

DECISÃO COREN-CE Nº. 04/2009

Dispõe sobre a normatização do REGISTRO de Enfermagem nos Estabelecimentos de Saúde sob a jurisdição do COREN-Ce.

O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará – COREN-Ce, no uso da sua competência que lhe confere o Art. 15, inciso II da Lei Nº 5.905 de 12 de Julho de 1973, dando cumprimento à deliberação do Plenário em sua 400ª Reunião Ordinária, realizada em 09/04/2009: Considerando o preceito Constitucional contido no Art. 5º, inciso II “*ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei*”; e inciso XIII “*é livre o exercício de qualquer trabalho ,ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer*”.

CONSIDERANDO a Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da Enfermagem;

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

CONSIDERANDO a Resolução COFEN nº 311/2007 que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN nº 191/1996 que dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou de autorização, pelo profissional de Enfermagem;

CONSIDERANDO o disposto no Art. 221 do Código Civil Brasileiro;

CONSIDERANDO o disposto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro;

CONSIDERANDO a Lei 8.078 de 11 de setembro de 1990 que dispõe sobre o Código de Proteção e Defesa do Consumidor no *caput* do Art. 14;

CONSIDERANDO que o REGISTRO de Enfermagem reflete a atuação dos profissionais de enfermagem, os cuidados recebidos pelo cliente e as suas respostas;

CONSIDERANDO a importância na melhoria da qualidade do registro nas ações de enfermagem;

CONSIDERANDO que os REGISTROS de Enfermagem são constituídos por 02 tipos de ações quais sejam:

1. Evolução de Enfermagem: de responsabilidade exclusiva do Enfermeiro, complementando a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;
2. Anotação de Enfermagem: de responsabilidade do Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, destinado ao registro, em prontuário do paciente, dos procedimentos e reações apresentadas pelo paciente, de acordo com o prescrito pelo Enfermeiro, na Sistematização da Assistência de Enfermagem;

CONSIDERANDO que a documentação de enfermagem constitui o registro das ações de enfermagem na assistência ao cliente, relativo às condições do mesmo, a execução dos cuidados prestados, em função de um determinado tratamento, procedimento ou diagnóstico e/ou a justificativa da sua não execução;

CONSIDERANDO que os registros de enfermagem completos consistem em um dos mais importantes indicadores de qualidade;

CONSIDERANDO que o propósito de planejar, executar e avaliar continuamente a atuação da equipe de enfermagem e do cuidado por ela prestada, o gerente ou líder deve pautar a sua atuação em dados e fatos que, na maioria das vezes, são extraídos dos registros no prontuário do cliente;

CONSIDERANDO que as anotações de enfermagem carecem de sistematização tanto em termos de apresentação (estética da redação), estrutura e de conteúdo;

CONSIDERANDO que a documentação de enfermagem constitui uma ação de enfermagem desenvolvida pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem e pelo Auxiliar de Enfermagem;

CONSIDERANDO que os REGISTROS de enfermagem são o único meio de prova para demonstrar o trabalho executado pelos profissionais de enfermagem;

CONSIDERANDO que um procedimento só será considerado válido se estiver registrado de forma adequada e no documento apropriado;

CONSIDERANDO que o REGISTRO de enfermagem é a base que sustenta as ações realizadas e deve ser construído fidedignamente seguindo critérios;

CONSIDERANDO que o REGISTRO fornece dados para a identificação da responsabilidade profissional sobre suas ações, pois é a prova legal do cuidado prestado;

CONSIDERANDO que para efetuar o REGISTRO de enfermagem se faz necessário o conhecimento técnico-científico do que anotar, quando, onde, como para que e quem deva anotar.

DECIDE:

Art.1º - O REGISTRO consiste na forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao cliente e aos seus cuidados. Entende-se que os registros são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano visto que, quando redigidos de maneira que retratam a realidade a ser documentada, possibilitam à comunicação permanente, podendo destinar-se a diversos fins (pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento e outros);

Art. 2º - O REGISTRO deve conter informações verdadeiras e completas;

Art. 3º - O REGISTRO deve contemplar exclusivamente as ações praticadas pelo profissional de enfermagem que as executou, pois o mesmo estará assumindo total responsabilidade pelas informações registradas no prontuário;

Art. 4º - O REGISTRO deve conter as informações subjetivas fornecidas pelo cliente, seus familiares ou mesmo por outro profissional. Neste caso o registro será feito utilizando “aspas”;

