



Legislação do Exercício Profissional da Enfermagem

**Goiás
2017**

Composição do Coren-GO 2015-2017

Diretoria

Presidente: ENF Ivete Santos Barreto
Secretária: ENF Ângela Cristina Bueno Vieira
Tesoureira: TEC Marli Aparecida de Ávila

Conselheiros Efetivos

ENF Laura Maria Isabela Tiago de Barros
ENF Michelle da Costa Mata
ENF Milca Severino Pereira
TEC Fernando Correa
TEC Rosilene Alves Brandão e Silva
TEC Julivan Rosa Prata

Conselheiros Suplentes

ENF Cristiane José Borges
ENF Glenda Batista de Almeida Andrade
ENF Luciana Aparecida Soares Moreira
ENF Silvio José de Queiroz
ENF Viviane Ribeiro
TEC Iramar Alves dos Santos
TEC Marines de Sousa Ribeiro
TEC Nilza Maria Pires de Morais
TEC Ronilda de Souza Cavalcante e Silva

Contato Coren-GO

Site: www.corengo.org.br
E-mail: corengo@corengo.org.br
Fanpage: [facebook/corengo](https://www.facebook.com/corengo)
Instagram: [instagram/corengooficial](https://www.instagram.com/corengooficial)

Localização

Goiânia (Sede) - Rua 38 nº 645, Setor Marista. CEP: 74150-250. Goiânia-GO. Telefone/Fax: (62) 3242.2018. / **Anápolis** - Av. Minas Gerais nº 142, Edifício Empresarial Jundiáí – sala 7, Jundiáí. Telefone/Fax: (62) 3324.0708. / **Rio Verde** - Avenida Presidente Getúlio Vargas nº272 Sala 24, Setor Central. / **Valparaíso de Goiás** - Quadra 8 casa 4 Etapa A. Telefone/Fax: (61) 3629.2371.

Apresentação

A gestão “Unir para Avançar” iniciou seus trabalhos no dia 5 de janeiro de 2015, e desde então, as propostas do grupo têm sido alinhadas e ganhando proporções visíveis. Uma delas é aprimorar o conhecimento e acesso à informação aos profissionais de enfermagem do estado de Goiás. Acreditamos que atualizar e distribuir rotineiramente o presente apanhado de leis, decretos e resoluções sobre o exercício da enfermagem é de vital importância para fortalecermos nossa profissão diante dos dilemas e desafios que naturalmente fazem parte do dia a dia da vivência da profissão.

Estamos em um momento relativamente jovem da enfermagem em Goiás. Foi em 2008, que a mudança de propostas de trabalho passou por uma acentuada e positiva mudança. A partir desse momento, o embasamento ético, técnico, humano, político e social passou a direcionar as tomadas de decisões no Coren-GO.

A atual gestão está comprometida com sua missão de disciplinar e fiscalizar o exercício profissional de enfermagem; deliberar e manter o registro dos profissionais com exercício em sua jurisdição; e zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem. Durante esse triênio, são alvos do Coren-GO: o atendimento eficaz ao profissional; o funcionamento dinâmico das câmaras técnicas, comissões, grupo de trabalho e eficácia da administração formaram a base para nosso trabalho inicial.

O conteúdo que segue tem o propósito de contribuir com o conhecimento da legislação mais usual pertinente ao exercício profissional da enfermagem pela categoria. Acreditamos na mudança e no avanço de nossa profissão através de ação ética, crítica, consciente e responsável.

Gestão 2015-2017
Unir para Avançar

ÍNDICE

O Conselho Regional de Enfermagem de Goiás	07
--	----

Excerto da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 Seção II (da Saúde)	09
--	----

LEIS

Nº 5.905, de 12 de julho de 1973 - Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências.....	12
---	----

Nº 7.498, de 25 de junho de 1986 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências	16
--	----

Nº 8.967, de 28 de dezembro de 1994 - Altera a redação do parágrafo único do art. 23 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências	20
---	----

DECRETO

Nº 94.406, de 8 de junho de 1987 - Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.....	21
--	----

RESOLUÇÕES COFEN

172/1994 - Normatiza a criação de Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde.....	26
--	----

278/2003 - Dispõe sobre sutura efetuada por Profissional de Enfermagem	28
--	----

280/2003 - Dispõe sobre a proibição de Profissional de Enfermagem em auxiliar procedimentos cirúrgicos.....	29
---	----

303/2005 - Dispõe sobre a autorização para o Enfermeiro assumir a coordenação como Responsável Técnico do Plano de gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde PGRSS.....	30
--	----

311/2007 - Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem	31
---	----

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.....	42
370/2010 - Altera o Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem para aperfeiçoar as regras e procedimentos sobre o processo ético-profissional que envolvem os profissionais de enfermagem e aprova o Código de Processo Ético.....	45
424/2012 - Normatiza as atribuições dos profissionais de enfermagem em Centro de Material e Esterilização (CME) e em empresas processadoras de produtos para saúde.....	74
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	76
438/2012 - Dispõe sobre a proibição do regime de sobreaviso para enfermeiro assistencial	78
448/2013 - Aprova e adota o Manual de Procedimentos Administrativos para Registro.....	79
450/2013 - Normatiza o procedimento de Sondagem Vesical no âmbito do Sistema Cofen / Conselhos Regionais de Enfermagem.....	93
487/2015 - Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica à distância e a execução da prescrição médica fora da validade.....	97
501/2015 - Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências.....	99
509/2016 - Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico	104
514/2016 - Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.....	110



O Conselho Regional de Enfermagem de Goiás

O Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Goiás é uma Autarquia Pública Federal que atua na fiscalização do exercício profissional da Enfermagem. Tem como objetivos zelar pelo bom conceito e qualidade dos serviços da profissão, além de fiscalizar o cumprimento da Lei do Exercício Profissional e do Código de Ética.

Conforme o artigo 2º da Lei 7.498/86 para o exercício da profissão de Enfermagem estão obrigados ao registro de títulos no Cofen e à inscrição no Conselho Regional de Enfermagem (Coren): Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Obstetrizes, Atendentes e Parteiros. Ainda sobre o registro no Coren há resolução Cofen 448/2013 que dispõe sobre o registro, transferência inscrição, suspensão temporária, cancelamento de inscrição, reinscrição, inscrição remida.

