secretaria

Resolução COFEN N 358/2009

Acesse: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html

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. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução COFEN nº 242, de 31 de agosto de 2000;

CONSIDERANDO o art. 5º, Inciso XIII, e o art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988;

CONSIDERANDO a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta;

CONSIDERANDO os princípios fundamentais e as normas do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007;

CONSIDERANDO a evolução dos conceitos de Consulta de Enfermagem e de Sistematização da Assistência de Enfermagem; CONSIDERANDO que a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;

CONSIDERANDO que o processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional;

CONSIDERANDO que a operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem evidencia a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional;

CONSIDERANDO resultados de trabalho conjunto havido entre representantes do COFEN e da Subcomissão da Sistematização da Prática de Enfermagem e Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem, Gestão 2007-2010;

e CONSIDERANDO tudo o mais que consta nos autos do Processo nº 134/2009;

RESOLVE:

Art. 1º O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

§ 1º – os ambientes de que trata o caput deste artigo referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros.

§ 2º – quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem. Art. 2º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Art. 3º O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Art. 4º Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

Art. 5º O Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, participam da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

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

- a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

Art. 7º Compete ao Conselho Federal de Enfermagem e aos Conselhos Regionais de Enfermagem, no ato que lhes couber, promover as condições, entre as quais, firmar convênios ou estabelecer parcerias, para o cumprimento desta Resolução.

Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições contrárias, em especial, a Resolução COFEN nº 272/2002.

Brasília-DF, 15 de outubro de 2009.

MANOEL CARLOS NERI DA SILVA
COREN-RO nº 63.592
Presidente GELSON LUIZ DE ALBUQUERQUE
COREN-SC nº. 25.336
Primeiro-Secretário

Resolução COFEN N 370/2010

Acesse: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-3702010_33338.html

OBSERVAÇÃO: A Decisão Cofen nº 029, de 19 de março de 2020, suspendeu, “ad referendum” do Plenário do Cofen, por 60 (sessenta) dias, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, todos os prazos processuais previstos nesta Resolução.

O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº. 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução COFEN nº. 242, de 31 de agosto de 2000;

CONSIDERANDO a necessidade de se aperfeiçoar as regras procedimentais e processuais dos processos éticos dos profissionais de enfermagem;

CONSIDERANDO os estudos realizados pela Comissão de Reformulação do Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem, que fora instituída do COFEN e as sugestões enviadas pelos Conselhos Regionais de Enfermagem;

CONSIDERANDO o que mais consta do Processo Administrativo COFEN Nº 196/2010.

Resolve:

Art. 1º Aprovar o “CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM”, que estabelece as normas procedimentais para serem aplicadas nos processos éticos em toda jurisdição de todos os Conselhos de Enfermagem.

Art. 2º Os Conselhos Regionais de Enfermagem deverão dar ampla publicidade ao Código de que trata a presente Resolução, devendo os Profissionais de Enfermagem conhecer seu inteiro teor.

Art. 3º O presente Código de Processo Ético entra em vigor no dia 1º de Janeiro de 2011, revogando as disposições em contrário, em especial a Resolução COFEN Nº 252/2001.

Brasília/DF, 03 de novembro de 2010.

MANOEL CARLOS NERI DA SILVA

COREN-RO

Presidente

GELSON LUIZ DE ALBUQUERQUE

COREN-SC

Primeiro-Secretário

Código de Processo Ético-Disciplinar da Enfermagem

SUMÁRIO

DISPOSIÇÕES GERAIS	
DO SISTEMA DE APURAÇÃO E DECISÃO DAS INFRAÇÕES ÉTICO-DISCIPLINARES	
DA COMPETÊNCIA	
DO IMPEDIMENTO E DA SUSPEIÇÃO	
DAS PARTES	
DOS PROCEDIMENTOS E DO PROCESSO ÉTICO-DISCIPLINAR	
DA ADMISSIBILIDADE	
DA AVERIGUAÇÃO PRÉVIA	
DOS ATOS PROCESSUAIS	
DA COMUNICAÇÃO DOS ATOS	
DA CITAÇÃO	
DA INTIMAÇÃO	
DAS NOTIFICAÇÕES	
DA CARTA PRECATÓRIA	
DOS PRAZOS	
DA COMISSÃO DE INSTRUÇÃO	
DA INSTRUÇÃO	
DAS TESTEMUNHAS	
DO INTERROGATÓRIO DO DENUNCIADO	
DA ACAREAÇÃO	
DA PROVA DOCUMENTAL	
DA PROVA PERICIAL	
DO JULGAMENTO EM PRIMEIRA INSTÂNCIA	
DO JULGAMENTO	
DA DECISÃO	
DAS NULIDADES E ANULABILIDADES	
DO JULGAMENTO EM SEGUNDA INSTÂNCIA	
DOS RECURSOS	
DO RECURSO PARA A ASSEMBLEIA GERAL DOS DELEGADOS REGIONAIS	
DO JULGAMENTO NA SEGUNDA INSTÂNCIA	
DA EXECUÇÃO DA PENA	
DA REVISÃO DA PENA	
DA REABILITAÇÃO	
DA PRESCRIÇÃO	
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS	

Código de Processo Ético-Disciplinar da Enfermagem

TÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.1º. O presente Código de Processo Ético-Disciplinar contém, sistematizado, o conjunto de normas que regem a aplicação em todo o território nacional pelos Conselhos de Enfermagem, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CAPÍTULO I DO SISTEMA DE APURAÇÃO E DECISÃO DAS INFRAÇÕES ÉTICAS

Art. 2º. Constituem o sistema de apuração e decisão das infrações ético-disciplinares:

I- Como órgão de admissibilidade: o Plenário do respectivo Conselho, no âmbito de sua competência;

II- Como órgão de instrução: as comissões criadas em cada Conselho para este fim;

III- Como órgão de julgamento em primeira instância:

a) o Plenário dos Conselhos Regionais de Enfermagem;

b) o Plenário do Conselho Federal de Enfermagem, quando se tratar de Conselheiro e Suplente, Federal ou Regional, na forma do art. 6º;

c) o Plenário do Conselho Federal, no impedimento e/ou suspeição da maioria absoluta dos Conselheiros efetivos e suplentes do Conselho Regional;

d) o Plenário do Conselho Federal, nos processos em que o Plenário do Conselho Regional indicar a pena de cassação.

IV- Como órgão de julgamento em segunda e última instância:

a) o Plenário do Conselho Federal, referente aos recursos das decisões dos Conselhos Regionais de Enfermagem;

b) a Assembleia Geral dos Delegados Regionais, referente aos recursos das decisões do Plenário do Conselho Federal, nas hipóteses do inciso anterior, alíneas “b”, “c” e “d”.

CAPÍTULO II DA COMPETÊNCIA

Art. 3º. Determinará a competência:

I- o lugar de inscrição do profissional;

II- o lugar da infração; e

III- a prerrogativa de função.

Art. 4º. A competência, por regra, será determinada pelo lugar de inscrição do profissional.

Parágrafo único. Nos casos de cancelamento ou transferência da inscrição, permanecerá competente o Conselho Regional perante o qual se iniciou o processo.

Art. 5º. A competência será determinada pelo lugar da infração, quando o profissional for inscrito em mais de um Conselho.

Art. 6º. A competência pela prerrogativa de função é do Plenário do Conselho Federal, quando se tratar de Conselheiro e Suplente, Federal ou Regional, enquanto durar o mandato.

§1º. Cessado o exercício do mandato, deixa o profissional de gozar da prerrogativa de função, devendo o processo ser remetido ao Conselho Regional competente, que dará prosseguimento ao feito.

§2º. Em caso de intervenção do Conselho Federal no Conselho Regional, permanecerá a competência pela prerrogativa de função pelo período inicialmente previsto para o término natural do mandato.

CAPÍTULO III DO IMPEDIMENTO E DA SUSPEIÇÃO

Art. 7º. Está impedido de atuar no processo o membro do Plenário ou da Comissão de Instrução que:

I- ele próprio, seu cônjuge, parente consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral até o terceiro grau, seja parte ou interessado no feito, inclusive quando litigante com qualquer das partes em processo judicial ou administrativo;

II- seja subordinado de qualquer das partes;

III- tenha atuado na primeira instância, pronunciando-se de fato ou de direito sobre a matéria discutida no processo;

IV- seja cônjuge ou tenha relação de parentesco por vínculo de consanguinidade ou afinidade em linha reta ou colateral até o terceiro grau, de defensor, de perito, de funcionário do Conselho que já tenha atuado no processo ou daqueles que tiverem realizado a averiguação prévia; e

V- ele próprio tenha servido como testemunha ou desempenhado qualquer das funções acima, salvo o Conselheiro Relator da fase de admissibilidade, que não está impedido de elaborar o parecer de que tratam os artigos 20 e 26.

§1º. As hipóteses de impedimento previstas nos incisos I e II deste artigo se aplicam aos profissionais de que trata o art. 30.

§2º. O Conselheiro que tiver realizado procedimento de averiguação prévia, ou participado da Comissão de Instrução, não poderá ser designado o Relator de que trata o art. 110, assim como não poderá votar, sendo-lhe, contudo, permitido o uso da palavra na sessão de julgamento.

Art. 8º. Pode ser arguida a suspeição de profissional indicado para realizar averiguação prévia, de membro do Plenário ou da Comissão de Instrução que:

I- seja amigo íntimo ou inimigo capital de qualquer das partes;

II- esteja ele, seu cônjuge, ascendente ou descendente respondendo a processo por fato análogo;

III- ele próprio, seu cônjuge, parente consanguíneo, ou afim até o terceiro grau, seja litigante em processo que tenha de ser julgado por qualquer das partes;

IV- tenha aconselhado qualquer das partes;

V- seja credor ou devedor, tutor ou curador de qualquer das partes; e

VI- seja sócio, acionista ou administrador de pessoa jurídica envolvida ou interessada no processo.

Art. 9º. O impedimento ou a suspeição decorrente de parentesco por casamento ou união estável cessa com a dissolução do respectivo vínculo entre os cônjuges ou companheiros, salvo sobrevivendo descendente.

Parágrafo único. Ainda que dissolvido o casamento ou união estável sem descendentes, não poderá atuar como membro do Plenário ou da Comissão de Instrução, o(a) sogro(a), padrasto/madrasta, o(a) cunhado(a), o genro, a nora ou enteado(a) de quem for parte no processo.

Art. 10. A suspeição não poderá ser declarada, nem reconhecida, quando a parte injuriar membro do Plenário ou da Comissão de Instrução ou, propositamente, oferecer motivo para criá-la.

Art. 11. Os membros do Plenário ou da Comissão de Instrução, quando houver impedimento ou sus-

peição, abster-se-ão de atuar no processo, o que devem declarar nos autos, sob pena de responsabilidade.

Parágrafo único. Observar-se-á, neste caso, o disposto no § 2º do art. 7º deste Código.

Art. 12. O impedimento poderá ser arguido e reconhecido em qualquer fase do processo.

Art. 13. A suspeição deverá ser alegada na defesa prévia ou, se superveniente, na primeira oportunidade que a parte tiver para manifestar nos autos, sob pena de preclusão.

Art. 14. Arguido o impedimento ou a suspeição pela parte, o membro arguido, de forma justificada, deverá se manifestar no prazo de 5 (cinco) dias sobre o reconhecimento ou não da arguição.

§1º. Reconhecido pelo membro arguido o impedimento ou a suspeição, o Presidente do Conselho, no prazo de 5 (cinco) dias, nomeará membro substituto.

§2º. Não reconhecido pelo membro arguido o impedimento ou a suspeição, o feito terá regular prosseguimento, devendo a questão ser apreciada pelo Plenário do Conselho na ocasião do julgamento do processo.

CAPÍTULO IV DAS PARTES

Art. 15. São partes do processo:

I- as pessoas físicas ou jurídicas que o iniciem por meio de denúncia; e

II- o profissional indicado como autor da infração.

Art. 16. As partes poderão ser representadas por advogado constituído nos autos por meio de procuração, em qualquer fase do processo.

TÍTULO II DOS PROCEDIMENTOS E DO PROCESSO ÉTICO

CAPÍTULO I DA ADMISSIBILIDADE

Art. 17. O procedimento ético-disciplinar inicia-se de ofício ou por denúncia.

Art. 18. Inicia-se de ofício quando o Presidente do Conselho vier a saber, através de auto de infração, ou por qualquer meio, de fato que tenha característica de infração ética ou disciplinar.

Art. 19. Nos casos previstos no artigo anterior, quando o fato não contiver elementos suficientes para a instauração do processo ético-disciplinar, o Presidente do Conselho determinará à fiscalização que proceda a apuração do ocorrido e fixará prazo para emissão de relatório circunstanciado.

Art. 20. Recebido o relatório circunstanciado, o Presidente do Conselho, no prazo de 5 (cinco) dias, determinará a juntada de certidão de situação cadastral, financeira e de antecedentes éticos, e designará Conselheiro Relator para emitir, no prazo de 10 (dez) dias, parecer fundamentado, esclarecendo se o fato tem indícios de infração ética ou disciplinar e indicando os artigos supostamente infringidos do Código de Ética, ou de outras normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais, bem como se preenche as condições de admissibilidade, após o que o parecer será submetido à deliberação do Plenário.

Art. 21. A denúncia é o ato pelo qual se atribui a alguém a prática de infração ética ou disciplinar.

Art. 22. A denúncia será apresentada por escrito ou, quando verbal, reduzida a termo por servidor ou Conselheiro contendo os seguintes requisitos:

I- Presidente do Conselho a quem é dirigida;

II- nome, qualificação e endereço do denunciante;

III- narração objetiva do fato ou do ato, se possível com indicação de localidade, dia, hora, circunstâncias e nome do autor da infração;

IV- o nome e endereço de testemunhas, quando houver;

V- documentos relacionados ao fato, quando houver; e

VI- assinatura do denunciante ou representante legal.

Art. 23. A denúncia é irretratável, salvo nos casos em que houver conciliação.

§ 1º. Em se tratando de denúncia em que o fato se circunscreva às pessoas do denunciante e do denunciado, e não resulte em óbito, poderá ser realizada audiência prévia de conciliação pelo Conselheiro Relator, possibilitando o arquivamento mediante retratação ou ajustamento de conduta.

§ 2º. O denunciado que tenha descumprido conciliação anteriormente realizada, ainda que por fato e em processo diverso, não terá direito ao benefício.

Art. 24. Apresentada a denúncia, o Presidente do Conselho, no prazo de 5 (cinco) dias, determinará a juntada de certidão de situação cadastral, financeira e de antecedentes éticos e designará Conselheiro Relator.

Art. 25. O Conselheiro Relator, preliminarmente, no caso previsto no § 1º do art. 23, poderá designar, no prazo de 5 (cinco) dias, audiência de conciliação, que deverá ser realizada em no máximo 30 (trinta) dias.

§1º. Ocorrendo a conciliação, o Conselheiro Relator lavrará o termo conciliatório e encaminhará os autos ao Presidente do Conselho que incluirá o processo na pauta da primeira reunião do, Plenário para homologação e arquivamento, ato contra o qual não caberá recurso.

§2º. Não ocorrendo, por qualquer motivo, a conciliação, o Conselheiro Relator prosseguirá na forma do artigo seguinte.

§3º. A conciliação poderá ocorrer em qualquer fase do processo por manifestação expressa das partes.

Art. 26. Quando não couber conciliação, o Conselheiro Relator deverá, no prazo de 10 (dez) dias, emitir parecer fundamentado, esclarecendo se o fato tem indícios de infração ética ou disciplinar e indicando os artigos supostamente infringidos do Código de Ética, ou de outras normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais, bem como se preenche as condições de admissibilidade, após o que o parecer será submetido à deliberação do Plenário.

§1º. Em caso de necessidade, para subsidiar o parecer, o Conselheiro Relator poderá realizar ou solicitar averiguação prévia, interrompendo-se o prazo previsto no caput deste artigo.

§2º. A deliberação do Plenário terá início após a leitura do parecer do Conselheiro Relator, que emitirá seu voto.

§3º. A seguir, será franqueada a palavra aos demais Conselheiros, ocasião em que poderão solicitar vista, desde que devidamente fundamentada, e, caso seja concedida, a votação será suspensa até a próxima reunião de Plenário.

§4º. Apresentado voto divergente, será retomada a votação.

Art. 27. São condições de admissibilidade:

I- ser o denunciado profissional de enfermagem ao tempo do fato que deu origem ao processo;

II- a identificação do denunciado;

III- dos fatos relatados decorrerem indícios de infração ética e/ou disciplinar prevista no Código de Ética, ou de outras normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais;

IV- haver, após a averiguação prévia, elementos suficientes para a instauração do processo ético-disciplinar; e

V- não estiver extinta a punibilidade pela prescrição.