Art. 5º - O REGISTRO deve conter informações sobre o cliente de forma CLARA, VERDADEIRA, OBJETIVA, FREQUENTE e COMPLETA de modo a possibilitar o monitoramento, a avaliação e o planejamento global e contínuo dos cuidados;

Art. 6º - O REGISTRO não deve conter termos como gírias, clichês (lugares comuns) e rótulos (qualificações simplistas);

Art. 7º - O REGISTRO deverá ser feito obrigatoriamente em documento oficial da instituição em papel timbrado, devidamente identificado com o nome do cliente, e complementado com o dia, a hora e a identificação do profissional (carimbo com o nome, cargo e número do COREN-Ce);

Art. 8º - O REGISTRO deverá se feito com tinta indelével (azul ou preta), sem rasuras, com letra legível, sem usar termos vagos e/ou generalizados, sem usar abreviaturas/siglas que não sejam padronizadas pelo Ministério da Saúde, ANVISA ou pela Instituição e sem deixar espaços em branco. Poderá também ser feito por meio eletrônico obedecendo a legislação vigente;

Art. 9º - O REGISTRO deve ter subsídios para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de Enfermagem nas diferentes fases e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional;

Art. 10 – O REGISTRO deve permitir e favorecer elementos administrativos e clínicos para auditoria em enfermagem;

Art. 11 – A presente Decisão entrará em vigor na data de sua assinatura.

Fortaleza-Ce, 09 de abril de 2009.

Álvaro Alberto de Bittencourt Vieira
COREN-CE N.º 20.813
PRESIDENTE

Gilvânia Ferreira Castro Grangeiro
COREN-CE N.º 25.582
SECRETÁRIA

ANEXO I

RECOMENDAÇÕES:

1ª) Os Estabelecimentos de Saúde têm autoridade para definir sua própria documentação comprobatória das ações de Enfermagem, desde que, ela esteja comprometida com os padrões éticos e legais, conste no manual de organização do Serviço de Enfermagem e não fira nenhum artigo desta Decisão.

2ª) Através das anotações precisas nos REGISTROS de Enfermagem (Evolução de Enfermagem, Livro de Registro de Ocorrências, Prontuário do Cliente, Ficha de Cuidados Perioperatório, Comunicações Internas que reportem problemas inerentes ao cliente, etc.) cabe exclusivamente ao Enfermeiro Responsável Técnico emitir boletim sobre a assistência de enfermagem prestada ao cliente no Estabelecimento de Saúde pelo qual responde sob pena de infringir os Artigos: 7º, 17, 20, 25, 68, 71, e 72 da Resolução COFEN N° 311/2007.

ANEXO II

GLOSSÁRIO

Documentação de Enfermagem reúne informações relativas ao cliente; permite identificar o campo de domínio da Enfermagem; promove a comunicação entre os profissionais que prestam cuidados à saúde e a prática clínica da Enfermagem, o ensino e a pesquisa.

Os dados contidos na Documentação de Enfermagem identificam um corpo de conhecimentos que contribuem para a prevenção, manutenção ou restabelecimento da saúde, ao mesmo tempo em que atendem às exigências éticas e legais da profissão.

Anotação de Enfermagem

Constitui parte integrante do registro de Enfermagem e deve incluir todos os eventos importantes que ocorrem no dia-a-dia do cliente. Processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem Direciona o registro ordenado da assistência de Enfermagem prestada, conforme metodologia previamente estabelecida, e determinação legal Lei 7498/86, Artigo 11, Inciso I, Alínea J; Decreto 94.406/87, Artigo nº 8, inciso I, alínea F.

O que anotar

Informações subjetivas e objetivas, problemas/preocupações do cliente, sinais/sintomas, evento ou mudança significativa do estado de saúde, cuidados prestados, ação e efeito das intervenções de Enfermagem baseadas no plano de cuidados e respostas apresentadas.

Quando anotar

Sempre que ações de assistência forem executadas, mantendo o planejamento de Enfermagem atualizado.

Onde anotar

Em impressos próprios, segundo modelo adotado pelo Serviço de Enfermagem da instituição.

Como anotar

O registro deve ser feito de forma clara e objetiva, com data e horário específico, com a identificação (nome, COREN-Ce e carimbo) da pessoa que faz a anotação. Quando o registro for manual, deve ser feito com letra legível, sem rasuras. Na vigência de uma anotação errada, colocar entre vírgulas a palavra “**diço**” e anotar o texto correto.

Para que anotar

Para historiar e mapear o cuidado prestado; facilitar o rastreamento das ocorrências com o cliente a qualquer momento e reforçar a responsabilidade do profissional envolvido no processo de assistência de Enfermagem.

Quem deve anotar

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.