Competência do Conselho Regional de Enfermagem

- I** – deliberar sobre inscrição no Conselho e seu cancelamento;
- II** – disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal;
- III** – fazer executar as instruções e provimentos do Conselho Federal;
- IV** – manter o registro dos profissionais com exercício na respectiva jurisdição;
- V** – conhecer e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades cabíveis;
- VI** – elaborar a sua proposta orçamentária anual e o projeto de seu regimento interno e submetê-los à aprovação do Conselho Federal;
- VII** – expedir a carteira profissional indispensável ao exercício da profissão, a qual terá fé pública em todo o território nacional e servirá de documento de identidade;
- VIII** – zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exerçam;
- IX** – publicar relatórios anuais de seus trabalhos e relação dos profissionais registrados;
- X** – propor ao Conselho Federal medidas visando à melhoria do exercício profissional;
- XI** – fixar o valor da anuidade;
- XII** – apresentar sua prestação de contas ao Conselho Federal, até o dia 28 de fevereiro de cada ano;

XIII – eleger sua diretoria e seus delegados eleitores ao Conselho Federal;

XIV – exercer as demais atribuições que lhes forem conferidas por esta Lei ou pelo Conselho Federal.

Competência dos Profissionais de Enfermagem

- Estar inscrito no Coren, onde exerçam suas atividades profissionais (art. 2º da Lei 7.498/86);

- Conhecer as atividades desenvolvidas pelo Coren (art. 15 da Lei 5.905/73);

- Votar para composição do Plenário (§ 2º do art. 12 da Lei 2.604/55);

- Solicitar transferência em caso de mudança de Estado (art. 27 a 39 da Resolução Cofen 448/2013);

- Solicitar cancelamento de inscrição, quando encerrado as suas atividades como profissional de Enfermagem (art. 41 a 44 da Resolução Cofen 448/2013);

- Atender a toda convocação do Coren (art. 51 da Resolução Cofen 311/2007);

- Efetuar pagamento da anuidade (art. 53 da Resolução Cofen 311/2007);

- Comunicar ao Coren os casos de infrações éticas (art. 49 da Resolução Cofen 311/2007).



**EXCERTO DA CONSTITUIÇÃO DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**

**TÍTULO VII - DA ORDEM SOCIAL
CAPÍTULO II - DA SEGURIDADE SOCIAL
SEÇÃO II - DA SAÚDE**

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º. Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) Regulamento

I - os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 4º. Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

~~§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006) (Vide Medida provisória nº 297, de 2006)~~

§ 5º. Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010) Regulamento

§ 6º. Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

Art. 199 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º. É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º. A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200 - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.



LEI N 5.905, DE 12 DE JULHO DE 1973

Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências.

O Presidente da República, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º – São criados o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), constituindo em seu conjunto uma autarquia, vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social.

Art. 2º – O Conselho Federal e os Conselhos Regionais são órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiro e das demais profissões compreendidas nos serviços de Enfermagem.

Art. 3º – O Conselho Federal, ao qual ficam subordinados os Conselhos Regionais, terá jurisdição em todo o território nacional e sede na Capital da República.

Art. 4º – Haverá um Conselho Regional em cada Estado e Território, com sede na respectiva capital, e no Distrito Federal.

Parágrafo único - O Conselho Federal poderá, quando o número de profissionais habilitados na unidade da federação for inferior a cinquenta, determinar a formação de regiões, compreendendo mais de uma unidade.

Art. 5º – O Conselho Federal terá nove membros efetivos e igual número de suplentes, de nacionalidade brasileira, e portadores de diploma de curso de Enfermagem de nível superior.

Art. 6º – Os membros do Conselho Federal e respectivos suplentes serão eleitos por maioria de votos, em escrutínio secreto, na Assembléia dos Delegados Regionais.

Art. 7º – O Conselho Federal elegerá dentre seus membros, em sua primeira reunião, o Presidente, o Vice-presidente, o Primeiro e o Segundo Secretários e o Primeiro e o Segundo Tesoureiros.

Art. 8º – Compete ao Conselho Federal:

- I – aprovar seu regimento interno e os dos Conselhos Regionais;
- II – instalar os Conselhos Regionais;
- III – elaborar o Código de Deontologia de Enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvidos os Conselhos Regionais;
- IV – baixar provimentos e expedir instruções, para uniformidade de procedimento e bom funcionamento dos Conselhos Regionais;
- V – dirimir as dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais;
- VI – apreciar, em grau de recursos, as decisões dos Conselhos Regionais;
- VII – instituir o modelo das carteiras profissionais de identidade e as insígnias da profissão;
- VIII – homologar, suprir ou anular atos dos Conselhos Regionais;

IX – aprovar anualmente as contas e a proposta orçamentária da autarquia, remetendo-as aos órgãos competentes;

X – promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional;

XI – publicar relatórios anuais de seus trabalhos;

XII – convocar e realizar as eleições para sua diretoria;

XIII – exercer as demais atribuições que lhe forem conferidas por lei.

Art. 9º – O mandato dos membros do Conselho Federal será honorífico e terá a duração de três anos, admitida uma reeleição.

Art. 10 – A receita do Conselho Federal de Enfermagem será constituída de:

I – um quarto da taxa de expedição das carteiras profissionais;

II – um quarto das multas aplicadas pelos Conselhos Regionais;

III – um quarto das anuidades recebidas pelos Conselhos Regionais;

IV – doações e legados;

V – subvenções oficiais;

VI – rendas eventuais.

Parágrafo único - Na organização dos quadros distintos para inscrição de profissionais o Conselho Federal de Enfermagem adotará como critério, no que couber, o disposto na Lei nº 2.604, de 17 de setembro 1955.

Art. 11 – Os Conselhos Regionais serão instalados em suas respectivas sedes, com cinco a vinte e um membros e outros tantos suplentes, todos de nacionalidade brasileira, na proporção de três quintos de Enfermeiros e dois quintos de profissionais das demais categorias do pessoal de Enfermagem reguladas em lei.

Parágrafo único - O número de membros dos Conselhos Regionais será sempre ímpar, e a sua fixação será feita pelo Conselho Federal, em proporção ao número de profissionais inscritos.

Art. 12 – Os membros dos Conselhos Regionais e respectivos suplentes serão eleitos por voto pessoal, secreto e obrigatório, em época determinada pelo Conselho Federal, em Assembléia Geral especialmente convocada para esse fim.