Art. 28. A deliberação do Plenário sobre a admissibilidade, como ato de instauração ou de arquivamento, deverá ser redigida no prazo de 5 (cinco) dias, pelo Conselheiro Relator, ou pelo Conselheiro condutor do voto vencedor, sob forma de Decisão, que a assinará conjuntamente com a Presidência, contendo, no mínimo:

I- a qualificação do denunciado;

II- o número do parecer aprovado pelo Plenário;

III- a data da reunião do Plenário que deliberou sobre o arquivamento ou instauração do processo;

IV- a indicação dos dispositivos do Código de Ética, ou de outras normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais, supostamente infringidos pelo denunciado; e

V- a assinatura do Conselheiro condutor do voto vencedor e do Presidente do Conselho.

Art. 29. Deliberando o Plenário pela instauração do processo ético-disciplinar, o Presidente do Conselho designará Comissão de Instrução, por Portaria, para apuração dos fatos, encerrando-se a fase de admissibilidade.

CAPÍTULO II DA AVERIGUAÇÃO PRÉVIA

Art. 30. A averiguação prévia poderá ser realizada pelo Relator, por fiscal do Conselho, por um profissional de enfermagem ou por Comissão composta de até 3 (três) membros do quadro de inscritos, que estejam adimplentes com suas obrigações relativas ao Conselho e não respondam a processo ético.

Art. 31. A averiguação prévia consiste em procedimento sumário, preliminar, sem contraditório e ampla defesa, com a finalidade específica de colher elementos formadores da convicção, para determinar a instauração do processo ético-disciplinar ou o arquivamento da denúncia.

Art. 32. Na averiguação prévia poderão ser adotadas diligências, tais como:

I- requisição e juntada de documentos e provas materiais;

II- convocação dos envolvidos ou de testemunha para esclarecimento, que poderá ser escrito ou verbal, reduzido a termo, sem prejuízo do direito à ampla defesa, a ser exercido no momento oportuno; e

III- inspeção in loco.

Art. 33. O prazo para apresentar o relatório de averiguação prévia é de 30 (trinta) dias a contar de sua solicitação.

CAPÍTULO III DOS ATOS PROCESSUAIS

Art. 34. O Presidente do Conselho determinará a autuação da denúncia ou outro ato inaugural do processo ou do procedimento ético-disciplinar, por funcionário, que deverá mencionar a natureza do feito, o número do registro, os nomes das partes e a data do seu início.

Art. 35. O processo terá a forma de autos judiciais e os termos de juntada, vista, conclusão e outros semelhantes constarão de notas datadas e rubricadas pelo funcionário responsável pela autuação do procedimento ético-disciplinar na fase de admissibilidade e, quando instaurado o processo ético-disciplinar, pela Comissão de Instrução ou funcionário auxiliar da Comissão.

Art. 36. As peças juntadas, os despachos, os pareceres, as decisões, as citações, as intimações e as notificações serão numerados em ordem cronológica e numérica pelo funcionário do Conselho ou por membro da Comissão de Instrução, sendo facultado às partes, aos advogados, aos fiscais e às testemunhas rubricar as folhas correspondentes aos atos nos quais intervieram.

Art. 37. O direito de consultar os autos e de pedir certidões de seus atos é restrito às partes e a seus procuradores, sendo facultado a terceiros que demonstrem e justifiquem o interesse jurídico no feito em petição dirigida ao presidente da Comissão de Instrução.

Art. 38. Os atos processuais realizar-se-ão, de ordinário, na sede do Conselho, podendo ser realizados em outro lugar por necessidade da Comissão de Instrução ou por solicitação fundamentada das partes, desde que acolhida pela Comissão de Instrução.

Art. 39. O processo tramitará em sigilo, até seu término, quanto à identidade do profissional denunciado.

§1º. Estende-se o dever de sigilo à Comissão de Instrução, aos Conselheiros e a todos aqueles que dele tomarem conhecimento em razão de ofício.

§2º. Os atos do processo serão realizados em caráter reservado.

CAPÍTULO IV DA COMUNICAÇÃO DOS ATOS

SEÇÃO I DA CITAÇÃO

Art. 40. Citação é o ato pelo qual se chama o denunciado ao processo para defender-se, indispensável para a validade do processo ético-disciplinar.

Art. 41. A citação poderá ser feita:

I- por servidor do Conselho, por meio de mandado;

II- por carta registrada com aviso de recebimento pelos Correios; e

III- por edital, quando inacessível, incerto ou não sabido, e esgotados todos os meios de localizar o endereço do denunciado.

Art. 42. São requisitos formais da citação:

I- o nome do denunciante e do denunciado, nos procedimentos ético-disciplinares iniciados por denúncia;

II- o nome do denunciado e do Conselho, nos procedimentos ético-disciplinares iniciados de ofício;

III- endereço residencial do denunciado, quando conhecido;

IV- endereço do local de trabalho do denunciado, quando não conhecido o residencial;

V- o fim para que é feita a citação;

VI- a indicação do prazo em que se deverá apresentar defesa prévia, com advertência dos efeitos da revelia;

VII- a assinatura do Presidente da Comissão de Instrução;

VIII- a fotocópia da denúncia, ou do documento que deu origem aos procedimentos ético-disciplinares iniciados de ofício; e

IX- a fotocópia da Decisão do Plenário pela instauração do processo ético-disciplinar, acompanhada do Parecer do relator ou do condutor do voto vencedor.

Art. 43. Não sendo conhecido o endereço do denunciado, ou restando infrutífera a citação pessoal ou por carta registrada, e certificando-se esta condição nos autos, a citação será feita por edital.

§1º. A publicação do edital na imprensa oficial ou em jornal de grande circulação e no sítio eletrônico do Conselho de Enfermagem respectivo deve ser certificada nos autos, juntando-se cópia do meio, impresso ou eletrônico, em que foi divulgada.

§2º. Na hipótese deste artigo, o prazo para defesa será de 15 (quinze) dias a partir da data de juntada, nos autos, da publicação do edital.

Art. 44. O processo ético-disciplinar seguirá sem a presença do denunciado quando, regularmente citado ou intimado para qualquer ato, deixar de comparecer sem motivo justificado.

Art. 45. O desatendimento da citação ou da intimação, ou a renúncia pela parte ao direito de defesa e à prática dos atos processuais não importam em reconhecimento da verdade dos fatos.

§1º. No prosseguimento do processo, será garantido às partes o direito de ampla defesa e contraditório.

§2º. O comparecimento espontâneo do denunciado aos atos processuais ou a prática do ato objeto da comunicação supre a sua falta ou a irregularidade.

SEÇÃO II DA INTIMAÇÃO

Art. 46. Na intimação das partes, testemunhas e demais pessoas que devam tomar conhecimento de qualquer ato, será observado, no que for aplicável, o disposto para as citações, devendo conter, além dos requisitos previstos nos incisos I, II, III e IV do art. 42, o seguinte:

I- data, hora e local em que o intimado deve comparecer;

II- se o intimado deve comparecer pessoalmente, ou fazer-se representar; e

III- a informação da continuidade do processo, independentemente de seu comparecimento.

Art. 47. Devem ser objeto de intimação os atos do processo que resultem, para as partes, em imposição de deveres, ônus, sanções ou restrições ao

exercício de direitos e atividades e atos de outra natureza de seu interesse.

§1º. A intimação observará a antecedência mínima de 3 (três) dias úteis, quanto à data de comparecimento.

§2º. Nenhum ato da instrução poderá ser praticado sem a prévia intimação das partes e de seus defensores.

§3º. É válida a intimação efetuada por ciência nos autos pela parte ou por seu defensor constituído, e certificada por funcionário do Conselho ou pelo Secretário da Comissão de Instrução.

SEÇÃO III DAS NOTIFICAÇÕES

Art. 48. Quando necessário, serão notificados ao chefe imediato, o dia e o horário designado para as partes ou testemunhas comparecerem aos atos do processo.

Art. 49. As notificações serão utilizadas para comunicar às partes e seus defensores, legalmente constituídos ou nomeados, Conselheiros relatores, membros da Comissão de Instrução e fiscais do Conselho, das nomeações, determinações e despachos, para que possam praticar certos atos processuais.

SEÇÃO IV DA CARTA PRECATÓRIA

Art. 50. As comunicações entre os Conselhos serão feitas mediante ofícios ou cartas precatórias.

Art. 51. Os ofícios ou as cartas precatórias independem de remessa pela Presidência do Conselho, podendo ser encaminhados pelo Presidente da Comissão de Instrução diretamente aos Presidentes dos Conselhos.

Art. 52. A carta precatória será expedida mediante registro postal, ou outro meio eficaz, devendo ser instruída, quando houver, com os seguintes documentos e dados:

I- indicação do Conselho de origem e de cumprimento do ato;

II- a finalidade a que se refere;

III- cópia da denúncia ou do documento que a tiver instaurado de ofício;

IV- cópia da decisão que ensejou a instauração do processo;

V- relatório de apuração; e

VI- questionário para as testemunhas, previamente elaborado pela Comissão de Instrução.

Art. 53. O Presidente da Comissão de Instrução mandará trasladar, na carta precatória, quaisquer outras peças, bem como instruí-la com documentos dos autos, sempre que estes devam ser examinados na diligência pelas partes, peritos ou testemunhas, ou facilitar o cumprimento da precatória pelo deprecado.

Art. 54. A expedição da carta precatória não suspenderá a instrução do processo, mas impedirá a conclusão dos trabalhos da Comissão, devendo ser juntada aos autos após a sua devolução.

Art. 55. Recebida a carta precatória, o Presidente do Conselho deprecado designará, no prazo de 5 (cinco) dias, Conselheiro ou Fiscal para executar as ordens solicitadas no prazo de 30 (trinta) dias, podendo ser prorrogado por uma única vez, mediante requerimento justificado dirigido ao Presidente do Conselho deprecado.

Parágrafo único. Poderá o Presidente do Conselho deprecado recusar a carta precatória, se esta não estiver corretamente instruída.

Art. 56. A carta precatória poderá ter caráter itinerante, antes ou depois de lhe ser ordenado o cumprimento, e poderá ser apresentada ao Conselho Regional de Enfermagem diverso do que dela consta, a fim de se praticar o ato e facilitar seu cumprimento.

Art. 57. Cumprida a carta precatória ou transcorrido o prazo máximo de 60 (sessenta) dias do recebimento da carta pelo Conselho deprecado, sem o seu cumprimento, esta deverá ser devolvida ao Presidente da Comissão de Instrução do Conselho deprecante, justificando os motivos da impossibilidade de seu cumprimento, independentemente de traslado, no prazo de 5 (cinco) dias.

CAPÍTULO V DOS PRAZOS

Art. 58. Todos os prazos serão contínuos e peremptórios, não se interrompendo por férias, sábados, domingos ou feriados.

Art. 59. Não se computará no prazo o dia do começo, incluindo-se, porém, o do vencimento.

Art. 60. O término dos prazos será certificado nos autos pelo Secretário da Comissão de Instrução ou

funcionário auxiliar da Comissão, sendo considerado findo o prazo, ainda que omitida aquela formalidade, se feita a prova do dia em que começou a correr.

Art. 61. O prazo que terminar ou se iniciar em dias em que não houver expediente no Conselho de Enfermagem, ou em que o expediente se encerrar antes do horário normal, será considerado prorrogado até o dia útil imediato.

Art. 62. Salvo os casos expressos, os prazos correm a partir:

I- da juntada do comprovante ou da contrafé da citação, da intimação ou da notificação nos autos;

II- da audiência ou sessão em que for proferida a decisão, se a ela estiver presente a parte; e

III – do dia em que a parte manifestar, nos autos, ciência inequívoca do despacho, ou da decisão.

Art. 63. Não havendo prazo estipulado neste Código para o respectivo ato e nem definido pelo Presidente do Conselho ou da Comissão de Instrução, este será de 5 (cinco) dias para a sua prática.

CAPÍTULO VI DA COMISSÃO DE INSTRUÇÃO

Art. 64. A Comissão de Instrução tem por finalidade organizar e instruir o processo ético-disciplinar, visando à apuração dos fatos descritos na decisão de admissibilidade e instauração do processo, realizando todos os atos necessários à busca da verdade, com estrita observância aos princípios da ampla defesa e do contraditório.

§1º. A Comissão de Instrução será composta de até 3 (três) membros, de categoria igual ou superior à do denunciado, escolhidos dentre os inscritos no Conselho de Enfermagem.

§2º. A Comissão de Instrução será obrigatoriamente composta de Presidente e Secretário e, se formada por três membros, de um Vogal.

§3º. O membro designado para compor a Comissão de Instrução abster-se-á de servir no processo, quando houver impedimento ou suspeição, o que declarará nos autos ou poderá ser arguido pelas partes em qualquer fase do processo.

§4º. Não poderá ser membro da Comissão de Instrução o profissional que esteja respondendo a processo ético-disciplinar, ou que esteja inadimplente com suas obrigações junto ao Conselho.

Art. 65. Compete à Comissão de Instrução:

I- ouvir as partes e as testemunhas, em audiência previamente marcada;

II- determinar a oitiva das pessoas que estejam envolvidas ou tenham conhecimento dos fatos, independentemente daquelas arroladas pelas partes;

III- colher todas as provas necessárias para o esclarecimento do fato e de suas circunstâncias;

IV- proceder ao reconhecimento de pessoas e coisas, bem como à acareação, quando necessário;

V- solicitar perícias e demais procedimentos ou diligências considerados necessários à perfeita instrução do processo e à busca da verdade real dos fatos;

VI- verificar os antecedentes profissionais do denunciado; e

VII- ultimar a instrução do processo ético-disciplinar, elaborar relatório conclusivo de seus trabalhos e encaminhá-lo ao Presidente do Conselho.

§1º. Os atos da Comissão de Instrução serão, de regra, realizados na sede do Conselho em que tramitar o processo.

§2º. A Comissão de Instrução poderá utilizar integrantes do quadro de funcionários e a estrutura administrativa do Conselho para a prática de atos de sua competência, tais como:

I- digitar os depoimentos tomados em audiência;

II- redigir os atos processuais determinados e encaminhá-los ao Secretário da Comissão de Instrução para tomar as devidas assinaturas;

III- formalizar e expedir as correspondências legais, após determinação da Comissão; e

IV – realizar e registrar os atos processuais de mera movimentação.

Art. 66. Incumbe ao Presidente da Comissão de Instrução:

I- convocar e presidir as reuniões da Comissão;

II- determinar a citação do denunciado;

III- determinar a intimação das partes, seus procuradores e testemunhas;

IV- designar, previamente, as datas das audiências;

V- tomar depoimentos;

VI- solicitar perícias, provas ou diligências necessárias;

VII- estar presente aos atos da Comissão, assinar termos, relatórios e documentos por ela elaborados;

VIII- decidir sobre a juntada ou o desentranhamento de documentos do processo;

IX- verificar e sanear irregularidades do processo;

X- designar defensor dativo, quando for o caso;

XI- decidir sobre a necessidade de arrolar maior número de testemunhas pelas partes;

XII- indeferir pedidos considerados impertinentes, meramente protelatórios, ou de nenhum interesse para o esclarecimento dos fatos;

XIII- solicitar, por escrito, ao Presidente do Conselho, assessoramento técnico e científico sempre que julgar necessário ao processo;

XIV- coordenar a elaboração do relatório final;

XV- solicitar, se for o caso, prorrogação de prazos para a realização de trabalhos e diligências; e

XVI- proceder ao encerramento dos trabalhos da Comissão.

Art. 67. Ao Secretário da Comissão de Instrução incumbe:

I- secretariar as reuniões e substituir o Presidente em sua ausência;

II- supervisionar e acompanhar os trabalhos da Comissão ou de seus auxiliares;

III- redigir atas de reuniões e os termos de depoimentos, inquirições, acareações, ou de qualquer outra atividade da Comissão;

IV- organizar o processo, colocando em ordem cronológica, de juntada, os documentos que o constituem, numerando-os e rubricando-os; e

V- providenciar a elaboração e a expedição de intimações, notificações, requerimentos, ofícios e demais atos necessários à instrução do processo.

Art. 68. Ao Vogal da Comissão de Instrução incumbe substituir o Secretário, na ausência deste.

Art. 69. A Comissão de Instrução concluirá seus trabalhos no prazo de 120 (cento e vinte) dias, contados do recebimento dos autos, prazo esse prorrogável por igual período pelo Presidente do Conselho, mediante solicitação justificada do Presidente da Comissão.

CAPÍTULO VII DA INSTRUÇÃO

Art. 70. O Presidente da Comissão de Instrução, após notificado de sua nomeação e da instauração do processo ético-disciplinar pelo Plenário, deverá determinar, no prazo de 5 (cinco) dias, a citação do denunciado para apresentar defesa prévia, no prazo de 15 (quinze) dias.

Art. 71. Na defesa prévia, o denunciado poderá arquir preliminares e alegar tudo o que interesse à sua defesa, expondo as razões de fato e de direito; oferecer documentos e justificações; especificar as provas pretendidas e arrolar até três testemunhas, qualificando-as e requerendo sua intimação, quando necessário.

Art. 72. Regularmente citado, e não apresentando defesa no prazo legal, o denunciado será declarado revel nos autos e, caso não tenha constituído defensor, o Presidente da Comissão de Instrução nomeará um defensor dativo para apresentar a defesa no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da nomeação.

§1º. A nomeação de defensor dativo deverá recair em profissional de enfermagem de categoria igual ou superior ao denunciado, desde que não exerça a função de Conselheiro do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem; ou, facultativamente, em advogado que não seja Procurador do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

§2º. O denunciado revel poderá intervir em qualquer fase do processo, não lhe sendo, contudo, devolvidos os prazos vencidos.

Art. 73. Recebida a defesa prévia, o Presidente da Comissão de Instrução, conforme o caso, determinará a realização das diligências que entender pertinentes e designará dia, hora e local para ouvir as partes, as testemunhas arroladas e as determinadas pela Comissão, observados os prazos mínimos para realização dos atos preparatórios de intimações e notificações.

Art. 74. Na audiência de instrução, deverá proceder-se à tomada de declarações do ofendido, a inquirição das testemunhas arroladas pela acusação e pela defesa, nesta ordem; bem como aos esclarecimentos das diligências, às acareações e ao reco-

nhecimento de pessoas e coisas, interrogando-se, em seguida, o denunciado.

Art. 75. Às partes, será concedido o prazo de 3 (três) dias, após intimação, para impugnação de documentos novos.

Art. 76. Surgindo, em qualquer momento da fase de instrução, provas de elementos ou circunstâncias da infração ético-disciplinar, não referidas pelo Conselheiro Relator na fase de admissibilidade, deverá a Comissão de Instrução intimar as partes para manifestação no prazo de 5 (cinco) dias, ocasião em que poderão produzir provas.

Art. 77. Encerrada a instrução processual, o Presidente da Comissão determinará a intimação das partes para apresentação das alegações finais, no prazo de 10 (dez) dias.

Art. 78. Concluído o procedimento, a Comissão de Instrução elaborará relatório dos trabalhos realizados, contendo a narrativa objetiva dos fatos apurados, os apontamentos das provas testemunhais e materiais colhidas, emitindo conclusão fundamentada sobre a caracterização da infração ético-disciplinar.

Parágrafo único. No relatório da Comissão não poderá conter indicação de penalidade a ser imposta.

Art. 79. Entregue o relatório, o Presidente do Conselho determinará a extração de cópias, ou a remessa em arquivo digital para os membros do Plenário das seguintes peças: parecer inicial, defesa prévia, laudos periciais, alegações finais, relatório final.

Parágrafo único. O Presidente do Conselho distribuirá os autos, no prazo de 5 (cinco) dias, a um Conselheiro, que emitirá parecer conclusivo para julgamento do Plenário.

SEÇÃO I DAS TESTEMUNHAS

Art. 80. Toda pessoa poderá ser testemunha.

Art. 81. A testemunha fará, sob palavra de honra, a promessa de dizer a verdade do que souber e lhe for perguntado, devendo declarar seu nome, idade, estado civil, residência, profissão, lugar onde exerce sua atividade, se é parente, e em que grau, de alguma das partes, quais suas relações com qualquer delas; e relatar o que souber, explicando sempre as razões de sua ciência, ou as circunstâncias pelas quais a Comissão possa avaliar sua credibilidade.

Parágrafo único. Não se deferirá o compromisso a que alude o artigo aos doentes e deficientes men-

tais e aos menores de 18 (dezoito) anos, nem às pessoas referidas no art. 83.

Art. 82. O depoimento será prestado oralmente, não sendo, entretanto, vedada à testemunha breve consulta a apontamentos.

Art. 83. A testemunha, quando profissional de enfermagem, não poderá eximir-se da obrigação de depor. Poderá, entretanto, recusar-se a fazê-lo se for ascendente ou descendente, ou afim em linha reta; cônjuge, ainda que separado; irmão, pai, mãe ou filho do denunciado, salvo quando não for possível, por outro modo, obter-se ou integrar-se a prova do fato de suas circunstâncias.

Art. 84. O Presidente da Comissão de Instrução, quando julgar necessário, poderá ouvir outras testemunhas além das indicadas pelas partes.

Art. 85. As testemunhas serão inquiridas, cada uma de per si, de modo que uma não saiba nem ouça os depoimentos das outras, devendo o Presidente adverti-las das penas cominadas ao falso testemunho.

Art. 86. Se o Presidente da Comissão de Instrução reconhecer que alguma testemunha, quando profissional de enfermagem, fez afirmação falsa, calou ou negou a verdade, remeterá cópia do depoimento à Presidência do Conselho para as providências cabíveis.

Art. 87. As perguntas poderão ser formuladas pelas partes diretamente às testemunhas, podendo o Presidente da Comissão de Instrução indeferir aquelas que possam induzir a resposta, não tenham relação com a causa ou importem na repetição de outra já respondida e, complementar a inquirição sobre os pontos não esclarecidos.

§1º. Deverão constar na ata da audiência as perguntas que a testemunha deixar de responder, juntamente com as razões de sua abstenção.

§2º. O procurador das partes poderá assistir ao interrogatório bem como à inquirição das testemunhas, sendo-lhe vedado interferir nas perguntas e respostas, mas facultado reinquiri-las, diretamente ou por intermédio do Presidente da Comissão.

Art. 88. O Presidente da Comissão não permitirá que a testemunha manifeste suas apreciações pessoais, salvo quando inseparáveis da narrativa do fato.

Art. 89. Antes de iniciado o depoimento, as partes poderão contraditar a testemunha ou arguir circunstâncias ou defeitos que a tornem suspeita de parcialidade ou indigna de fé.

Parágrafo único. O Presidente da Comissão fará consignar a contradita ou arguição e a resposta da testemunha, mas só não lhe deferirá compromisso legal nos casos do art. 83.

Art. 90. Na redação do depoimento, o Secretário da Comissão de Instrução ou funcionário auxiliar designado deverá cingir-se, tanto quanto possível, às expressões usadas pelas testemunhas, reproduzindo fielmente suas frases.

Parágrafo único. No caso de digitação por funcionário auxiliar, este se restringirá ao registro da versão, frases e expressões determinadas pela Comissão de Instrução.

Art. 91. O depoimento da testemunha será reduzido a termo e será assinado por ela, pelo Presidente da Comissão, demais membros presentes na audiência, pelas partes e seus procuradores.

Art. 92. O Presidente da Comissão de Instrução certificará a ocorrência nos autos e extrairá cópias à Presidência do Conselho para a adoção das medidas cabíveis quando a testemunha, regularmente intimada e sendo profissional de enfermagem, deixar de comparecer sem motivo justificado.

Art. 93. As pessoas impossibilitadas, por enfermidade ou por velhice, de comparecer para depor, poderão ser inquiridas onde estiverem. Se qualquer testemunha houver de ausentar-se ou, por enfermidade ou por velhice, inspirar receio de que, ao tempo da instrução, já não exista, o Presidente da Comissão poderá, de ofício ou a requerimento de qualquer das partes, tomar-lhe antecipadamente o depoimento.

Art. 94. Os Conselheiros Federais e Regionais, efetivos ou suplentes, tanto quanto as autoridades do governo, quando arrolados como testemunhas, serão inquiridos em local, dia e hora, previamente ajustados entre eles e o Presidente da Comissão de Instrução, e poderão optar pela prestação de depoimento, por escrito, caso em que as perguntas formuladas pelas partes lhes serão transmitidas por ofício.

Art. 95. A testemunha residente no interior do Estado poderá ser ouvida em seu domicílio, ou outro local previamente indicado, devendo seu depoimento ser tomado por pessoa designada pelo Presidente do Conselho, mediante Portaria, acompanhada dos documentos necessários para o ato.

Art. 96. A testemunha que morar fora da área de jurisdição do Conselho será inquirida por meio de carta precatória, devendo ser intimadas as partes.

SEÇÃO II DO INTERROGATÓRIO DO DENUNCIADO

Art. 97. O denunciado, regularmente intimado para audiência de inquirição, será qualificado e interrogado na presença de seu defensor, se houver constituído; cientificado do inteiro teor da acusação e informado pelo Presidente da Comissão do seu direito de permanecer calado e de não responder perguntas que lhe forem formuladas.

Parágrafo único. O silêncio, que não importará em confissão, não poderá ser interpretado em prejuízo da defesa, mas poderá constituir elemento para a formação do convencimento da Comissão de Instrução.

Art. 98. Havendo mais de um denunciado, estes serão interrogados separadamente.

Art. 99. O interrogatório será constituído de duas partes: sobre a pessoa do denunciado e sobre os fatos.

§1º. Na primeira parte, ao interrogado será perguntado:

I – sobre residência, profissão, lugar onde exerce sua atividade, informações familiares e sociais;

II – sobre vida pregressa, notadamente se responde a algum processo judicial ligado ao caso e às imputações de infração ético-disciplinar ora apurada; e

III – se já processado judicialmente sobre estas questões, qual o juízo do processo, se houve suspensão condicional ou condenação, qual a pena imposta e se a cumpriu.

§2º. Na segunda parte ser-lhe-á perguntado:

I- se verdadeira a acusação que lhe é feita;

II- não sendo verdadeira a acusação, se tem algum motivo particular a que atribuí-la, se conhece a pessoa ou pessoas a quem deva ser imputada a prática da infração ético-disciplinar, e quais sejam, e se com elas esteve, antes ou depois da prática da infração;

III- onde estava ao tempo em que foi cometida a infração e se teve notícia desta;

IV- se conhece as provas já apuradas;

V- se conhece as vítimas e testemunhas já inquiridas ou por inquirir, desde quando, e se tem algo alegar contra elas;

VI- se sabe como foi praticado o ato;

VII- todos os demais fatos e pormenores que conduzam à elucidação dos antecedentes e circunstâncias da infração; e

VIII- se tem algo mais a alegar em sua defesa.

Art. 100. Após o interrogatório, o Presidente da Comissão indagará das partes se restou algum fato a ser esclarecido, formulando as perguntas correspondentes, se o entender pertinente e relevante.

Art. 101. Se o interrogado negar a acusação, no todo ou em parte, poderá prestar esclarecimentos e indicar provas.

Art. 102. Se confessar a autoria, será perguntado sobre os motivos e as circunstâncias do fato e se outras pessoas concorreram para a prática da infração, indicando quais sejam.

Parágrafo único. A confissão, quando feita fora do interrogatório, será tomada por termo nos autos.

SEÇÃO III DA ACAREAÇÃO

Art. 103. A acareação será admitida sempre que os depoentes divergirem em suas declarações sobre fatos ou circunstâncias relevantes.

Parágrafo único. Os acareados serão reperguntados para que expliquem os pontos divergentes, reduzindo-se a termo o ato de acareação.

SEÇÃO IV DA PROVA DOCUMENTAL

Art. 104. Salvo os casos expressos em lei, as partes poderão apresentar documentos em qualquer fase do processo.

Art. 105. Consideram-se documentos quaisquer escritos, instrumentos ou papéis, públicos ou particulares.

Art. 106. A Comissão de Instrução poderá providenciar a juntada de documentos relacionados ao objeto do processo, independentemente de requerimento das partes.

SEÇÃO V DA PROVA PERICIAL

Art. 107. A prova pericial consiste em exame, vistoria ou avaliação.

Parágrafo único. A perícia não poderá ser realizada quando:

I- a prova do fato não depender de conhecimento especial;

II- for desnecessária, em vista de outras provas produzidas; e

III- a sua realização for impraticável.

Art. 108. A perícia será realizada nos termos indicados pela Comissão de Instrução, seguindo as normas subsidiárias, especialmente o Código de Processo Penal.

Art. 109. As despesas com a perícia correrão por conta da parte interessada na prova, apresentando-se o recibo nos autos.

TÍTULO III DO JULGAMENTO EM PRIMEIRA INSTÂNCIA

CAPÍTULO I DO JULGAMENTO

Art. 110. Recebido o processo da Comissão de Instrução, o Presidente do Conselho, no prazo de 5 (cinco) dias, designará um Conselheiro Relator para a emissão de parecer conclusivo.

Parágrafo único. A designação de que trata este artigo deverá observar o disposto no § 2º do art. 7º deste Código.

Art. 111. O Relator emitirá o parecer conclusivo no prazo de 20 (vinte) dias, entregando-o, com os autos do processo, ao Presidente do Conselho.

Art. 112. O Relator poderá, no prazo de 5 (cinco) dias, a contar da data de recebimento do processo, devolvê-lo à Comissão de Instrução, especificando as diligências que julgar necessárias e fixando prazo para seu cumprimento.

§1º. Ocorrendo o previsto no caput deste artigo, o prazo para a emissão de parecer conclusivo pelo Conselheiro Relator será interrompido, iniciando-se nova contagem a partir da data do recebimento do processo da Comissão de Instrução.

§2º. Cumpridas as diligências especificadas, o Presidente da Comissão de Instrução concederá vista às partes, pelo prazo de 05 (cinco) dias, para se manifestarem.

§3º. Transcorrido o prazo para manifestação das partes, o Presidente da Comissão de Instrução de-

volverá o processo diretamente ao Conselheiro Relator, que dará continuidade à sua tramitação.

§4º. O Presidente da Comissão de Instrução poderá, uma única vez, solicitar ao Conselheiro Relator a prorrogação do prazo para cumprimento das diligências que lhe forem determinadas.

Art. 113. O parecer conclusivo do Conselheiro Relator deverá conter:

I – parte expositiva, onde relatará sucintamente os fatos e a indicação sumária das provas colhidas;

II – parte conclusiva em que apreciará o valor da prova obtida, declarando se há ou não transgressão ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, ou de outras normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais, e em quais artigos está configurada, com indicação da penalidade cabível.

Art. 114. Recebido o parecer do Conselheiro Relator, o Presidente do Conselho determinará a inclusão do processo na pauta da primeira sessão plenária subsequente, determinando a prévia notificação / intimação das partes e de seus procuradores para o julgamento, com o mínimo de 15 (quinze) dias de antecedência.

Art. 115. Aberta a sessão e iniciado o julgamento, o Conselheiro Relator apresentará o seu parecer, sem emitir voto, em seguida, cada parte ou seu procurador poderá produzir sustentação oral por 10 (dez) minutos.

Art. 116. Cumpridas as disposições do artigo anterior, os Conselheiros poderão pedir a palavra para:

I- esclarecer dúvidas acerca dos fatos constantes do processo, podendo ter acesso aos autos para verificação;

II- requerer e especificar diligências; e

III- ter vista dos autos até a próxima reunião Plenária, na secretaria do Conselho.

Parágrafo único. O requerimento a que alude o inciso II deste artigo somente será deferido com aprovação do Plenário.

Art. 117. Deferida a diligência, o julgamento será suspenso, sendo fixado, pelo Plenário, prazo não superior a 30 (trinta) dias para seu cumprimento.

Parágrafo único. As partes serão intimadas para, no prazo de 3 (três) dias, manifestarem-se sobre o cumprimento das diligências deferidas pelo Plenário.

Art. 118. Cumprida a diligência, o Presidente do Conselho mandará incluir o processo na pauta da primeira reunião Plenária subsequente.

CAPÍTULO II DA DECISÃO

Art. 119. A deliberação do Plenário terá início após a apresentação do parecer pelo Conselheiro Relator, que emitirá seu voto.

Art. 120. Em seguida, o Presidente do Conselho franqueará a palavra aos demais Conselheiros para que emitam seus votos.

Parágrafo único. Caberá ao Presidente do Conselho o voto de desempate.

Art. 121. Em caso de condenação, o Plenário fixará a pena.

Art. 122. A deliberação do Plenário deverá ser redigida, no prazo de 5 (cinco) dias, pelo Conselheiro Relator ou pelo Conselheiro condutor do voto vencedor sob forma de decisão, que a assinará juntamente com o Presidente do Conselho.

Parágrafo único. A decisão conterá:

I- o número do processo;

II- o número do parecer aprovado pelo Plenário;

III- o nome das partes, a qualificação e o número de sua inscrição profissional;

IV- a ementa do julgamento;

V- o relatório contendo a exposição sucinta dos fatos, os argumentos da acusação e da defesa;

VI- a indicação dos motivos de fato e de direito em que se fundamenta a decisão;

VII- a indicação do(s) artigo(s) do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem em que se ache incurso o denunciado;

VIII- a indicação das circunstâncias agravantes ou atenuantes definidas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

IX- a absolvição ou a pena imposta; e

X – a data e as assinaturas do Presidente e do Conselheiro redator da decisão.

Art. 123. Indicada a pena de cassação, o julgamen-

to será suspenso e os autos remetidos ao Conselho Federal para julgamento.

§1º. Recebidos os autos, o Presidente do Conselho Federal designará Conselheiro Relator.

§2º. O Conselheiro Relator disporá de 10 (dez) dias para elaborar o parecer, contados do prazo de recebimento do processo.

Art. 124. Na hipótese de o Conselho Federal discordar da pena máxima proposta pelo Conselho Regional, serão os autos devolvidos ao Regional de origem, para aplicação de outra penalidade.

§1º. Concordando o Conselho Federal com a proposta de cassação, proferirá decisão, sob forma de acórdão, a ser redigido pelo Conselheiro Relator ou Conselheiro condutor do voto vencedor, que o assinará juntamente com o Presidente.