§ 1º. Para a eleição referida neste artigo serão organizadas chapas separadas, uma para enfermeiros e outra para os demais profissionais de Enfermagem, podendo votar, em cada chapa, respectivamente, os profissionais referidos no artigo 11.

§ 2º. Ao eleitor que, sem causa justa, deixar de votar nas eleições referidas neste artigo, será aplicada pelo Conselho Regional multa em importância correspondente ao valor da anuidade.

Art. 13 – Cada Conselho Regional elegerá seu Presidente, Secretário e Tesoureiro, admitida a criação de cargos de Vice-presidente, Segundo-secretário e Segundo- tesoureiro, para os Conselhos com mais de doze membros.

Art. 14 – O mandato dos membros dos Conselhos Regionais será honorífico e terá duração de três anos, admitida uma reeleição.

Art. 15 – Compete aos Conselhos Regionais;

I- deliberar sobre inscrição no Conselho e seu cancelamento;

II – disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal;

III – fazer executar as instruções e provimentos do Conselho Federal;

IV – manter o registro dos profissionais com exercício na respectiva jurisdição;
V – conhecer e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades cabíveis;

VI – elaborar a sua proposta orçamentária anual e o projeto de seu regimento interno e submetê-los à aprovação do Conselho Federal;

VII – expedir a carteira profissional indispensável ao exercício da profissão, a qual terá fé pública em todo o território nacional e servirá de documento de identidade;

VIII – zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exerçam;

IX – publicar relatórios anuais de seus trabalhos e relação dos profissionais registrados;

X – propor ao Conselho Federal medidas visando à melhoria do exercício profissional;

XI – fixar o valor da anuidade;

XII – apresentar sua prestação de contas ao Conselho Federal, até o dia 28 de fevereiro de cada ano;

XIII – eleger sua diretoria e seus delegados eleitores ao Conselho Federal;

XIV – exercer as demais atribuições que lhes forem conferidas por esta Lei ou pelo Conselho Federal.

Art. 16 – A renda dos Conselhos Regionais será constituída de:

I – três quartos da taxa de expedição das carteiras profissionais;

II – três quartos das multas aplicadas;

III – três quartos das anuidades;

IV – doações e legados;

V – subvenções oficiais, de empresas ou entidades particulares;

VI – rendas eventuais.

Art. 17 – O Conselho Federal e os Conselhos Regionais deverão reunir-se, pelo menos, uma vez mensalmente.

Parágrafo único. O Conselheiro que faltar, durante o ano, sem licença prévia do respectivo Conselho, a cinco reuniões perderá o mandato.

Art. 18 – Aos infratores do Código de Deontologia de Enfermagem poderão ser aplicadas as seguintes penas:

I – advertência verbal;

II – multa;

III – censura;

IV – suspensão do exercício profissional;

V – cassação do direito ao exercício profissional.

§ 1º As penas referidas nos incisos I, II, III e IV deste artigo são da alçada dos Conselhos Regionais e a referida no inciso V, do Conselho Federal, ouvido o Conselho Regional interessado.

§ 2º O valor das multas, bem como as infrações que implicam nas diferentes penalidades, serão disciplinados no regimento do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais.

Art. 19 – O Conselho Federal e os Conselhos Regionais terão tabela própria de pessoal, cujo regime será o da Consolidação das Leis do Trabalho.

Art. 20 – A responsabilidade pela gestão administrativa e financeira dos Conselhos caberá aos respectivos diretores.

Art. 21 – A composição do primeiro Conselho Federal de Enfermagem, com mandato de um ano, será feito por ato do Ministro do Trabalho e Previdência Social, mediante indicação, em lista tripla, da Associação Brasileira de Enfermagem.

Parágrafo único - Ao Conselho Federal assim constituído caberá, além das atribuições previstas nesta Lei:

a) promover as primeiras eleições para composição dos Conselhos Regionais e instalá-los;

b) promover as primeiras eleições para composição do Conselho Federal, até noventa dias antes do término do seu mandato.

Art. 22 – Durante o período de organização do Conselho Federal de Enfermagem, o Ministério do Trabalho e Previdência Social lhe facilitará a utilização de seu próprio pessoal, material e local de trabalho.

Art. 23 – Esta Lei entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 12 de julho de 1973.

(Ass.) Emílio G. Médici, Presidente da República,
e Júlio Barata, Ministro do Trabalho e Previdência Social



LEI N 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986

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 puerperal;

h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

i) execução do parto sem distócia;

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 distócias 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, 25 de junho de 1986;
165º da Independência e 98º da República.
JOSÉ SARNEY
Almir Pazzianotto Pinto



LEI N 8.967, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1994

Altera a redação do parágrafo único do art. 23 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que 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 – O Parágrafo único do Art. 23 da Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, passa a vigorar com a seguinte redação:

Parágrafo único – É assegurado aos Atendentes de Enfermagem, admitidos antes da vigência desta Lei, o exercício das atividades elementares da Enfermagem, observado o disposto em seu artigo 15.

Art. 2º – Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º – Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1994;
175º da Independência e 106º da República
Itamar Franco
Marcelo Pimentel



DECRETO N 94.406, DE 8 DE JUNHO DE 1987

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 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. 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 exigam 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) ministrar medicamentos por via oral e parenteral;

b) realizar controle hídrico;

c) fazer curativos;

d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocisma, 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



RESOLUÇÃO COFEN 172/1994

Normatiza a criação de Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde.

O Conselho Federal de Enfermagem, no uso de sua competência estabelecida nos arts. 2º e 8º, da Lei nº 5.905/73, e arts. 10 e 16 da Resolução COFEN-52/79; Considerando a Resolução COFEN nº 160/93, que institui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem na jurisdição de todos os Conselhos Regionais de Enfermagem; Considerando o que consta no PAD-170/87, que reúne documentos de sugestões e solicitações acerca da criação de Comissão de Ética nas instituições de saúde; Considerando a deliberação do Plenário do COFEN em sua 230ª Reunião Ordinária, RESOLVE:

Art. 1º – Autorizar a criação de Comissões de Ética de Enfermagem como órgãos representativos dos Conselhos Regionais junto a instituições de saúde, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de Enfermagem.

Art. 2º – A Comissão de Ética de Enfermagem tem como finalidade:

- a) Garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição.
- b) Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
- c) Notificar ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões, e, as infrações éticas.