§2º. Na aplicação da pena de cassação, o Conselho Federal delimitará o período de seu cumprimento, para fins da reabilitação.

TÍTULO IV DAS NULDADES E ANULABILIDADES

Art. 125. Os atos praticados poderão ser considerados nulos ou anuláveis. Os atos nulos são insanáveis e independem da arguição das partes. Os atos anuláveis poderão ser sanados e deverão ser arguidos pelas partes.

Art. 126. A nulidade ocorrerá nos seguintes casos:

I- quando inexistir o ato de instauração do processo;

II- por falta de citação do denunciado;

III- por falta de designação de defensor dativo;

IV- por supressão de quaisquer das fases de defesa;

V- por impedimento declarado de qualquer dos membros do Plenário ou da Comissão de Instrução; e

VI- por inexistência de fundamentação da decisão.

Art. 127. A anulabilidade ocorrerá nos seguintes casos:

I- por falta de intimação das testemunhas arroladas pelas partes;

II- por suspeição declarada de qualquer dos membros do Plenário ou da Comissão de Instrução;

III- pela incompetência do Conselho; e

IV- por falta de cumprimento das formalidades legais prescritas no presente Código.

Art. 128. As anulabilidades deverão ser arguidas pelas partes em até 5 (cinco) dias da data da ciência do ato anulável.

Art. 129. Nenhum ato será anulado se da anulabilidade não resultar prejuízo para as partes ou não houver influído na apuração da verdade ou na decisão da causa.

Parágrafo único. Ainda que da anulabilidade possa resultar em prejuízo, ela somente será pronunciada pelo Presidente da Comissão de Instrução, pelo Conselheiro Relator ou pelo Plenário quando não for possível suprir-se a falta ou repetir-se o ato.

Art. 130. Quando determinado ato for anulável, será considerado válido nos seguintes casos:

I- se não forem arguidas em tempo oportuno;

II- se, praticado por outra forma, o ato tiver atingido suas finalidades; e

III- se a parte, ainda que tacitamente, houver aceitado seus efeitos.

Art. 131. Os atos processuais, cuja nulidade tenha sido declarada, retornarão às instâncias competentes para repetição ou retificação.

§1º. A nulidade de um ato, uma vez declarada, causará a nulidade dos atos que dele diretamente dependam ou sejam consequência.

§2º. O Presidente da Comissão de Instrução, o Conselheiro Relator ou o Plenário, quando pronunciar a nulidade, declarará os atos aos quais ela se estende.

Art. 132. Nenhuma das partes poderá arguir nulidade a que tenha dado causa, ou para a qual tenha concorrido, nem poderá arguir nulidade de formalidade cuja observância só à parte contrária interessa.

TÍTULO V DO JULGAMENTO EM SEGUNDA INSTÂNCIA

CAPÍTULO I DOS RECURSOS

Art. 133. Da decisão proferida pelo Conselho Regional caberá recurso ao Conselho Federal com efeito suspensivo, no prazo de 15 (quinze) dias, contados da ciência da decisão pelas partes.

§1º. Das decisões de arquivamento de denúncias caberá o recurso previsto no caput deste artigo.

§2º. Os recursos serão interpostos perante o órgão prolator da decisão em primeira instância.

Art. 134. Recebido o recurso, o Presidente do Conselho determinará a intimação da parte contrária para, querendo, apresentar contrarrazões, no prazo de 15 (quinze) dias, após o que será remetido ao órgão de segunda instância.

Art. 135. Recebido o processo pela secretaria do Conselho Federal, os autos serão encaminhados ao seu Presidente que, no prazo de 5 (cinco) dias, designará Conselheiro Relator, o qual terá o prazo de 10 (dez) dias para emitir seu parecer.

Art. 136. Com a entrega do parecer, o Presidente do Conselho designará dia para o julgamento, intimando as partes e notificando seus procuradores, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias.

CAPÍTULO II DO RECURSO PARA A ASSEMBLÉIA GERAL DOS DELEGADOS REGIONAIS

Art. 137. Das decisões do Plenário do Conselho Federal, nas hipóteses do Art. 2º, inciso III, alíneas “b”, “c” e “d”, caberá recurso para a Assembleia Geral dos Delegados Regionais, no prazo de 15 (quinze) dias.

Art. 138. Recebido o recurso, o Presidente do Conselho Federal determinará a intimação da parte contrária para, querendo, apresentar contrarrazões, no prazo de 15 (quinze) dias.

§1º. A Assembleia dos Delegados Regionais será convocada pelo Presidente do Conselho Federal na forma do que dispuser o seu Regimento Interno e deverá reunir-se para julgar o recurso em até 120 (cento e vinte) dias, a contar do seu recebimento.

§2º. No ato de convocação da Assembleia dos Delegados Regionais, o Presidente do Conselho Federal designará Delegado Relator e determinará o envio de cópias da decisão recorrida, do recurso e das contrarrazões do recurso a cada Delegado Regional.

§3º. O Delegado Relator terá o prazo de 20 (vinte) dias para emitir seu parecer.

§4º. Recebido o parecer, o Presidente do Conselho Federal deverá designar a data do julgamento e determinar a intimação das partes e de seus procuradores, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias.

CAPÍTULO III DO JULGAMENTO NA SEGUNDA INSTÂNCIA

Art. 139. Aberta a sessão de julgamento, o Conselheiro Relator apresentará o parecer sem emissão de voto, sendo a seguir dada a palavra, sucessivamente, por 10 (dez) minutos, ao recorrente e ao recorrido.

Parágrafo único. O primeiro Conselheiro a usar da palavra será o Relator, que emitirá seu voto.

Art. 140. Encerrado o julgamento, o Presidente do Conselho anunciará a decisão, a qual será lavrada na forma de acórdão.

§1º. O acórdão será redigido, no prazo de 5 (cinco) dias, pelo Conselheiro Relator ou pelo condutor do voto vencedor, que o assinará juntamente com o Presidente do Conselho.

§2º. O acórdão, no que couber, conterá os mesmos elementos referidos no parágrafo único do art. 122.

Art. 141. Lavrado e publicado o Acórdão, será o processo devolvido ao Conselho de origem para execução da pena e respectiva divulgação da decisão, se for o caso.

Parágrafo único. Quando a penalidade imposta for a cassação, o Conselho Federal fará publicar o Acórdão, ressalvado ao Conselho Regional o direito de dar publicidade ao mesmo.

Art. 142. No julgamento do recurso, o órgão julgador, independentemente do pedido das partes, poderá aplicar penalidade diversa daquela decidida pelo órgão de julgamento em primeira instância, podendo alterar a classificação da infração, aumentar, reduzir a pena ou absolver o denunciado.

§1º. Em observância aos princípios da ampla defesa e do contraditório, caberá pedido de reconsideração no caso de aumento de pena decorrente de recurso interposto apenas pelo denunciado.

§2º. O pedido de reconsideração deverá ser apresentado ao Conselho Federal no prazo de 10 (dez) dias, contados da ciência da decisão mais gravosa pelo denunciado e será encaminhado pelo Presidente ao Conselheiro condutor do voto vencedor, o qual terá o prazo de 10 (dez) dias para emitir seu parecer.

§3º. Com a entrega do parecer, o Presidente do Conselho designará dia para o julgamento a ser realizado na forma deste capítulo, intimando a parte e notificando seu procurador, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias.

TÍTULO VI DA EXECUÇÃO DA PENA

Art. 143. Não cabendo mais recurso, serão os autos devolvidos à instância de origem do processo, para a execução do decidido.

Art. 144. A execução das penalidades impostas pelos Conselhos Regionais ou pelo Conselho Federal se processará na forma estabelecida nas decisões ou acórdãos, sendo registradas no prontuário do profissional infrator.

§1º. As penas aplicadas se estendem a todas as inscrições do profissional junto ao Conselho de Enfermagem, independentemente da categoria em que o profissional tenha cometido a infração.

§2º. O Presidente do Conselho dará conhecimento, à instituição empregadora do infrator, da decisão que impuser penalidade de suspensão do exercício profissional.

§3º. No caso de cassação do exercício profissional, além da publicação dos editais e das comunicações endereçadas às autoridades interessadas no assunto, será apreendida a carteira profissional do infrator, procedendo-se ao cancelamento do respectivo registro no Conselho.

Art. 145. Impossibilitada a execução da penalidade, esta ficará suspensa até seu efetivo cumprimento, sem prejuízo das anotações nos prontuários e publicações dos editais, quando for o caso.

Parágrafo único. O não pagamento da pena de multa importará na sua inscrição em dívida ativa para posterior execução judicial.

Art. 146. Cumpridas todas as decisões de primeira ou segunda instância, o Presidente do Conselho que tiver atuado como órgão de julgamento em primeira instância determinará o arquivamento do processo.

TÍTULO VII DA REVISÃO DA PENA

Art. 147. É facultado ao punido ou, em caso de seu falecimento, aos seus herdeiros, apresentar pedido de revisão da pena, a qualquer tempo, após a publicação do acórdão, ou quando não couber mais recurso, nas seguintes hipóteses:

I- forem apuradas provas idôneas da inocência do punido ou de circunstâncias que possam atenuar a pena, ou desclassificar o fato configurador da infração, de modo a alterar a penalidade;

II- a decisão condenatória estiver fundada em prova testemunhal ou pericial cuja falsidade ficar comprovada; e

III- ficar evidenciado que o processo se desenvolveu eivado de nulidade.

Parágrafo único. No julgamento da revisão serão aplicadas, no que couber, as normas previstas neste Código.

Art. 148. A revisão terá início por petição à Presidência do Conselho Regional, com as provas documentais comprobatórias dos fatos alegados.

§1º. A revisão será distribuída a um Conselheiro Relator, por designação do Presidente do Conselho.

§2º. Não será admitida a renovação do pedido de revisão, salvo se fundamentado em novas provas.

Art. 149. A decisão no processo revisional poderá reduzir ou extinguir a pena, sendo vedado o seu agravamento.

§1º. A absolvição implicará no restabelecimento de todos os direitos perdidos em virtude de punição anteriormente aplicada.

§2º. A revisão da pena somente surtirá efeito após o seu trânsito em julgado.

Art. 150. Qualquer recurso, na revisão, somente será recebido no efeito devolutivo.

Art. 151. A revisão será processada em apenso aos autos originais do processo ou, ainda, acompanhada de fotocópias integrais dos autos originais.

TÍTULO VIII DA REABILITAÇÃO

Art. 152. Após 2 (dois) anos do cumprimento da pena aplicada pelo Conselho de Enfermagem, sem que tenha sofrido qualquer outra penalidade ético-disciplinar, ou esteja respondendo a processo administrativo ou criminal, e mediante provas efetivas de bom comportamento, é permitido ao profissional requerer a reabilitação profissional.

§1º. O requerimento de que trata o caput deste artigo deverá ser instruído com as provas e certidões pertinentes.

§2º. Havendo necessidade, o Conselho poderá determinar a realização de perícia para avaliar a efetiva recuperação do profissional.

§3º. Quando a infração ético-disciplinar constituir crime, a reabilitação profissional dependerá da correspondente reabilitação criminal.

Art. 153. A reabilitação, caso a cassação tenha ocorrido por fato imputado como crime, seguirá os mesmos trâmites da reabilitação penal, com a reparação na área cível ou demonstração de absoluta impossibilidade de fazê-lo, ou, ainda, declaração de renúncia da vítima, com demonstração por parte do denunciado de constante bom comportamento público e privado.

Art. 154. Os efeitos da reabilitação consistem em retirar do prontuário do profissional qualquer apontamento referente à condenação e, no caso de cassação, a outorga de nova inscrição.

Art. 155. O pedido de reabilitação deverá ser formulado diretamente ao Conselho que executou a pena, cabendo recurso ao Conselho Federal.

TÍTULO IX DA PRESCRIÇÃO

Art. 156. A pretensão à punibilidade das infrações ético-disciplinares prescreve em 5 (cinco) anos, contados da data de ocorrência do fato.

§1º. Aplica-se a prescrição a todo processo ético-disciplinar paralisado por mais de 3 (três) anos, pendente de despacho ou julgamento, devendo ser arquivado, de ofício ou a requerimento da parte interessada, sem prejuízo de serem apuradas as responsabilidades pela paralisação.

§2º. A prescrição interrompe-se pela instauração de processo ético-disciplinar, ou pela notificação válida feita ao denunciado, inclusive por meio de editais. (Alterado pela Resolução Cofen nº 483/2015)

§2º A prescrição interrompe-se: (Redação dada pela Resolução Cofen nº 483/2015)

I – pela instauração de processo ético disciplinar, ou pela notificação válida feita ao denunciado, inclusive por meio de editais; (Redação dada pela Resolução Cofen nº 483/2015)

II – pela decisão condenatória recorrível de qualquer Conselho Regional de Enfermagem. (Redação dada pela Resolução Cofen nº 483/2015)

§3º. Interrompida a prescrição, todo o prazo começa a contar novamente do dia dessa interrupção.

TÍTULO X DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 157. É vedada vista dos autos fora da secretaria do Conselho, porém as partes poderão, a qualquer tempo, acessá-los, inclusive obter cópia de peças, por meio de requerimento formulado ao Presidente do Conselho ou de Comissão de Instrução, a expensas do requerente.

Art. 158. Em qualquer fase do processo, poderá ser solicitada pela Presidência a manifestação da Assessoria Jurídica do Conselho.

§1º. A manifestação da Assessoria Jurídica versará, exclusivamente, sobre as questões processuais e de legalidade.

§2º. É defeso ao Assessor Jurídico manifestar-se sobre questões ético-disciplinares.

Art. 159. As disposições do presente Código aplicam-se aos que exercem atividades de enfermagem, independentemente da regularidade de sua inscrição no Conselho Regional.

Parágrafo único. Este Código não se aplica a quem não for inscrito ou autorizado pelo Conselho Regional, aplicando-se, contudo, ao profissional inscrito ou autorizado ao tempo da prática da conduta que deu origem ao processo.

Art. 160. As questões omissas neste Código deverão ser supridas utilizando-se, subsidiariamente, os dispositivos previstos no Código de Processo Penal, no que lhes for aplicável.

Art. 161. Este Código entrará em vigor no dia 1º de janeiro de 2011, sem prejuízo da validade dos atos realizados sob a vigência do Código anterior.

Art. 162. Revoga-se a Resolução nº 252/2001 e demais disposições em contrário.

Resolução COFEN N 429/2012

Acesse: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.html

RESOLUÇÃO COFEN Nº 429/2012

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 Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012;

CONSIDERANDO o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e no Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta;

CONSIDERANDO o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução Cofen nº 311, de 8 de fevereiro de 2007, naquilo que diz respeito, no prontuário, e em outros documentos próprios da Enfermagem, de informações referentes ao processo de cuidar da pessoa, família e coletividade humana (Artigos 25, 35, 41, 68, 71 e 72), e naquilo que diz respeito ao sigilo profissional (Artigos 81 a 85);

CONSIDERANDO o prontuário do paciente e outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional (papel) ou eletrônico -, como uma fonte de informações clínicas e administrativas para tomada de decisão, e um meio de comunicação compartilhado entre os profissionais da equipe de saúde;

CONSIDERANDO os avanços e disponibilidade de soluções tecnológicas de processamento de dados e de recursos das telecomunicações para guarda e manuseio de documentos da área de saúde, e a tendência na informática para a construção e implantação do prontuário eletrônico do paciente nos serviços de saúde;

CONSIDERANDO os termos da Resolução Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009, em seu Artigo 6º, segundo o qual a execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente no prontuário do paciente; e

CONSIDERANDO tudo mais que consta nos autos do PAD/Cofen nº 510/2010 e a deliberação do Plenário em sua 415ª Reunião Ordinária,

RESOLVE

Art. 1º É responsabilidade e dever dos profissionais da 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 dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.

Art. 2º Relativo ao processo de cuidar, e em atenção ao disposto na Resolução nº 358/2009, deve ser registrado no prontuário do paciente:

- a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

Art. 3º Relativo ao gerenciamento dos processos de trabalho, devem ser registradas, em documentos próprios da Enfermagem, as informações imprescindíveis sobre as condições ambientais e recursos humanos e materiais, visando à produção de um resultado esperado – um cuidado de Enfermagem digno, sensível, competente e resolutivo.

Art. 4º Caso a instituição ou serviço de saúde adote o sistema de registro eletrônico, mas não tenha providenciado, em atenção às normas de segurança, a assinatura digital dos profissionais, deve-se fazer a impressão dos documentos a que se refere esta Resolução, para guarda e manuseio por quem de direito.

§ 1º O termo assinatura digital refere-se a uma tecnologia que permite garantir a integridade e autenticidade de arquivos eletrônicos, e que é tipicamente tratada como análoga à assinatura física em papel. Difere de assinatura eletrônica, que não tem valor legal por si só, pois se refere a qualquer mecanismo eletrônico para identificar o remetente de uma mensagem eletrônica, seja por meio de escaneamento de uma assinatura, identificação por impressão digital ou simples escrita do nome completo.

§ 2º A cópia impressa dos documentos a que se refere o caput deste artigo deve, obrigatoriamente, conter identificação profissional e a assinatura do responsável pela anotação.

Art. 5º Cabe aos Conselhos Regionais adotar as medidas necessárias ao cumprimento desta Resolução.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 30 de maio de 2012.

MARCIA CRISTINA KREMPEL

Presidente

GELSON L. DE ALBUQUERQUE

Primeiro-Secretário

Publicada no DOU nº 110, de 8 de junho de 2012, pág. 288 – Seção 1

Resolução COFEN N 311/2007

Acesse: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3112007_4345.html

***A presente Resolução foi REVOGADA pela
Resolução Cofen nº 564/2017***

O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, no uso de sua competência estabelecida pelo art. 2º, c.c. a Resolução COFEN-242/2000, em seu art. 13, incisos IV, V, XV, XVII e XLIX;

CONSIDERANDO a Lei nº. 5.905/73, em seu artigo 8º, inciso III;

CONSIDERANDO o resultado dos estudos originais de seminários realizados pelo COFEN com a participação dos diversos segmentos da profissão;

CONSIDERANDO o que consta dos PADs COFEN nos 83/91, 179/91, 45/92, 119/92 e 63/2002;

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário em sua 346ª ROP, realizada em 30, 31 de janeiro de 2007.

RESOLVE:

Art. 1º – Fica aprovado o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem para aplicação na jurisdição de todos os Conselhos de Enfermagem.

Art. 2º – Todos os Profissionais de Enfermagem deverão conhecer o inteiro teor do presente Código, acessando o site www.portalcofen.gov.br; www.portalenfermagem.gov.br e requerê-lo no Conselho Regional de Enfermagem do Estado onde exercem suas atividades.

Art. 3º – Este Código aplica-se aos profissionais de Enfermagem e exercentes das atividades elementares de enfermagem.

Art. 4º – Este ato resolucional entrará em vigor a partir de 12 de maio de 2007, correspondendo a 90 (noventa) dias após sua publicação, revogando a Resolução COFEN nº. 240/2000.

Rio de Janeiro, 08 de fevereiro 2007.

Dulce Dirclair Huf Bais

COREN-MS Nº. 10.244

Presidente Carmem de Almeida da Silva

COREN-SP Nº 2.254

Primeira-Secretaria

Resolução COFEN N 448/2013

Acesse: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04482013-3_23054.html

Fica suspensa pela Resolução Cofen nº 461/2014 a aplicabilidade do art. 52 do Manual de Procedimentos Administrativos para Registro e Inscrição dos Profissionais de Enfermagem.

O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, no uso das competências que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento Interno da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421/2012, e

CONSIDERANDO a necessidade de atualizar e uniformizar os procedimentos de registros e inscrição no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO tudo o que consta do PAD Cofen nº 525/2012.

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário do Cofen em sua 434ª Reunião Ordinária, de 05 de novembro de 2013.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar e adotar o Manual de Procedimentos Administrativos para Registro e Inscrição Profissional de Enfermagem, na forma do regulamento anexo, a ser utilizado pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais.

Art. 2º O inteiro teor do presente manual estará disponível ao acesso público nos portais da internet dos Conselhos Regionais de Enfermagem e do Conselho Federal de Enfermagem (www.portalcofen.gov.br).

Art. 3º O Manual de Procedimentos Administrativos para Registro e Inscrição Profissional de Enfermagem, aprovado pela presente resolução, será de aplicação subsidiária à Resolução Cofen nº 445/2013.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de 1º de janeiro de 2014, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução Cofen nº 372/2010, sem prejuízo dos procedimentos de registros já iniciados antes da vigência da presente norma.

Brasília, 5 de novembro de 2013.

OSVALDO A. SOUSA FILHO
COREN-CE Nº 56145
Presidente Interino

GELSON L. ALBUQUERQUE
COREN-SC Nº 25336
Primeiro-Secretário

Resolução COFEN N 461/2014

Acesse: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04612014_26704.html

RESOLUÇÃO COFEN Nº 0461/2014

Suspende a aplicação da Resolução Cofen nº 106, de 15 de fevereiro de 1989, que estabelece normas para a inutilização de documentos no Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem

O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento Interno da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012, e

CONSIDERANDO o artigo 8º, inciso IV, da Lei 5.905/73;

CONSIDERANDO o disposto na Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso a 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;

CONSIDERANDO o disposto na Lei n.º 8.159, de 08 de janeiro de 1991, que dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências e demais normas aplicáveis ao arquivo e descarte de documentos públicos;

CONSIDERANDO o disposto na Nota nº 45/2013/CEP/CONJURMJ/CGU/AGU, expedida pela Consultoria-Geral da União, quanto à sujeição dos Conselhos de Fiscalização de Profissões Regulamentadas às regras fixadas na Lei n.º 8.159, de 08 de janeiro de 1991;

CONSIDERANDO o teor do Ofício Circular nº 010/2014/GABIN-AN, expedido pelo Arquivo Nacional, por meio do qual, em síntese, informa que se aplicam aos Conselhos de Fiscalização de Profissões as regras fixadas na Lei n.º 8.159/1991, quanto à gestão, recolhimento e eliminação de documentos por eles produzidos e recebidos; que qualquer processo de eliminação de documentos em curso deverá ser suspenso e a Listagem de Eliminação de Documentos, elaborada conforme o disposto na Resolução nº 7 de 20 de maio de 1997, do Conselho Nacional de Arquivos CONARQ, enviada ao Arquivo Nacional, devidamente instruída; e que todas as Listagens de Eliminação de Documentos elaboradas pelo COFEN deverão ser submetidas ao exame, aprovação e autorização do Arquivo Nacional, antes da publicação do Edital de Ciência de Eliminação de Documentos no Diário Oficial da União;

CONSIDERANDO que, em atenção à legislação aplicável ao arquivo de documentos públicos, o Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, instituída pela Portaria COFEN n.º 1137, de 07 de dezembro de 2011, complementada pela Portaria COFEN n.º 261, de 27 de março de 2013, elaborou as Tabelas de Temporalidade e Destinação de Documentos das atividades meio e fim, assim como o Código de Classificação de Documentos de Arquivo, tendo sido os referidos documentos aprovados pelo Plenário do Conselho Federal de Enfermagem na 437ª Reunião Ordinária e encaminhados ao Arquivo Nacional para fins de análise e aprovação, nos termos da legislação aplicável;

CONSIDERANDO a necessidade adequação da Resolução COFEN nº 106, de 15 de fevereiro de 1989, que estabelece normas para inutilização de documentos do Sistema Cofen/Conselho Regionais, à legislação aplicável ao arquivo e descarte de documentos públicos, assim como às diretrizes estabelecidas nas Tabelas de Temporalidade e Destinação de Documentos das atividades meio e fim, assim como no Código de Classificação de Documentos de Arquivo, em fase de análise e aprovação pelo Arquivo Nacional;

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário em sua XXXª Reunião Ordinária.

RESOLVE:

Art. 1º Suspende a aplicação da Resolução Cofen nº 106, de 15 de fevereiro de 1989, que estabelece normas para a inutilização de documentos no âmbito do sistema Cofen/Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 2º Suspende a aplicação do artigo 52 do Manual de Procedimentos administrativos para Registro e Inscrição dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução Cofen nº 448/2013.

Art. 3º Suspende qualquer processo de eliminação de documentos pelo Conselho Federal de Enfermagem e pelos Conselhos Regionais de Enfermagem, até a edição de nova Resolução pelo Conselho Federal de Enfermagem, em substituição à Resolução Cofen nº 106, de 15 de fevereiro de 1989, sob pena das sanções legais aplicáveis.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 25 de setembro de 2014.

OSVALDO A. SOUSA FILHO
COREN-CE Nº 56145
Presidente

SÍLVIA MARIA NERI PIEDADE
COREN-RO Nº 92597
Primeira-Secretária Interina

Resolução COFEN N 514/2016

Acesse: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012,

CONSIDERANDO a Constituição Federal de 1988.

CONSIDERANDO o Artigo 11, inciso I, alíneas “c” “j”, “l” e “m”, da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Artigo 8º, inciso I, alíneas “e”, “f”, “g” e “h”, do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987;

CONSIDERANDO o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução nº 311, de 8 de fevereiro de 2007;

CONSIDERANDO os termos da Resolução Cofen nº 293, de 21 de setembro de 2004;

CONSIDERANDO a Resolução Cofen nº 358, de 23 de outubro de 2009;

CONSIDERANDO os termos da Resolução Cofen nº 429, de 30 de maio de 2012;

CONSIDERANDO o Código de Processo Civil;

CONSIDERANDO o Código Civil Brasileiro;

CONSIDERANDO o Código Penal;

CONSIDERANDO a Lei nº 8078/1990 – Código de Defesa do Consumidor;

CONSIDERANDO a Portaria MS 1820/2009;

CONSIDERANDO os diversos pareceres acerca da matéria exarados pelas Câmaras Técnicas e/ou grupos técnicos dos Conselhos Regionais;

RESOLUÇÃO COFEN Nº 514/2016

CONSIDERANDO a necessidade de 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 equipe de Saúde da Instituição;

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente, disponível para consulta no sítio eletrônico do Conselho Federal de Enfermagem – www.cofen.gov.br;

Art. 2º Cabe aos Conselhos Regionais de Enfermagem adotar as medidas necessárias para divulgar/acompanhar e dirimir dúvidas dos profissionais da enfermagem;

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 05 de maio de 2016.

MANOEL CARLOS N. DA SILVA
COREN-RO Nº 63592
Presidente

MARIA R. F. B. SAMPAIO
COREN-PI Nº 19084
Primeira-Secretária

Resolução COFEN N 545/2017

Acesse: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05452017_52030.html

O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento Interno da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012, e

CONSIDERANDO o art. 8º, inciso IV, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973 que dispõe sobre a competência do Cofen em baixar provimentos e expedir instruções, para uniformidade de procedimento e bom funcionamento dos Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO o disposto no art. 22, X e XI, do Regimento Interno do Cofen, aprovado pela Resolução Cofen nº 421/2012, que autoriza o Conselho Federal de Enfermagem a baixar Resoluções, Decisões e demais instrumentos legais no âmbito da Autarquia;

CONSIDERANDO o prescrito no artigo 23, inciso XIV, do Regimento Interno do Cofen, que dispõe sobre a competência do Plenário do Cofen em deliberar sobre pareceres e instruções para uniformidade de procedimentos, e regular funcionamento dos Conselhos Regionais de Enfermagem;

CONSIDERANDO a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamentam o exercício da Enfermagem;

CONSIDERANDO a Resolução Cofen n.º 311/2007, que aprovou a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução Cofen nº. 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, nas Instituições de Saúde Brasileiras;

CONSIDERANDO a Resolução Cofen nº. 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;

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário do Cofen, durante a realização de sua 486ª ROP, bem como todos os documentos acostados ao Processo Administrativo Cofen no 0348/2016;

RESOLVE:

Art. 1º Ficam adotadas as normas contidas nesta Resolução para a anotação e o uso do número de inscrição, ou autorização, nos Conselhos Regionais, pelos integrantes das várias categorias compreendidas nos serviços de Enfermagem.

Art. 2º A anotação do número de inscrição dos profissionais de Enfermagem é feita com a sigla do Coren, acompanhada da sigla da Unidade da Federação onde está sediado o Conselho Regional, seguida do número de inscrição, separados todos os elementos por hífen.

§ 1º Os dados contidos no artigo segundo deverão constar do carimbo do profissional, pessoal e intransferível;

§ 2º Em ambos os casos descritos no parágrafo anterior, o profissional deverá apor sua assinatura sobre os dados descritos ou rubrica.

Art. 3º As categorias profissionais de enfermagem deverão ser indicadas pelas seguintes siglas:

- a) ENF, para Enfermeiro;
- b) OBST, para Obstetriz.
- c) TE, para Técnico de Enfermagem;
- d) AE, para Auxiliar de Enfermagem, e
- e) PAR , para Parteira.

Art. 4º A anotação do número de autorização é feita com a sigla AUT seguida da sigla da Unidade da Federação onde está sediado o Conselho Regional e do número da autorização, separadas as siglas por barra e o número por hífen.

Parágrafo único A categoria referida neste artigo é o Atendente de Enfermagem, que é indicado pela sigla AT.

Art. 5º É obrigatório o uso do carimbo, pelo profissional de Enfermagem nos seguintes casos:

I – em recibos relativos a percepção de honorários, vencimentos e salários decorrentes do exercício profissional;

II – em requerimentos ou quaisquer petições dirigidas às autoridades da Autarquia e às autoridades em geral, em função do exercício de atividades profissionais; e,

III – em todo documento firmado, quando do exercício profissional, em cumprimento ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Art. 6º A inobservância do disposto na presente Resolução submeterá o infrator às normas contidas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Art. 7º Os Conselhos Regionais observarão a presente norma e divulgarão os termos desta Resolução, zelando por sua estrita observância bem como promovendo as medidas necessárias à punição dos infratores, nos termos da legislação em vigor.

Art. 8º A presente Resolução entra em vigor na data de sua assinatura e publicação no Diário Oficial da União, revogada a Resolução Cofen nº 191/1996 e demais disposições em contrário.

Brasília-DF, 9 de maio de 2017

MANOEL CARLOS N. DA SILVA
COREN-RO Nº 63592
Presidente

MARIA R. F. B. SAMPAIO
COREN-PI Nº 19084
Primeira Secretária

Resolução COFEN N 564/2017

Acesse: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html

O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012, e

CONSIDERANDO que nos termos do inciso III do artigo 8º da Lei 5.905, de 12 de julho de 1973, compete ao Cofen elaborar o Código de Deontologia de Enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvidos os Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO que o Código de Deontologia de Enfermagem deve submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

CONSIDERANDO a Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1948) e adotada pela Convenção de Genebra (1949), cujos postulados estão contidos no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiras (1953, revisado em 2012);

CONSIDERANDO a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005);

CONSIDERANDO o Código de Deontologia de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (1976), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993, reformulado em 2000 e 2007), as normas nacionais de pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 196/1996), revisadas pela Resolução nº 466/2012, e as normas internacionais sobre pesquisa envolvendo seres humanos;

CONSIDERANDO a proposta de Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, consolidada na 1ª Conferência Nacional de Ética na Enfermagem – 1ª CONEENF, ocorrida no período de 07 a 09 de junho de 2017, em Brasília – DF, realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem e Coordenada pela Comissão Nacional de Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, instituída pela Portaria Cofen nº 1.351/2016;

CONSIDERANDO a Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha) que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal e a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, nos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos e privados;

CONSIDERANDO a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

CONSIDERANDO a Lei nº. 10.741, de 01 de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso;

CONSIDERANDO a Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

CONSIDERANDO a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

CONSIDERANDO as sugestões apresentadas na Assembleia Extraordinária de Presidentes dos Conselhos Regionais de Enfermagem, ocorrida na sede do Cofen, em Brasília, Distrito Federal, no dia 18 de julho de 2017, e

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário do Conselho Federal de Enfermagem em sua 491ª Reunião Ordinária,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme o anexo desta Resolução, para observância e respeito dos profissionais de Enfermagem, que poderá ser consultado através do sítio de internet do Cofen (www.cofen.gov.br).

Art. 2º Este Código aplica-se aos Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Obstetrias e Parteiras, bem como aos atendentes de Enfermagem.

Art. 3º Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 4º Este Código poderá ser alterado pelo Conselho Federal de Enfermagem, por proposta de 2/3 dos Conselheiros Efetivos do Conselho Federal ou mediante proposta de 2/3 dos Conselhos Regionais.

Parágrafo Único. A alteração referida deve ser precedida de ampla discussão com a categoria, coordenada pelos Conselhos Regionais, sob a coordenação geral do Conselho Federal de Enfermagem, em formato de Conferência Nacional, precedida de Conferências Regionais.

Art. 5º A presente Resolução entrará em vigor 120 (cento e vinte) dias a partir da data de sua publicação no Diário Oficial da União, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução Cofen nº 311/2007, de 08 de fevereiro de 2007.

Brasília, 6 de novembro de 2017.

MANOEL CARLOS N. DA SILVA

COREN-RO Nº 63592

Presidente

MARIA R. F. B. SAMPAIO

COREN-PI Nº 19084

Primeira-Secretária

ANEXO DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017

PREÂMBULO

O Conselho Federal de Enfermagem, ao revisar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – CEPE, norteou-se por princípios fundamentais, que representam imperativos para a conduta profissional e consideram que a Enfermagem é uma ciência, arte e uma prática social, indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde; tem como responsabilidades a promoção e a restauração da saúde, a prevenção de agravos e doenças e o alívio do sofrimento; proporciona cuidados à pessoa, à família e à coletividade; organiza suas ações e intervenções de modo autônomo, ou em colaboração com outros profissionais da área; tem direito a remuneração justa e a condições adequadas de trabalho, que possibilitem um cuidado profissional seguro e livre de danos. Sobre tudo, esses princípios fundamentais reafirmam que o respeito aos direitos humanos é inerente ao exercício da profissão, o que inclui os direitos da pessoa à vida, à saúde, à liberdade, à igualdade, à segurança pessoal, à livre escolha, à dignidade e a ser tratada sem distinção de classe social, geração, etnia, cor, crença religiosa, cultura, incapacidade, deficiência, doença, identidade de gênero, orientação sexual, nacionalidade, convicção política, raça ou condição social.