Art. 3º – Ao Conselho Regional de Enfermagem cabe:

- a) Propiciar condições para a criação de Comissões de Ética nas instituições, inclusive suporte administrativo, através de normatização e divulgação da matéria.
- b) Manter as Comissões de Ética atualizadas através de encaminhamentos e divulgação das normas disciplinares e éticas do exercício profissional.
- c) Atender, orientar e assessorar as Comissões de Ética das instituições, quando do encaminhamento das notificações de irregularidades.

Art. 4º – A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, com vínculo empregatício na instituição e registro no Conselho Regional.

Parágrafo único – Cabe aos Conselhos Regionais de Enfermagem definir sobre a constituição, eleição, função e atribuições da Comissão de Ética, regulamentando através de decisão, que deverá ser homologada pelo COFEN

Art. 5º – Os casos omissos no presente ato resolucional serão resolvidos pelo

COFEN.

Art. 6º – A presente Resolução entrará em vigor na data em que for publicada no órgão de Imprensa Oficial da Autarquia.

Rio de Janeiro, 15 de junho de 1994



RESOLUÇÃO COFEN 278/2003

Dispõe sobre sutura efetuada por Profissional de Enfermagem.

O Plenário do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, no uso das suas atribuições legais e regimentais, CONSIDERANDO a Lei nº 5.905/73, artigo 8º, IV e V; CONSIDERANDO a Lei nº 7.498/86 e seu Decreto Regulamentador nº 94.406/87; CONSIDERANDO o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 240/2000, em seu artigo 51; CONSIDERANDO o deliberado na Reunião Ordinária do Plenário nº. 311; RESOLVE:

Art. 1º – É vedado ao Profissional de Enfermagem a realização de suturas.

Parágrafo único – Não se aplica ao disposto no caput deste artigo as situações de urgência, na qual, efetivamente haja iminente e grave risco de vida, não podendo tal exceção aplicar-se a situações previsíveis e rotineiras.

Art. 2º – Ocorrendo o previsto no parágrafo único do artigo 1º, obrigatoriamente deverá ser elaborado Relatório circunstanciado e minucioso, onde deve constar todos os aspectos que envolveram a situação de urgência, que levou a ser praticado o ato, vedado pelo artigo 1º.

Art. 3º – É ato de enfermagem, quando praticado por Enfermeiro Obstetra, a episiorrafia.

Art. 4º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 16 de junho de 2003.



RESOLUÇÃO COFEN 280/2003

Dispõe sobre a proibição de Profissional de Enfermagem em auxiliar procedimentos cirúrgicos.

O Plenário do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, no uso das suas atribuições legais e regimentais, CONSIDERANDO a Lei nº 5.905/73, artigo 8º, IV e V; CONSIDERANDO a Lei nº 7.498/86 e seu Decreto Regulamentador nº 94.406/87; CONSIDERANDO o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 240/2000, em seu artigo 51; CONSIDERANDO vários questionamentos de Profissionais de Enfermagem sobre a matéria; CONSIDERANDO deliberação da Reunião Ordinária do Plenário nº. 311; RESOLVE:

Art. 1º – É vedado a qualquer Profissional de Enfermagem a função de Auxiliar de Cirurgia.

Parágrafo único – Não se aplica ao previsto no caput deste artigo as situações de urgência, na qual, efetivamente haja iminente e grave risco de vida, não podendo tal exceção aplicar-se a situações previsíveis e rotineiras.

Art. 2º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 16 de junho de 2003.



RESOLUÇÃO COFEN 303/2005

Dispõe sobre a autorização para o Enfermeiro assumir a coordenação como Responsável Técnico do Plano de gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde PGRSS.

O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, no uso de suas atribuições legais e regimentais; CONSIDERANDO o princípio da igualdade de direitos, preconizada pela Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988; CONSIDERANDO o disposto no art. 11, da Lei 7498, de 25 de junho de 1986, e o art. 8º do Decreto nº. 94406, de 28 de junho de 1987, que definem as atribuições do Enfermeiro; CONSIDERANDO o disposto na Lei 9394/96, que dispõe sobre as Diretrizes e Bases da Educação Nacional; CONSIDERANDO o disposto na Resolução Cofen 146/92, que dispõe sobre a obrigatoriedade de haver Enfermeiro em todas as unidades de serviço onde são desenvolvidas ações de enfermagem durante o período de funcionamento da instituição de saúde; CONSIDERANDO o disposto na Resolução CNE/CES 03/2001, que dispõe sobre as Diretrizes Curriculares da formação profissional do Enfermeiro; CONSIDERANDO o disposto no capítulo IV – item 2.2 da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 306 de 07 de dezembro de 2004; CONSIDERANDO o disposto no art. V da Resolução Conama nº. 358, de 29 de abril de 2005; CONSIDERANDO deliberação unânime do Plenário, em sua reunião Ordinária nº. 329, bem como tudo que mais consta do PAD-Cofen nº. 294/91. RESOLVE:

Art. 1º – Fica habilitado o Enfermeiro, devidamente inscrito e com situação ético-profissional regular no seu respectivo Conselho Regional de Enfermagem, assumir a Responsabilidade Técnica do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Art. 2º – O Enfermeiro quando designado para exercer a função de responsável pela elaboração e implementação do PGRSS, deverá apresentar o Certificado de Responsabilidade Técnica – CRT, emitido pelo Conselho Regional de Enfermagem ao qual está jurisdicionado.

Art. 3º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 23 de junho de 2005.



RESOLUÇÃO COFEN 358/2009

Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

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 e 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, 15 de outubro de 2009.



RESOLUÇÃO COFEN 370/2010

Altera o Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem para aperfeiçoar as regras e procedimentos sobre o processo ético-profissional que envolvem os profissionais de enfermagem e aprova o Código de Processo Ético.

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, 03 de novembro de 2010.

CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO-DISCIPLINAR DOS CONSELHOS DE 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, propositadamente, oferecer motivo para criá-la.

Art. 11 – Os membros do Plenário ou da Comissão de Instrução, quando houver impedimento ou suspeição, 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;

VII – 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 coma 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 relatório 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 correrão 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 arguir 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 reconhecimento 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 mentais 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 devolverá 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 julgamento 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 NULIDADES 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 arguidos.

§ 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.

§ 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.

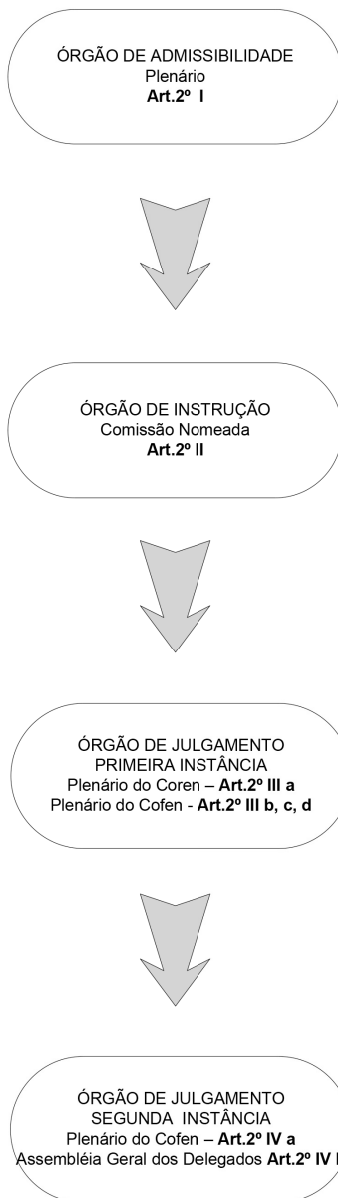
Art. 160 – As questões omissas neste Código deverão ser supridas utilizando-se, subsidiariamente, os dispositivos previstos no Código de Processo Penal, no que lhes for aplicável.

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.

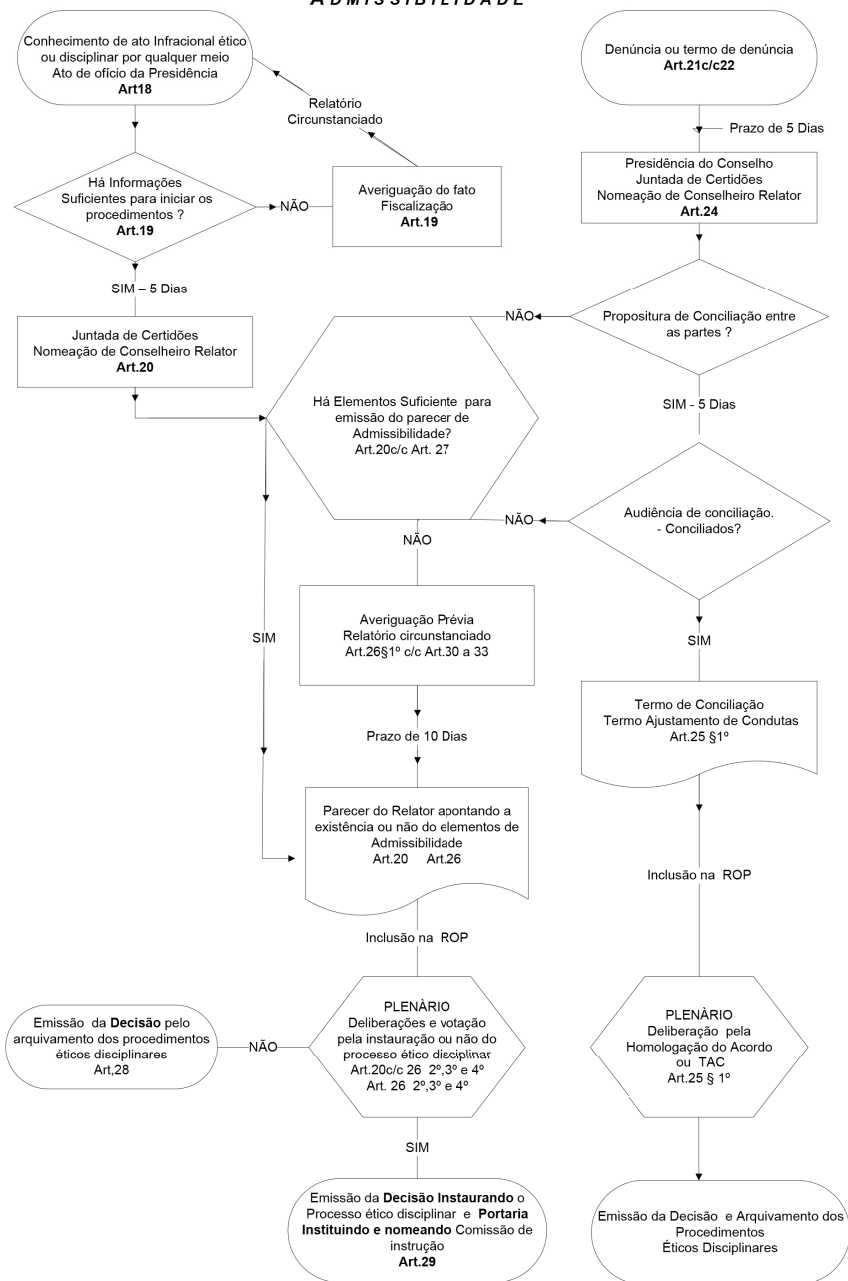
Art. 162 – Revoga-se a Resolução nº 252/2001 e demais disposições em contrário.

Brasília, 03 de novembro de 2010.