Inspirado nesse conjunto de princípios é que o Conselho Federal de Enfermagem, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Art. 8º, inciso III, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, aprova e edita esta nova revisão do CEPE, exortando os profissionais de Enfermagem à sua fiel observância e cumprimento.

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

A Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade.

O profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética, e participa como integrante da equipe de Enfermagem e de saúde na defesa das Políticas Públicas, com ênfase nas políticas de saúde que garantam a universalidade de

acesso, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

O cuidado da Enfermagem se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas e é executado pelos profissionais na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar.

CAPÍTULO I – DOS DIREITOS

Art. 1º Exercer a Enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental, autonomia, e ser tratado sem discriminação de qualquer natureza, segundo os princípios e pressupostos legais, éticos e dos direitos humanos.

Art. 2º Exercer atividades em locais de trabalho livre de riscos e danos e violências física e psicológica à saúde do trabalhador, em respeito à dignidade humana e à proteção dos direitos dos profissionais de enfermagem.

Art. 3º Apoiar e/ou participar de movimentos de defesa da dignidade profissional, do exercício da cidadania e das reivindicações por melhores condições de assistência, trabalho e remuneração, observados os parâmetros e limites da legislação vigente.

Art. 4º Participar da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade, observando os preceitos éticos e legais da profissão.

Art. 5º Associar-se, exercer cargos e participar de Organizações da Categoria e Órgãos de Fiscalização do Exercício Profissional, atendidos os requisitos legais.

Art. 6º Aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos, históricos e culturais que dão sustentação à prática profissional.

Art. 7º Ter acesso às informações relacionadas à pessoa, família e coletividade, necessárias ao exercício profissional.

Art. 8º Requerer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, medidas cabíveis para obtenção de desagravo público em decorrência de ofensa sofrida no exercício profissional ou que atinja a profissão.

Art. 9º Recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, quando impedido de cumprir o presente Código, a Legislação do Exercício Profissional e as Resoluções, Decisões e Pareceres Normativos emanados pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 10 Ter acesso, pelos meios de informação disponíveis, às diretrizes políticas, normativas e protocolos institucionais, bem como participar de sua elaboração.

Art. 11 Formar e participar da Comissão de Ética de Enfermagem, bem como de comissões interdisciplinares da instituição em que trabalha.

Art. 12 Abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional.

Art. 13 Suspender as atividades, individuais ou coletivas, quando o local de trabalho não oferecer condições seguras para o exercício profissional e/ou desrespeitar a legislação vigente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo formalizar imediatamente sua decisão por escrito e/ou por meio de correio eletrônico à instituição e ao Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 14 Aplicar o processo de Enfermagem como instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade.

Art. 15 Exercer cargos de direção, gestão e coordenação, no âmbito da saúde ou de qualquer área direta ou indiretamente relacionada ao exercício profissional da Enfermagem.

Art. 16 Conhecer as atividades de ensino, pesquisa e extensão que envolvam pessoas e/ou local de trabalho sob sua responsabilidade profissional.

Art. 17 Realizar e participar de atividades de ensino,

pesquisa e extensão, respeitando a legislação vigente.

Art. 18 Ter reconhecida sua autoria ou participação em pesquisa, extensão e produção técnico-científica.

Art. 19 Utilizar-se de veículos de comunicação, mídias sociais e meios eletrônicos para conceder entrevistas, ministrar cursos, palestras, conferências, sobre assuntos de sua competência e/ou divulgar eventos com finalidade educativa e de interesse social.

Art. 20 Anunciar a prestação de serviços para os quais detenha habilidades e competências técnico-científicas e legais.

Art. 21 Negar-se a ser filmado, fotografado e exposto em mídias sociais durante o desempenho de suas atividades profissionais.

Art. 22 Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

Art. 23 Requerer junto ao gestor a quebra de vínculo da relação profissional/usuários quando houver risco à sua integridade física e moral, comunicando ao Coren e assegurando a continuidade da assistência de Enfermagem.

CAPÍTULO II – DOS DEVERES

Art. 24 Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

Art. 25 Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica.

Art. 26 Conhecer, cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normativos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 27 Incentivar e apoiar a participação dos profissionais de Enfermagem no desempenho de atividades em organizações da categoria.

Art. 28 Comunicar formalmente ao Conselho Regional de Enfermagem e aos órgãos competentes fatos que infrinjam dispositivos éticos-legais e que possam prejudicar o exercício profissional e a segurança à saúde da pessoa, família e coletividade.

Art. 29 Comunicar formalmente, ao Conselho Regional de Enfermagem, fatos que envolvam recusa e/ou demissão de cargo, função ou emprego, motivado pela necessidade do profissional em cumprir o presente Código e a legislação do exercício profissional.

Art. 30 Cumprir, no prazo estabelecido, determinações, notificações, citações, convocações e intimações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 31 Colaborar com o processo de fiscalização do exercício profissional e prestar informações fidedignas, permitindo o acesso a documentos e a área física institucional.

Art. 32 Manter inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, com jurisdição na área onde ocorrer o exercício profissional.

Art. 33 Manter os dados cadastrais atualizados junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

Art. 34 Manter regularizadas as obrigações financeiras junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

Art. 35 Apor nome completo e/ou nome social, ambos legíveis, número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, assinatura ou rubrica nos documentos, quando no exercício profissional.

§ 1º É facultado o uso do carimbo, com nome completo, número e categoria de inscrição no Coren, devendo constar a assinatura ou rubrica do profissional.

§ 2º Quando se tratar de prontuário eletrônico, a assinatura deverá ser certificada, conforme legislação vigente.

Art. 36 Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras.

Art. 37 Documentar formalmente as etapas do processo de Enfermagem, em consonância com sua competência legal.

Art. 38 Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.

Art. 39 Esclarecer à pessoa, família e coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de Enfermagem.

Art. 40 Orientar à pessoa e família sobre preparo, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito de recusa da pessoa ou de seu representante legal.

Art. 41 Prestar assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 42 Respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais.

Parágrafo único. Respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades.

Art. 43 Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade da pessoa, em todo seu ciclo vital e nas situações de morte e pós-morte.

Art. 44 Prestar assistência de Enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de

suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

Parágrafo único. Será respeitado o direito de greve e, nos casos de movimentos reivindicatórios da categoria, deverão ser prestados os cuidados mínimos que garantam uma assistência segura, conforme a complexidade do paciente.

Art. 45 Prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 46 Recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica na qual não constem assinatura e número de registro do profissional prescritor, exceto em situação de urgência e emergência.

§ 1º O profissional de Enfermagem deverá recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica em caso de identificação de erro e/ou ilegibilidade da mesma, devendo esclarecer com o prescritor ou outro profissional, registrando no prontuário.

§ 2º É vedado ao profissional de Enfermagem o cumprimento de prescrição à distância, exceto em casos de urgência e emergência e regulação, conforme Resolução vigente.

Art. 47 Posicionar-se contra, e denunciar aos órgãos competentes, ações e procedimentos de membros da equipe de saúde, quando houver risco de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência ao paciente, visando a proteção da pessoa, família e coletividade.

Art. 48 Prestar assistência de Enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto.

Parágrafo único. Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

Art. 49 Disponibilizar assistência de Enfermagem à coletividade em casos de emergência, epidemia,

catástrofe e desastre, sem pleitear vantagens pessoais, quando convocado.

Art. 50 Assegurar a prática profissional mediante consentimento prévio do paciente, representante ou responsável legal, ou decisão judicial.

Parágrafo único. Ficam resguardados os casos em que não haja capacidade de decisão por parte da pessoa, ou na ausência do representante ou responsável legal.

Art. 51 Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individual ou em equipe, por imperícia, imprudência ou negligência, desde que tenha participação e/ou conhecimento prévio do fato.

Parágrafo único. Quando a falta for praticada em equipe, a responsabilidade será atribuída na medida do(s) ato(s) praticado(s) individualmente.

Art. 52 Manter sigilo sobre fato de que tenha conhecimento em razão da atividade profissional, exceto nos casos previstos na legislação ou por determinação judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante ou responsável legal.

§ 1º Permanece o dever mesmo quando o fato seja de conhecimento público e em caso de falecimento da pessoa envolvida.

§ 2º O fato sigiloso deverá ser revelado em situações de ameaça à vida e à dignidade, na defesa própria ou em atividade multiprofissional, quando necessário à prestação da assistência.

§ 3º O profissional de Enfermagem intimado como testemunha deverá comparecer perante a autoridade e, se for o caso, declarar suas razões éticas para manutenção do sigilo profissional.

§ 4º É obrigatória a comunicação externa, para os órgãos de responsabilização criminal, independentemente de autorização, de casos de violência contra: crianças e adolescentes; idosos; e pessoas incapacitadas ou sem condições de firmar consentimento.

§ 5º A comunicação externa para os órgãos de responsabilização criminal em casos de violência doméstica e familiar contra mulher adulta e capaz será devida, independentemente de autorização, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo do profissional e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Art. 53 Resguardar os preceitos éticos e legais da profissão quanto ao conteúdo e imagem veiculados nos diferentes meios de comunicação e publicidade.

Art. 54 Estimular e apoiar a qualificação e o aperfeiçoamento técnico-científico, ético-político, socioeducativo e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua supervisão e coordenação.

Art. 55 Aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Art. 56 Estimular, apoiar, colaborar e promover o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão, devidamente aprovados nas instâncias deliberativas.

Art. 57 Cumprir a legislação vigente para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Art. 58 Respeitar os princípios éticos e os direitos autorais no processo de pesquisa, em todas as etapas.

Art. 59 Somente aceitar encargos ou atribuições quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem.

Art. 60 Respeitar, no exercício da profissão, a legislação vigente relativa à preservação do meio ambiente no gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

CAPÍTULO III – DAS PROIBIÇÕES

Art. 61 Executar e/ou determinar atos contrários ao Código de Ética e à legislação que disciplina o exercício da Enfermagem.

Art. 62 Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

Art. 63 Colaborar ou acumpliciar-se com pessoas físicas ou jurídicas que desrespeitem a legislação e princípios que disciplinam o exercício profissional de Enfermagem.

Art. 64 Provocar, cooperar, ser conivente ou omissor diante de qualquer forma ou tipo de violência contra a pessoa, família e coletividade, quando no exercício da profissão.

Art. 65 Aceitar cargo, função ou emprego vago em decorrência de fatos que envolvam recusa ou demissão motivada pela necessidade do profissional em cumprir o presente código e a legislação do exercício profissional; bem como pleitear cargo, função ou emprego ocupado por colega, utilizando-se de concorrência desleal.

Art. 66 Permitir que seu nome conste no quadro de pessoal de qualquer instituição ou estabelecimento congênere, quando, nestas, não exercer funções de enfermagem estabelecidas na legislação.

Art. 67 Receber vantagens de instituição, empresa, pessoa, família e coletividade, além do que lhe é devido, como forma de garantir assistência de Enfermagem diferenciada ou benefícios de qualquer natureza para si ou para outrem.

Art. 68 Valer-se, quando no exercício da profissão, de mecanismos de coação, omissão ou suborno, com pessoas físicas ou jurídicas, para conseguir qualquer tipo de vantagem.

Art. 69 Utilizar o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ou induzir ordens, opiniões, ideologias políticas ou qualquer tipo de conceito ou preconceito que atentem contra a dignidade da pessoa humana, bem como dificultar o exercício profissional.

Art. 70 Utilizar dos conhecimentos de enfermagem para praticar atos tipificados como crime ou contravenção penal, tanto em ambientes onde exerça a profissão, quanto naqueles em que não a exerça, ou qualquer ato que infrinja os postulados éticos e legais.

Art. 71 Promover ou ser conivente com injúria, calúnia e difamação de pessoa e família, membros das equipes de Enfermagem e de saúde, organizações da Enfermagem, trabalhadores de outras áreas e instituições em que exerce sua atividade profissional.

Art. 72 Praticar ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato que infrinja postulados éticos e legais, no exercício profissional.

Art. 73 Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação, exceto nos casos permitidos pela legislação vigente.

Parágrafo único. Nos casos permitidos pela legislação, o profissional deverá decidir de acordo com a sua consciência sobre sua participação, desde que seja garantida a continuidade da assistência.

Art. 74 Promover ou participar de prática destinada a antecipar a morte da pessoa.

Art. 75 Praticar ato cirúrgico, exceto nas situações de emergência ou naquelas expressamente autorizadas na legislação, desde que possua competência técnica-científica necessária.

Art. 76 Negar assistência de enfermagem em situações de urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe, desde que não ofereça risco a integridade física do profissional.

Art. 77 Executar procedimentos ou participar da assistência à saúde sem o consentimento formal da pessoa ou de seu representante ou responsável legal, exceto em iminente risco de morte.

Art. 78 Administrar medicamentos sem conhecer indicação, ação da droga, via de administração e potenciais riscos, respeitados os graus de formação do profissional.

Art. 79 Prescrever medicamentos que não estejam estabelecidos em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada em instituição de saúde, exceto em situações de emergência.

Art. 80 Executar prescrições e procedimentos de

qualquer natureza que comprometam a segurança da pessoa.

Art. 81 Prestar serviços que, por sua natureza, competem a outro profissional, exceto em caso de emergência, ou que estiverem expressamente autorizados na legislação vigente.

Art. 82 Colaborar, direta ou indiretamente, com outros profissionais de saúde ou áreas vinculadas, no descumprimento da legislação referente aos transplantes de órgãos, tecidos, esterilização humana, reprodução assistida ou manipulação genética.

Art. 83 Praticar, individual ou coletivamente, quando no exercício profissional, assédio moral, sexual ou de qualquer natureza, contra pessoa, família, coletividade ou qualquer membro da equipe de saúde, seja por meio de atos ou expressões que tenham por consequência atingir a dignidade ou criar condições humilhantes e constrangedoras.

Art. 84 Anunciar formação profissional, qualificação e título que não possa comprovar.

Art. 85 Realizar ou facilitar ações que causem prejuízo ao patrimônio das organizações da categoria.

Art. 86 Produzir, inserir ou divulgar informação inverídica ou de conteúdo duvidoso sobre assunto de sua área profissional.

Parágrafo único. Fazer referência a casos, situações ou fatos, e inserir imagens que possam identificar pessoas ou instituições sem prévia autorização, em qualquer meio de comunicação.

Art. 87 Registrar informações incompletas, imprecisas ou inverídicas sobre a assistência de Enfermagem prestada à pessoa, família ou coletividade.

Art. 88 Registrar e assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro profissional.

Art. 89 Disponibilizar o acesso a informações e documentos a terceiros que não estão diretamente envolvidos na prestação da assistência de saúde ao paciente, exceto quando autorizado pelo paciente,

representante legal ou responsável legal, por determinação judicial.

Art. 90 Negar, omitir informações ou emitir falsas declarações sobre o exercício profissional quando solicitado pelo Conselho Regional de Enfermagem e/ou Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 91 Delegar atividades privativas do(a) Enfermeiro(a) a outro membro da equipe de Enfermagem, exceto nos casos de emergência.

Parágrafo único. Fica proibido delegar atividades privativas a outros membros da equipe de saúde.

Art. 92 Delegar atribuições dos(as) profissionais de enfermagem, previstas na legislação, para acompanhantes e/ou responsáveis pelo paciente.

Parágrafo único. O dispositivo no caput não se aplica nos casos da atenção domiciliar para o autocuidado apoiado.

Art. 93 Eximir-se da responsabilidade legal da assistência prestada aos pacientes sob seus cuidados realizados por alunos e/ou estagiários sob sua supervisão e/ou orientação.

Art. 94 Apropriar-se de dinheiro, valor, bem móvel ou imóvel, público ou particular, que esteja sob sua responsabilidade em razão do cargo ou do exercício profissional, bem como desviá-lo em proveito próprio ou de outrem.

Art. 95 Realizar ou participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, em que os direitos inalienáveis da pessoa, família e coletividade sejam desrespeitados ou ofereçam quaisquer tipos de riscos ou danos previsíveis aos envolvidos.

Art. 96 Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família e coletividade.

Art. 97 Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como usá-los para fins diferentes dos objetivos previamente estabelecidos.

Art. 98 Publicar resultados de pesquisas que iden-

tifiquem o participante do estudo e/ou instituição envolvida, sem a autorização prévia.

Art. 99 Divulgar ou publicar, em seu nome, produção técnico-científica ou instrumento de organização formal do qual não tenha participado ou omitir nomes de coautores e colaboradores.

Art. 100 Utilizar dados, informações, ou opiniões ainda não publicadas, sem referência do autor ou sem a sua autorização.