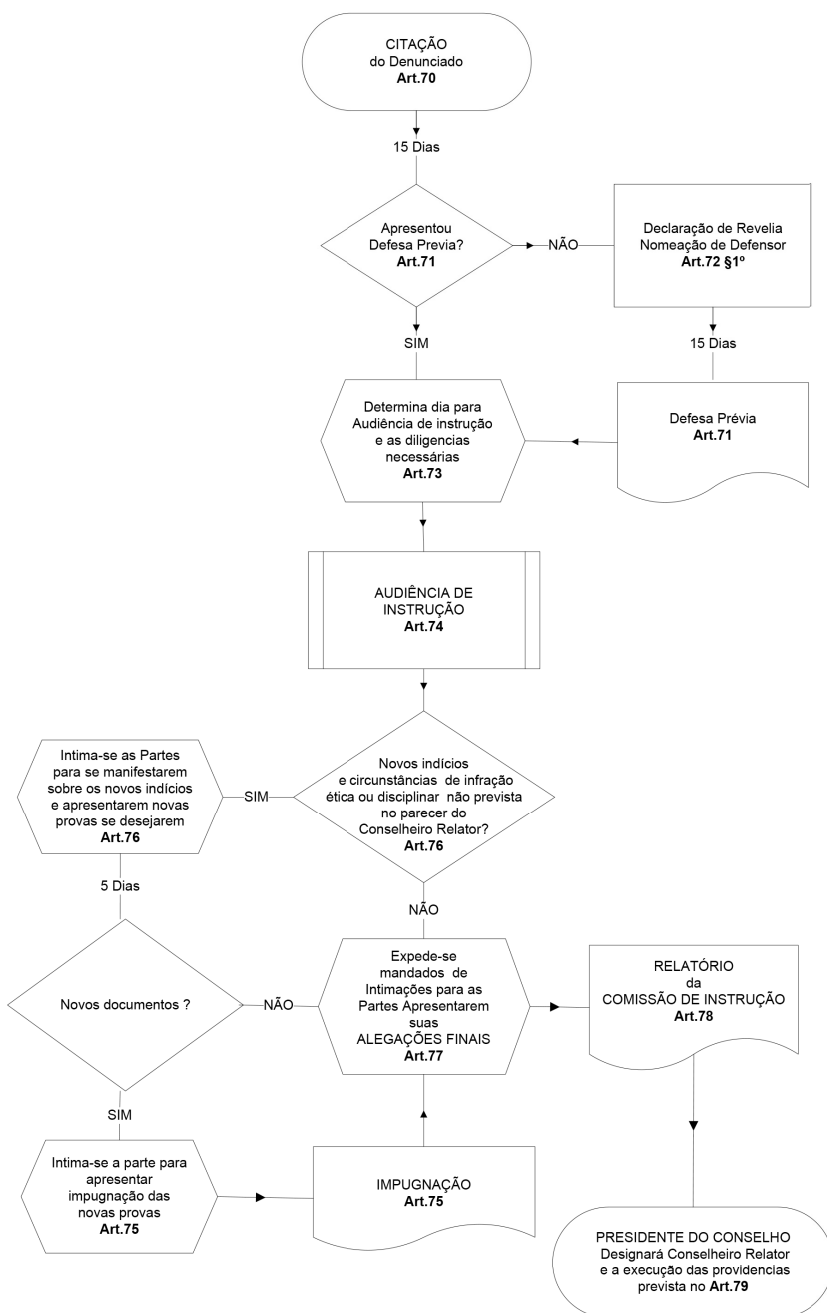
Sistema de apuração e decisão das Infrações Éticas



**ÓRGÃO DE
ADMISSIBILIDADE**

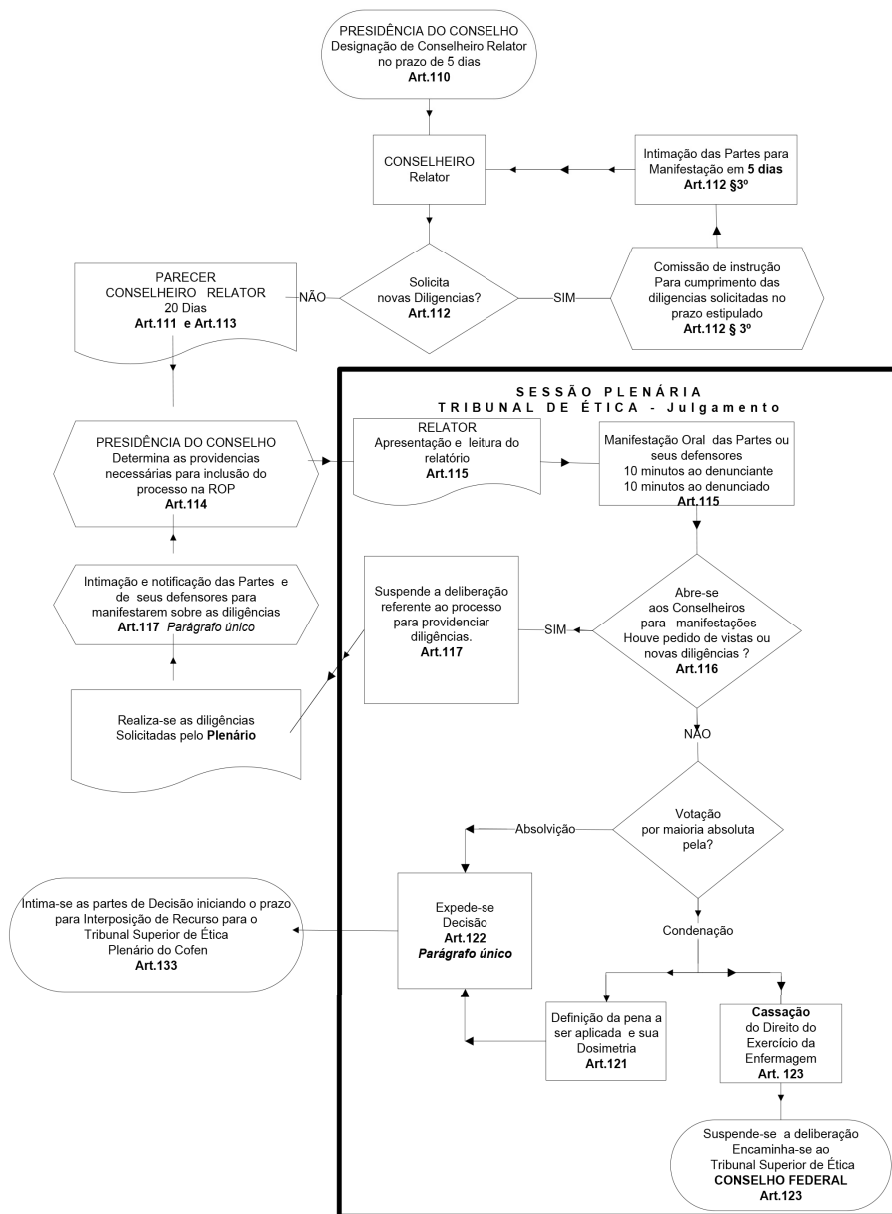


Instrução



RESOLUÇÃO COFEN 370/2010

FASE DE JULGAMENTO EM PRIMEIRA INSTÂNCIA





RESOLUÇÃO COFEN 424/2012

Normatiza as atribuições dos profissionais de enfermagem em Centro de Material e Esterilização (CME) e em empresas processadoras de produtos para saúde.

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 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 os termos da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), RDC nº 15, de 15 de março de 2012, que aprova o Regulamento Técnico que estabelece os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde; CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar, no âmbito nacional, as atribuições dos membros da equipe de Enfermagem em Centros de Material e Esterilização, ou em empresas processadoras de produtos para saúde; e, CONSIDERANDO tudo o mais que consta nos autos do PAD/Cofen nº 510/2010 e a deliberação do Plenário do Cofen em sua 414ª Reunião Ordinária; RESOLVE:

Art. 1º – Cabe aos Enfermeiros Coordenadores, Chefes ou Responsáveis por Centro de Material e Esterilização (CME), ou por empresa processadora de produtos para saúde:

I – Planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas ao processamento de produtos para saúde, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras;

II – Participar da elaboração de Protocolo Operacional Padrão (POP) para as etapas do processamento de produtos para saúde, com base em referencial científico atualizado e normatização pertinente. Os Protocolos devem ser amplamente divulgados e estar disponíveis para consulta;

III – Participar da elaboração de sistema de registro (manual ou informatizado) da execução, monitoramento e controle das etapas de limpeza e desinfecção ou esterilização, bem como da manutenção e monitoramento dos equipamentos em uso no CME;

IV – Propor e utilizar indicadores de controle de qualidade do processamento de produtos para saúde, sob sua responsabilidade;

V – Avaliar a qualidade dos produtos fornecidos por empresa processadora terceirizada, quando for o caso, de acordo com critérios preestabelecidos;

VI – Acompanhar e documentar, sistematicamente, as visitas técnicas de qualificação da operação e do desempenho de equipamentos do CME, ou da empresa processadora de produtos para saúde;

VII – Definir critérios de utilização de materiais que não pertençam ao serviço de saúde, tais como prazo de entrada no CME, antes da utilização; necessidade, ou não, de reprocessamento, entre outros;

VIII – Participar das ações de prevenção e controle de eventos adversos no serviço de saúde, incluindo o controle de infecção;

IX – Garantir a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de acordo com o ambiente de trabalho do CME, ou da empresa processadora de produtos para saúde;

X – Participar do dimensionamento e da definição da qualificação necessária a os profissionais para atuação no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;

XI – Promover capacitação, educação permanente e avaliação de desempenho dos profissionais que atuam no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;

XII – Orientar e supervisionar as unidades usuárias dos produtos para saúde, quanto ao transporte e armazenamento dos mesmos;

XIII – Elaborar termo de referência, ou emitir parecer técnico relativo à aquisição de produtos para saúde, equipamentos e insumos a serem utilizados no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;

XIV – Atualizar-se, continuamente, sobre as inovações tecnológicas relacionadas ao processamento de produtos para saúde.

Art. 2º - Os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem que atuam em CME, ou em empresas processadoras de produtos para saúde, realizam as atividades previstas nos POPs, sob orientação e supervisão do Enfermeiro.

Art. 3º - Cabe aos Conselhos Regionais adotar as medidas necessárias ao cumprimento desta Resolução.

Art. 4º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 19 de abril de 2012.



RESOLUÇÃO COFEN 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.



RESOLUÇÃO COFEN 438/2012

Dispõe sobre a proibição do regime de sobreaviso para enfermeiro assistencial.

O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, no uso de suas atribuições legais e competências estabelecidas na Lei 5.905, de 12 de julho de 1973, e no Regimento Interno, aprovado pela Resolução Cofen nº. 421/2012. CONSIDERANDO que o art. 15 da Lei nº 7.498/86 exige a presença de enfermeiro durante todo período de funcionamento da instituição de saúde; CONSIDERANDO que o art. 244, §2º, da CLT considera de 'sobreaviso' "o empregado efetivo, que permanecer em sua própria casa, aguardando a qualquer momento o chamado para o serviço"; CONSIDERANDO a aprovação do parecer de conselheiro nº 134/2012 pelo Plenário do Cofen 418º Reunião Ordinária e tudo o mais que consta do PAD Cofen nº 432/2011; RESOLVE:

Art. 1º – É vedado ao enfermeiro assistencial trabalhar em regime de sobreaviso, salvo se o regime for instituído para cobrir eventuais faltas de profissionais da escala de serviço.

Art. 2º – A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se disposições em contrário.

Brasília, 07 de novembro de 2012.



RESOLUÇÃO COFEN 448/2013

Aprova e adota o Manual de Procedimentos Administrativos para Registro e Inscrição dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências.

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, 05 de novembro de 2013.

**NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA REGISTRO DE TÍTULOS,
CONCESSÃO DE INSCRIÇÃO, TRANSFERÊNCIA, SUSPENSÃO
TEMPORÁRIA DE INSCRIÇÃO, CANCELAMENTO E REINSCRIÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E SUBSTITUIÇÃO DA CARTEIRA
PROFISSIONAL DE IDENTIDADE.**

CAPITULO I - DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º – É livre o exercício da Enfermagem em todo o Território Nacional, observadas as disposições da Lei nº. 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

§ 1º. O registro e a inscrição serão feitos no Conselho Regional de Enfermagem da jurisdição em que ocorrerá o exercício profissional.

§ 2º. É facultado ao profissional de Enfermagem ter mais de uma inscrição em graus diferentes, submetendo-se às obrigações e direitos inerentes à situação, desde que não tenha sido cassado em nenhuma delas ou esteja em processo de reabilitação.

Art. 2º – A carteira profissional de identidade terá validade de 05 (cinco) anos, contados a partir da data de sua emissão, devendo o profissional renová-la antes do fim desse período, sob pena de responder nos termos da legislação vigente (Anexos IA, IC e IB).

Parágrafo único – No ato da renovação o Conselho Regional de Enfermagem adotará as medidas legalmente cabíveis, a fim de regularizar a situação do profissional perante a Autarquia.

Art. 3º – É vedado o registro e a inscrição aos portadores de diplomas de tecnólogo e aos egressos de cursos sequenciais de formação específica com carga horária e conteúdos programáticos não contemplados na Lei nº 7.498/86.

Art. 4º – O domicílio profissional é a área geográfica em que se localiza a sede principal de sua atividade, quer nela resida ou não o profissional.

**CAPITULO II - DOS QUADROS PROFISSIONAL
DE ENFERMAGEM E SUA ORGANIZAÇÃO**

Art. 5º – Os profissionais de Enfermagem serão inscritos em quadros distintos, observado o seguinte:

- a) Quadro I – Enfermeiro e Obstetriz;
- b) Quadro II - Técnico de Enfermagem;
- c) Quadro III - Auxiliar de Enfermagem e Parteira.