Art. 101 Apropriar-se ou utilizar produções técnico-científicas, das quais tenha ou não participado como autor, sem concordância ou concessão dos demais partícipes.

Art. 102 Aproveitar-se de posição hierárquica para fazer constar seu nome como autor ou coautor em obra técnico-científica.

CAPÍTULO IV – DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 103 A caracterização das infrações éticas e disciplinares, bem como a aplicação das respectivas penalidades regem-se por este Código, sem prejuízo das sanções previstas em outros dispositivos legais.

Art. 104 Considera-se infração ética e disciplinar a ação, omissão ou conivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, bem como a inobservância das normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 105 O(a) Profissional de Enfermagem responde pela infração ética e/ou disciplinar, que cometer ou contribuir para sua prática, e, quando cometida(s) por outrem, dela(s) obtiver benefício.

Art. 106 A gravidade da infração é caracterizada por meio da análise do(s) fato(s), do(s) ato(s) praticado(s) ou ato(s) omissivo(s), e do(s) resultado(s).

Art. 107 A infração é apurada em processo instaurado e conduzido nos termos do Código de Processo Ético-Disciplinar vigente, aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 108 As penalidades a serem impostas pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, conforme o que determina o art. 18, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, são as seguintes:

I – Advertência verbal;

II – Multa;

III – Censura;

IV – Suspensão do Exercício Profissional;

V – Cassação do direito ao Exercício Profissional.

§ 1º A advertência verbal consiste na admoestação ao infrator, de forma reservada, que será registrada no prontuário do mesmo, na presença de duas testemunhas.

§ 2º A multa consiste na obrigatoriedade de pagamento de 01 (um) a 10 (dez) vezes o valor da anuidade da categoria profissional à qual pertence o infrator, em vigor no ato do pagamento.

§ 3º A censura consiste em repreensão que será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

§ 4º A suspensão consiste na proibição do exercício profissional da Enfermagem por um período de até 90 (noventa) dias e será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores.

§ 5º A cassação consiste na perda do direito ao exercício da Enfermagem por um período de até 30 anos e será divulgada nas publicações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

§ 6º As penalidades aplicadas deverão ser registradas no prontuário do infrator.

§ 7º Nas penalidades de suspensão e cassação, o profissional terá sua carteira retida no ato da notificação, em todas as categorias em que for inscrito, sendo devolvida após o cumprimento da pena e, no caso da cassação, após o processo de reabilitação.

Art. 109 As penalidades, referentes à advertência

verbal, multa, censura e suspensão do exercício profissional, são da responsabilidade do Conselho Regional de Enfermagem, serão registradas no prontuário do profissional de Enfermagem; a pena de cassação do direito ao exercício profissional é de competência do Conselho Federal de Enfermagem, conforme o disposto no art. 18, parágrafo primeiro, da Lei nº 5.905/73.

Parágrafo único. Na situação em que o processo tiver origem no Conselho Federal de Enfermagem e nos casos de cassação do exercício profissional, terá como instância superior a Assembleia de Presidentes dos Conselhos de Enfermagem.

Art. 110 Para a graduação da penalidade e respectiva imposição consideram-se:

I – A gravidade da infração;

II – As circunstâncias agravantes e atenuantes da infração;

III – O dano causado e o resultado;

IV – Os antecedentes do infrator.

Art. 111 As infrações serão consideradas leves, moderadas, graves ou gravíssimas, segundo a natureza do ato e a circunstância de cada caso.

§ 1º São consideradas infrações leves as que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições ou ainda que causem danos patrimoniais ou financeiros.

§ 2º São consideradas infrações moderadas as que provoquem debilidade temporária de membro, sentido ou função na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

§ 3º São consideradas infrações graves as que provoquem perigo de morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

§ 4º São consideradas infrações gravíssimas as que provoquem a morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa.

Art. 112 São consideradas circunstâncias atenuantes:

I – Ter o infrator procurado, logo após a infração, por sua espontânea vontade e com eficiência, evitar ou minorar as consequências do seu ato;

II – Ter bons antecedentes profissionais;

III – Realizar atos sob coação e/ou intimidação ou grave ameaça;

IV – Realizar atos sob emprego real de força física;

V – Ter confessado espontaneamente a autoria da infração;

VI – Ter colaborado espontaneamente com a elucidação dos fatos.

Art. 113 São consideradas circunstâncias agravantes:

I – Ser reincidente;

II – Causar danos irreparáveis;

III – Cometer infração dolosamente;

IV – Cometer a infração por motivo fútil ou torpe;

V – Facilitar ou assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou a vantagem de outra infração;

VI – Aproveitar-se da fragilidade da vítima;

VII – Cometer a infração com abuso de autoridade ou violação do dever inerente ao cargo ou função ou exercício profissional;

VIII – Ter maus antecedentes profissionais;

IX – Alterar ou falsificar prova, ou concorrer para a desconstrução de fato que se relacione com o apurado na denúncia durante a condução do processo ético.

CAPÍTULO V – DA APLICAÇÃO DAS PENALIDADES

Art. 114 As penalidades previstas neste Código somente poderão ser aplicadas, cumulativamente, quando houver infração a mais de um artigo.

Art. 115 A pena de Advertência verbal é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 48, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 66, 67, 69, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 101 e 102.

Art. 116 A pena de Multa é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101 e 102.

Art. 117 A pena de Censura é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 31, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 101 e 102.

Art. 118 A pena de Suspensão do Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 32, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 59, 61, 62, 63, 64, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94 e 95.

Art. 119 A pena de Cassação do Direito ao Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 45, 64, 70, 72, 73, 74, 80, 82, 83, 94, 96 e 97.

Portaria MS/SAS/92

Acesse: <http://www.saude.mppr.mp.br/pagina-279.html>

Portaria SAS/MS nº 92/95 - torna obrigatória
a inserção dos dados constantes da AIH no
prontuário do paciente

Portaria nº 092 / SAS de 22 de agosto de 1995

PUBLICADO NO DOU Nº 163 DE 24.08.95

O SECRETÁRIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, no uso de suas atribuições legais e,

Considerando a necessidade de facilitar o trabalho de Assistência de Controle e Avaliação entre os dados constantes do prontuário médico dos pacientes do SUS e os efetivamente cobrados, resolve:

- 1-) Tornar obrigatória a emissão do relatório "Autorização de Internação Hospitalar (Dados do Prontuário para Cobrança)" emitido pelo SISAIH01, versão 8.2 ou posteriores.
- 2) Determinar que tal relatório, devidamente assinado pelo Diretor Clínico do Hospital, faça parte do prontuário médico dos pacientes atendidos pelo SUS
- 3-) Esta portaria entrará em vigor na data da sua publicação.

EDUARDO LEVCOVITZ

Portaria Ministerial 529/2013

Acesse: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013

Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o art. 15, inciso XI, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre a atribuição da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de exercer, em seu âmbito administrativo, a elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

Considerando o art. 16, inciso III, alínea "d", da Lei Orgânica da Saúde, que confere à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) a competência para definir e coordenar o sistema de vigilância sanitária;

Considerando o art. 16, inciso XII, da Lei Orgânica da Saúde, que confere à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) a competência para controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

Considerando o art. 16, inciso XVII, da Lei Orgânica da Saúde, que confere à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) a competência para acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

Considerando o art. 2º, § 1º, inciso I, da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que confere ao Ministério da Saúde a competência para formular, acompanhar e avaliar a política nacional de vigilância sanitária e as diretrizes gerais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

Considerando o art. 8º, § 6º, da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que confere ao Ministério da Saúde a competência para determinar a realização de ações previstas nas competências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em casos específicos e que impliquem risco à saúde da população;

Considerando a relevância e magnitude que os Eventos Adversos (EA) têm em nosso país;

Considerando a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou aos países atenção ao tema "Segurança do Paciente";

Considerando a importância do trabalho integrado entre os gestores do SUS, os Conselhos Profissionais na área da Saúde e as Instituições de Ensino e Pesquisa sobre a Segurança do Paciente com enfoque multidisciplinar;

Considerando que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente englobam princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças; e

Considerando a necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde, resolve:

Art. 1º Fica instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Art. 2º O PNSP tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Art. 3º Constituem-se objetivos específicos do PNSP:

I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;

II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;

III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;

IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e

V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Art. 4º Para fins desta Portaria, são adotadas as seguintes definições:

I - Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;

II - dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

III - incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;

IV - Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente;

V - Cultura de Segurança: configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

- a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança;

VI - gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Art. 5º Constituem-se estratégias de implementação do PNSP:

I - elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente;

II - promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente;

III - inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente;

IV - implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade;

V - implementação de sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes;

VI - promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual; e

VII - articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação.

Art. 6º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), instância colegiada, de caráter consultivo, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam.

Art. 7º Compete ao CIPNSP:

I - propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas, tais como:

- a) infecções relacionadas à assistência à saúde;
- b) procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia;
- c) prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados;
- d) processos de identificação de pacientes;
- e) comunicação no ambiente dos serviços de saúde;
- f) prevenção de quedas;
- g) úlceras por pressão;
- h) transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e
- i) uso seguro de equipamentos e materiais;

II - aprovar o Documento de Referência do PNSP;

III - incentivar e difundir inovações técnicas e operacionais que visem à segurança do paciente;

IV - propor e validar projetos de capacitação em Segurança do Paciente;

V - analisar quadrimestralmente os dados do Sistema de Monitoramento incidentes no cuidado de saúde e propor ações de melhoria;

VI - recomendar estudos e pesquisas relacionados à segurança do paciente;

VII - avaliar periodicamente o desempenho do PNSP; e

VIII elaborar seu regimento interno e submetê-lo à aprovação do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 8º O CIPNSP instituições é composto por representantes, titular e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades:

I - do Ministério da Saúde:

- a) um da Secretaria-Executiva (SE/MS);
- b) um da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS);
- c) um da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS);
- d) um da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); e
- e) um da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS);

II - um da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ);

III - um da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

IV - um da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

V - um do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);

VI - um do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);

VII - um do Conselho Federal de Medicina (CFM);

VIII - um do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN);

IX - um do Conselho Federal de Odontologia (CFO);

X - um do Conselho Federal de Farmácia (CFF);

XI - um da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS); e

XII - três de Instituições Superiores de Ensino e Pesquisa com notório saber no tema Segurança do Paciente.

§ 1º A coordenação do CIPNSP será realizada pela ANVISA, que fornecerá em conjunto com a SAS/MS e a FIOCRUZ os apoios técnico e administrativo necessários para o seu funcionamento.

§ 2º A participação das entidades de que tratam os incisos V a XII do "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pela Coordenação do CIPNSP, com indicação dos seus respectivos representantes.

§ 3º Os representantes titulares e os respectivos suplentes serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos e entidades à Coordenação do CIPNSP no prazo de 10 (dez) dias a contar da data da publicação desta Portaria.

§ 4º O CIPNSP poderá convocar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, além de especialistas nos assuntos relacionados às suas atividades, quando entender necessário para o cumprimento dos objetivos previstos nesta Portaria.

§ 5º O CIPNSP poderá instituir grupos de trabalho para a execução de atividades específicas que entender necessárias para o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 9º As funções dos membros do CIPNSP não serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevante interesse público.

Art. 10. O Ministério da Saúde instituirá incentivos financeiros para a execução de ações e atividades no âmbito do PNSP, conforme normatização específica, mediante prévia pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Resolução CFM N 1.638/2002

Acesse: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm

(Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5)

Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;

CONSIDERANDO que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;

CONSIDERANDO que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

I. Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

II. À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;

III. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º - A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

II. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º - A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 7º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de julho de 2002

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA
Secretário-Geral

GABARITO

Gabarito

GABARITO

1 – Perfil do profissional de enfermagem



VAMOS PRATICAR

PERFIL PROFISSIONAL

QUESTÃO 1

O Enfermeiro é o profissional responsável pela _____ e _____ de todas as atividades de enfermagem, realizadas por Técnicos e Auxiliares da área.

- ☐ A comunicação e condução
- ☐ B ampliação e redação
- ☒ C **supervisão e execução**
- ☐ D nenhuma das anteriores

QUESTÃO 2

As ações do Técnico de Enfermagem estão na execução de atividades ao paciente com agravos de _____ e _____ complexidades

- ☐ A Alta e Média
- ☒ B **Baixa e Alta**
- ☐ C Média e Alta
- ☐ D Nenhuma das anteriores

QUESTÃO 3

O Auxiliar de Enfermagem exerce seu trabalho em algumas ações coletivas e hospitalares

- ☐ Verdadeiro
- ☒ **Falso**

QUESTÃO 4

Enumere a segunda coluna de acordo com a primeira.

- | | |
|----------------------------|--|
| 1 - Enfermeiro | ☐ Suas ações estão na execução de atividades ao paciente com agravos de média e baixa complexidades. |
| 2- Técnico de enfermagem | ☐ Tem a responsabilidade de realizar a assistência de enfermagem aos pacientes com agravos de saúde em alto grau de complexidade de cuidado. |
| 3 - Auxiliar de enfermagem | ☐ Realiza funções de cuidados e de orientações com baixa complexidade. |

- ☐ A 2, 3, 1.
- ☒ B **2, 1, 3.**
- ☐ C 3, 1, 2.
- ☐ D 3, 2, 1.
- ☐ E 1, 2, 3.

QUESTÃO 5

Assinale a única alternativa correta.

- ☐ A O Técnico de enfermagem é o profissional de nível médio que detém o título de Enfermeiro.
- ☐ B O Auxiliar de Enfermagem realiza funções de cuidados e de orientações com baixa complexidade, supervisionado pelo técnico em enfermagem.
- ☐ C O técnico em Enfermagem é o profissional que tem a responsabilidade de realizar a assistência de enfermagem aos pacientes com agravos de saúde em alto grau de complexidade de cuidado.
- ☒ D **O Enfermeiro é o profissional responsável pela supervisão de todas as atividades de enfermagem, realizadas por Técnicos e Auxiliares da área .**
- ☐ E Os profissionais de enfermagem devem ter uma visão superficial de todo o atendimento para poder prestar um serviço com qualidade.

QUESTÃO 6

Identifique a frase abaixo como verdadeira ou falsa e justifique sua resposta.

“O técnico em enfermagem tem como características o perfil de liderança e chefia de uma equipe, executando ações com boa comunicação e tendo uma visão global de todo o atendimento em saúde.”

☐ Verdadeiro

☒ Falso

2 – Aspectos legais da anotação de enfermagem



VAMOS PRATICAR

ASPECTOS LEGAIS

QUESTÃO 1

Identifique a única frase correta.

- ☒ A Anotação de enfermagem, são registros elaborados com padrões éticos, em acervo documental padronizado pelas instituições.
- ☐ B Os registros de enfermagem são realizados por toda equipe de saúde, em qualquer ambiente de trabalho, preservam a integridade do profissional e do paciente.
- ☐ C Anotação de enfermagem, são registros elaborados com padrões éticos, em acervo documental aleatório, e utilizados pelas instituições.
- ☐ D Anotação de enfermagem é o registro da assistência prestada durante as 24 horas ininterruptas, que precede a alta do paciente, somente.

QUESTÃO 2

Identifique a alternativa correta.

I - Anotação de enfermagem, são registros elaborados com padrões éticos, em acervo documental aleatório, e utilizados pelas instituições.

II - Resolução COFEN nº 514/2016, caracteriza a valorização e melhoria da qualidade da categoria de profissional em enfermagem.

III - Resolução Cofen 311/2007, é de responsabilidade de todos os profissionais de enfermagem registrar as atividades executadas ao paciente durante o tratamento de saúde.

- ☐ A I e III estão corretas.
- ☐ B I e II estão corretas.
- ☐ C somente a II está correta.
- ☒ D somente a I está incorreta.
- ☐ E Todas as alternativas estão corretas.

QUESTÃO 3

Assinale a única frase correta.

- ☐ A As anotações de enfermagem são registradas somente nos prontuários dos pacientes internados em hospitais gerais.
- ☒ B Resolução COFEN N 370/2010 dispõe sobre o “Processo Ético dos Conselhos de Enfermagem”
- ☐ C O prontuário do paciente, deve ser único, individual, organizado, redigido com clareza e de forma indireta.
- ☐ D As anotações de enfermagem devem ser realizadas no final do plantão de cada profissional.
- ☐ E Segundo M.S, Portaria MS/SAS/92, o prontuário é um conjunto de documentos padronizados, não ordenados e concisos, destinado ao registro dos cuidados médicos e dos demais profissionais, prestados ao paciente em um estabelecimento de saúde.

QUESTÃO 4

Preencha as lacunas da frase, de acordo com o texto estudado.

“ Os _____ realizados pela equipe de enfermagem, em qualquer ambiente de trabalho, preservam a _____ do profissional e do _____. Garante, dentro do seu processo de cuidar, o registro da _____ prestada durante as 24 horas ininterruptas a informação para compreensão do estado de _____ do paciente.”

- ☐ A registros , integridade ,assistência , paciente , saúde.
- ☐ B saúde, paciente, registros , integridade , assistência.
- ☐ C integridade , paciente , assistência , saúde, registros.
- ☒ D **registros, integridade, paciente, assistência, saúde.**
- ☐ E registros , integridade, assistência , paciente ,saúde.

QUESTÃO 5

Assinale a alternativa correta.

I - As anotações de enfermagem devem ser concisas e organizadas, relatando todos os procedimentos e cuidados prestados ao paciente.

II - As anotações de enfermagem, dentro do seu processo de cuidar, garantem o registro da assistência prestada, durante as 12 horas ininterruptas ,a informação para compreensão do estado de saúde do paciente internado.

III - dentro do seu processo de cuidar, no registro da assistência prestada durante as 24 horas ininterruptas, a informação para compreensão do estado de saúde do paciente.

- ☐ A somente I e II estão corretas.
- ☐ B somente a II está correta.
- ☐ C somente II e III estão corretas.
- ☐ D I, II e III estão corretas.
- ☒ E **somente a II está incorreta.**

QUESTÃO 6

O novo código de ética (COFEN nº 564/2017, considera a enfermagem:

- ☒ A **Ciência, arte e prática social.**
- ☐ B Conjunto de práticas sociais.
- ☐ C Práticas sociais e arte.
- ☐ D Ciência, arte e cultura.
- ☐ E Ciência, cultura e prática social.

QUESTÃO 7

Identifique a alternativa correta.

I - Quando se tratar de prontuário eletrônico, a assinatura deverá ser certificada, conforme legislação vigente.

II - É facultado o uso do carimbo, com nome, número e categoria de inscrição no Coren, devendo constar a assinatura ou rubrica do profissional.

III - É obrigatório o uso do carimbo, com nome, número e categoria de inscrição no Coren, devendo constar a assinatura ou rubrica do profissional.

- ☐ A Somente I e III estão corretas
- ☐ B Somente II e III estão corretas.
- ☒ C **Somente I e II estão corretas.**
- ☐ D Todas estão corretas.
- ☐ E Todas estão erradas.

3 – A importância da comunicação no ato de cuidar



VAMOS PRATICAR

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

QUESTÃO 1

Assinale a resposta incorreta.

- ☐ A A comunicação é considerada uma meta de segurança do paciente.
- ☐ B Para que haja uma boa comunicação, é necessário desenvolver o conhecimento sobre as formas de comunicação em enfermagem para efetuar um registro com qualidade, eficiência e eficácia.
- ☐ C A anotação de enfermagem representa uma forma de estabelecer a comunicação escrita com o paciente e equipe de saúde.
- ☐ D Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um em cada dez pacientes no mundo é vítima de erros e eventos adversos relacionados à assistência aos pacientes que a levaram a investigar e propor soluções para prevenção dos danos.
- ☒ E A anotação de enfermagem faz parte da comunicação entre a equipe de enfermagem e a equipe de saúde, é arquivada separadamente por ser o documento mais importante para o paciente.

QUESTÃO 2

Identifique a frase como verdadeiro ou falso.

“a Anotação de Enfermagem representa uma forma de estabelecer a comunicação escrita com o paciente e equipe de saúde. É um instrumento, que confere a qualidade da atuação do profissional de enfermagem e produz informações inerentes ao processo de cuidar.”

☒ Verdadeiro

☐ Falso

QUESTÃO 3

Identifique as frases com (V) verdadeiro ou (F) falso e assinale a alternativa correta.

- ☐ 1 A comunicação efetiva do trabalho da enfermagem com a equipe de saúde é determinante para investigar os problemas patológicos do paciente e propor soluções de cuidado e prevenção de danos.
- ☐ 2 Estudos mostram que a comunicação e o trabalho em equipe na saúde são determinantes na qualidade da assistência ao paciente
- ☐ 3 A comunicação é considerada uma meta a ser alcançada para a segurança do paciente.
- ☐ 4 A comunicação está no dia a dia profissional de enfermagem e, por isso, é importante desenvolver a capacidade de partilhar, participar, tornar comum.
- ☐ 5 Desenvolver o conhecimento sobre as formas de comunicação em enfermagem não é necessário para efetuar um registro com qualidade, eficiência e eficácia.

Assinale a alternativa correta referente às frases acima.

☐ A V. V. F. V. V.

☐ B V. V. V. V. V.

☐ C F. F. V. V. F.

☒ D V. V. V. V. F.

☐ E V. F. V. F. V.

QUESTÃO 4

Em relação ao tipo de comunicação identifique:

(1) como comunicação verbal e (2) como comunicação não verbal.

- ☐ Identificada pelos códigos e sinais.
- ☐ É fundamental desenvolver a habilidade de comunicação oral para organizar e registrar o trabalho de maneira crítica.
- ☐ As informações compartilhadas na comunicação ficam registradas de forma organizada e legítima se forem considerados procedimentos, normas e regras adequadas, a tal ponto de transmitir a mesma mensagem para diversas pessoas
- ☐ É importante desenvolver comportamentos adequados e coerentes para a atuação em enfermagem que garanta a segurança do paciente.
- ☐ Forma de olhar, gestos, mímicas, expressões faciais e corporais.

Identifique a sequência correta em relação a formação.

(X) A 2. 1. 1. 1. 2.

☐ B 2. 1. 1. 2. 2.

☐ C 1. 1. 1. 2. 2.

☐ D 2. 2. 1. 1. 2.

☐ E 1. 1. 1. 1. 2.

QUESTÃO 5

É possível realizar nossas atividades sem valorizar a comunicação?

☐ Sim

(X) Não

4 – Regras para Anotações de Enfermagem



VAMOS PRATICAR

ANOTAÇÃO E EVOLUÇÃO

QUESTÃO 1

Preencha as lacunas das diferenças entre anotação e evolução de enfermagem.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
	Gabarito A - DADOS BRUTOS B - ENFERMEIRO C - MOMENTO D - PROCESSADA E CONTEXTUALIZADA E - OBSERVAÇÃO.
A - Dados analisados	
B -	Equipe de Enfermagem
C - Período	
D -	Pontual
E - Reflexão	

QUESTÃO 2

Assinale a alternativa correta.

- ☐ A As anotações de enfermagem subsidiam o enfermeiro na anotação e planejamento do plano de cuidados a ser desenvolvido de forma individual.
- ☒ B **A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implantação do processo de enfermagem são fundamentais para o cuidar seguro.**
- ☐ C As evoluções de enfermagem são dados brutos obtidos pela equipe de enfermagem de forma pontual e contextualizada.
- ☐ D É obrigatório o uso do carimbo a cada anotação, segundo resolução COFEN 545/2018.
- ☐ E Anotação de enfermagem é efetuada somente por técnicos e auxiliares de enfermagem.

QUESTÃO 3

Assinale a alternativa correta.

I - A anotação de enfermagem : um documento de defesa dos profissionais.

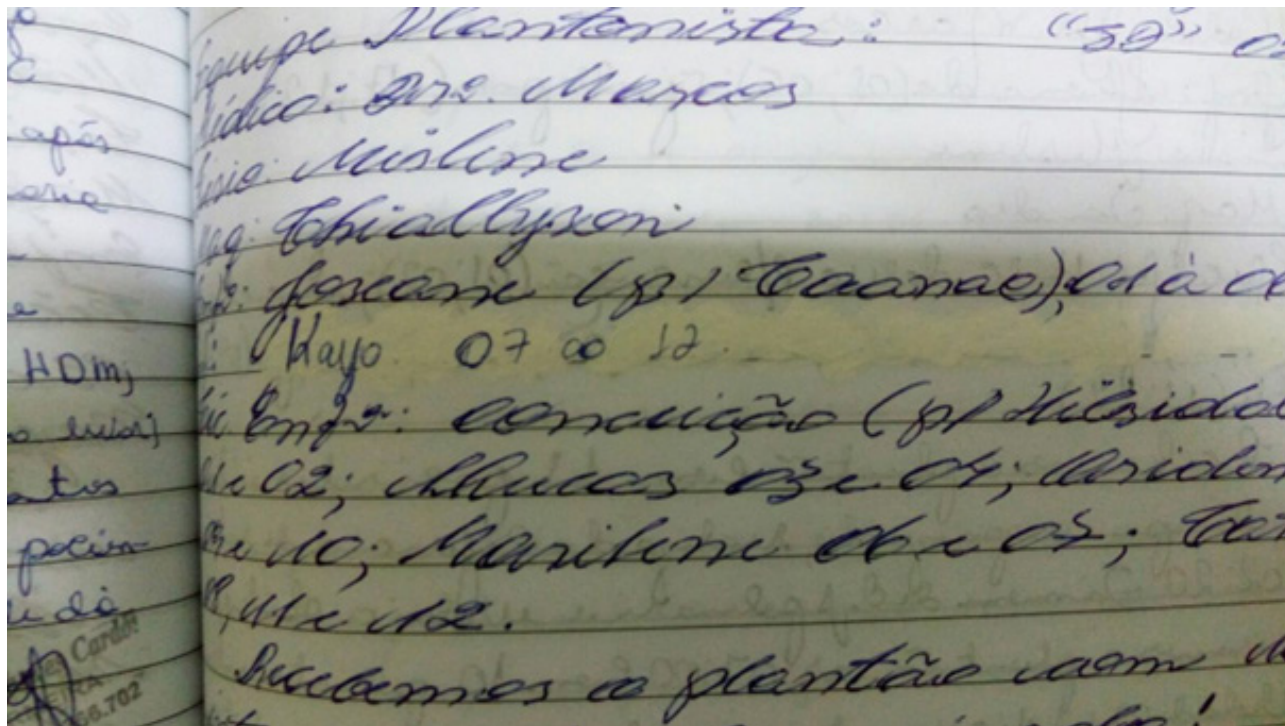
II - A anotação de enfermagem deve conter: rasura, entrelinhas, emenda.

III - A anotação de enfermagem começa quando o paciente é recebido em um serviço de saúde.

- ☐ A somente I e II estão corretas.
- ☐ B somente II e III estão corretas.
- ☒ C **somente I e III estão corretas.**
- ☐ D somente II está correta.
- ☐ E I, II e III estão corretas.

QUESTÃO 4

Observe as anotações de enfermagem abaixo e identifique como: (C) Correto (I) incorreto.



Fonte: As fraudes continuam no Hospital Macrorregional de Coroatá. Blog do Neto Ferreira. 2016. Disponível em: <<https://www.netoferreira.com.br/poder/2016/03/as-fraudes-continuam-no-hospital-macrorregional-de-coroata/>>. Acesso em: 26 jun. 2020.

Esse exemplo de anotação de enfermagem está:

- () Correto
(X) Incorreto

QUESTÃO 5

Identifique as frases com (V) verdadeiro ou (F) falso e identifique a alternativa correta.

- () 1 Para evitar erros na comunicação com o paciente e equipe de saúde, a Anotação de Enfermagem não pode conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços.
- () 2 É permitido fazer anotação de enfermagem com lápis e utilizar corretivos de textos.
- () 3 Segundo o COFEN, a Anotação de Enfermagem deve ser legível, completa, clara, concisa, objetiva, pontual e cronológica.
- () 4 A escrita de uma anotação de enfermagem deve fornecer compreensão sobre cada informação registrada. Todos devem ser capazes de entender o conteúdo e as palavras escritas.
- () 5 As anotações de enfermagem são realizadas ao término de cada plantão.

Assinale a alternativa correta referente às frases acima.

- (X) A V. F. V. V. F.
() B V. V. F. F. F.
() C F. V. V. V. F.
() D V. F. V. F. F.
() E V. F. F. V. V.

5 – Anotação de Enfermagem em Clínica Médica



VAMOS PRATICAR

CLÍNICA MÉDICA

QUESTÃO 1

O setor hospitalar de Clínica Médica é onde acontece o atendimento parcial ao paciente.

() Verdadeiro

(X) Falso

QUESTÃO 2

Observe as afirmações abaixo quanto ao que deve ser anotado sobre o paciente.

A - Queixas algícas ou qualquer desconforto (náuseas, vômitos, algia, gases etc.),

B - O que foi realizado ou orientado sem ordem cronológica (medicação, coleta e realização de exames, transporte,

C - Intercorrências do plantão etc.

D - Conter abreviaturas e siglas não previstas em literatura ou que constem em SIGLÁRIO institucional.

() todas as alternativas estão corretas

(X) A,C estão corretas

() A,C,D estão corretas

() A,B,D estão corretas

6 – Anotação de Enfermagem em Clínica Cirúrgica



VAMOS PRATICAR

PRÉ-OPERATÓRIO

QUESTÃO 1

No pré-operatório não há necessidade de orientar o paciente quanto ao preparo e rotinas, pois já vem com elas por escrito e explicadas por seu médico.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

QUESTÃO 2

O acompanhamento do paciente na unidade, no pós-operatório, deve ser contínuo, pois pode haver intercorrências, mesmo que tenha retornado estável da RPA.

☒ Verdadeiro

☐ Falso

QUESTÃO 3

A demarcação da área cirúrgica é um procedimento de segurança que deve ser realizado, de preferência, antes do pré-anestésico.

☒ Verdadeiro

☐ Falso

QUESTÃO 4

A anotação de enfermagem em Clínica Cirúrgica;

A - Deve seguir as regras gerais de todas as anotações de enfermagem

B - Pode conter rasuras, pois o paciente demora a se estabilizar

C - Não precisa ser precedida de data e horário

D - O levantamento das grades só precisa ser anotado se o hospital seguir procedimentos de segurança do paciente

☐ todas estão corretas

☐ A,B,C estão corretas

☐ A,C estão corretas

☐ A,B,D estão corretas

☒ apenas A está correta

7 – Anotação de Enfermagem em Centro Cirúrgico



VAMOS PRATICAR

CIRURGIA SEGURA

QUESTÃO 1

O *Checklist* para cirurgia segura é um modelo de tarefa implantado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) relacionado a sua preocupação com a instabilidade hemodinâmica do paciente em cirurgia.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

QUESTÃO 2

Quanto às anotações de Enfermagem na admissão do paciente no CC, é importante que:

A - Haja conferência do paciente apenas através de pergunta verbal

B - O paciente seja levado imediatamente à sala cirúrgica

C - Seja feita a checagem da identificação do paciente através da pulseira de identificação, confirmação de dados quanto ao jejum, preparo etc.

D - O paciente aguarde, no leito ou maca, para liberação de sala cirúrgica, presença da equipe de anestesia e cirurgia

☐ as letras A,C D estão corretas

☐ todas as afirmativas estão corretas

☒ as letras A, B estão incorretas

☐ as letras A,B D estão corretas

QUESTÃO 3

Quanto ao transoperatório, não há necessidade de conferência de compressas e materiais cirúrgicos uma vez que é a equipe médica que deve realizar esse procedimento.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

QUESTÃO 4

No pós-operatório, não relação entre a hipotermia e estabilização dos sinais vitais do paciente.

☐ Verdadeiro

☒ Falso

8 – Anotação de Enfermagem em Pediatria



VAMOS PRATICAR

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

QUESTÃO 1

A Anotação de Enfermagem é de responsabilidade apenas do profissional de enfermagem de nível médio (Técnico ou Auxiliar).

() Verdadeiro

(X) Falso

QUESTÃO 2

Coloque V (Verdadeiro) ou F (Falso):

- (V) As anotações de enfermagem são essenciais na sistematização e a partir de uma melhora na implementação da SAE.
- (V) É essencial que as crianças tenham uma atenção direcionada, de modo a alcançar diariamente melhor qualidade de vida por meio da prevenção de doenças e reabilitação.
- (F) Na assistência pediátrica, não existem peculiaridades que são originadoras potenciais de situações-problema.
- (F) A Pediatria é uma unidade hospitalar onde se internam os casos de patologias clínicas/cirúrgicas voltadas à criança onde geralmente a idade média é até 06 anos.

9 – Anotação de Enfermagem em Maternidade



VAMOS PRATICAR MATERNIDADE

QUESTÃO 1

Coloque V (Verdadeiro) ou F (Falso):

- (V) No Brasil, formaram-se redes de apoio, integradas aos hospitais, para que ações e políticas públicas pudessem ser implantadas e bem-sucedidas.
- (V) O cenário atual encontrado na maioria dos hospitais brasileiros é de Maternidades já integradas: ao atendimento também do RN- o Alojamento Conjunto, onde os cuidados de saúde são dispensados à futura mãe e RN.
- (F) O conceito e estrutura dos setores de Maternidade não têm passado por mudanças significativas através dos anos, não tendo como principais focos o atendimento humanizado.

QUESTÃO 2

Escolha as melhores palavras para completar a anotação de enfermagem a seguir:

a - 09h00- Realizada pesagem e SSVV. Acompanhado os pais na realização do **BANHO** e curativo do **COTO** umbilical do RN, com retirada de **DÚVIDAS** e orientações gerais

b - 11h00 - RN vacinado para Hepatite B e BCG, pais recebem **ORIENTAÇÕES** de enfermagem sobre próximas **VACINAS** e primeira consulta na UBS

sono – amamentação – passeio – **vacinas** – **orientações** – **dúvidas** – enfermagem – **banho** – **coto**



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**