Art. 6º – As habilitações e qualificações dos profissionais de Enfermagem são indicadas pelas seguintes siglas:

- a) ENF – Enfermeiro;
- b) OBS - Obstetriz;
- c) TEC - Técnico de Enfermagem;
- d) AUX – Auxiliar de Enfermagem;
- e) PAR – Parteira.

Art. 7º – O número da inscrição definitiva impresso na carteira profissional de identidade deverá ser apostado junto à sigla do Conselho Regional de Enfermagem que jurisdiciona a área de atuação do inscrito, bem como o grau de habilitação/qualificação, conforme exemplo: Coren-XX 102043-XXX.

Parágrafo único – O número atribuído ao registro do título é o mesmo conferido a inscrição definitiva do profissional.

CAPITULO III - DO REGISTRO DE TÍTULOS

Art. 8º – Registro de títulos é o ato pelo qual o Conselho Regional de Enfermagem, após análise dos documentos que instruem o pedido, transcreve para o sistema Informatizado os dados necessários e previstos nesta Norma e apõe o selo de registro no diploma, certificado ou certidão de inteiro teor.

§ 1º. No selo de registro constará a denominação “Conselho Federal de Enfermagem”, bem como o nome do titulado, especificação de seu grau de habilitação/qualificação e quadro, número de registro do título, data do registro, indicação do livro e da folha em que foi lançado, contendo também a assinatura do Responsável pelo Registro e Cadastro e a firma do Presidente do Conselho Regional de Enfermagem (Anexo II).

§ 2º. Quando se tratar de escola extinta o selo de registro será apostado na certidão de inteiro teor expedida pelos órgãos da educação.

Art. 9º – O Conselho Regional de Enfermagem, através do responsável pelo registro e cadastro, fará análise do título e dos documentos entregues.

Art. 10 – Para o controle do cadastro único, o Conselho Federal de Enfermagem do Cofen receberá dos Conselhos Regionais de Enfermagem os dados dos profissionais por meio digital, através de um sistema de informação, ocasião em que fornecerá o número de registro, seqüencial e nacional, em cada um dos quadros previstos nesta Norma.

CAPITULO IV - DA INSCRIÇÃO PROFISSIONAL

Art. 11 – A inscrição é o ato pelo qual o Conselho Regional de Enfermagem confere habilitação legal ao profissional para o exercício da atividade de Enfermagem, podendo ser a mesma Definitiva e Remida, obedecido o seguinte:

I - Inscrição Definitiva:

a) Principal – É aquela concedida pelo Conselho Regional de Enfermagem que jurisdiciona o domicílio profissional do interessado e que confere habilitação legal para o exercício permanente da atividade na área dessa jurisdição, e para o exercício eventual em qualquer parte do Território Nacional.

b) Secundária - É a concedida para o exercício permanente e cumulativo em área não abrangida pela jurisdição do Conselho Regional de Enfermagem da Inscrição Definitiva Principal.

c) Remida – É a concedida ao profissional de Enfermagem com idade igual ou superior a 60 (sessenta anos), que tenha no mínimo 30 (trinta) anos de inscrição no Sistema Cofen/Conselhos Regionais e ainda que nunca tenha sido penalizado

em processo ético e/ou administrativo no Sistema Cofen/Conselhos Regionais.

Parágrafo único – O Conselho Regional de Enfermagem terá prazo máximo de 30 (trinta) dias para deferir os pedidos de inscrições e disponibilizar as carteiras profissionais de identidade.

Art. 12 – A carteira profissional de identidade assinada e com digital, o diploma e o certificado de conclusão do curso ou a certidão de inteiro teor poderão ser remetidos ao inscrito via Correio com Aviso de Recebimento (AR), desde que seja requerido pelo interessado e efetuado o pagamento da taxa de envio.

§ 1º. Na hipótese dos documentos referidos no caput desse artigo retornar ao Conselho Regional de Enfermagem, o inscrito será comunicado oficialmente, que os documentos deverão ser retirados no prazo máximo de 90 (noventa) dias.

§ 2º. Decorrido o prazo estipulado o Regional arquivará os documentos.

§ 3º. Os documentos somente serão desarquivados a pedido do profissional, mediante o pagamento da taxa de desarquivamento.

Art. 13 – É facultada a realização de reunião para entrega dos documentos ao inscrito e orientação sobre as normas dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem.

Art. 14 – O profissional de Enfermagem com Inscrição Principal que exerça eventualmente a atividade em outro estado por um prazo que não exceda 90 (noventa) dias consecutivos não está sujeito à Inscrição Secundária, devendo única e obrigatoriamente comunicar aos Conselhos Regionais de Enfermagem de ambas as jurisdições, por escrito, a localidade, o período e a atividade a ser exercida (Anexo III)

§ 1º. O Conselho Regional através de seu Presidente, poderá conceder inscrição “ad referendum” do Plenário, após analisados os documentos entregues, devendo registrar em livro próprio, transcrevendo os dados necessários estipulados nesta Norma.

§ 2º. O Conselho Regional dará publicidade ao deferimento da inscrição em seu site na internet ou em outro meio de comunicação.

CAPITULO V - DO PROCESSAMENTO DAS INSCRIÇÕES DEFINITIVAS E REMIDAS

SEÇÃO I - INSCRIÇÃO DEFINITIVA PRINCIPAL

Art. 15 – O requerimento dirigido ao Conselho Regional de Enfermagem, para obtenção de qualquer tipo de inscrição por meio físico ou digital, será obrigatoriamente firmado pelo interessado e conterá as seguintes informações (anexo IV):

- I. nome completo;
- II. filiação;
- III. nacionalidade;
- IV. naturalidade;
- V. estado civil;

- VI. data de nascimento;
- VII. sexo;
- VIII. número do CPF;
- IX. número do título de eleitor, zona e seção;
- X. número do certificado de reservista;
- XI. número da Identidade civil ou de outro documento com valor legal e no qual conste data de emissão e o órgão emitente;
- XII. endereço residencial completo e comprovado (rua, número, complemento, bairro, CEP, município e estado);
- XIII. telefone fixo e celular, se possuir;
- XIV. endereço comercial (rua, número, complemento, bairro, CEP, município e estado), se possuir;
- XV. endereço eletrônico (e-mail), se possuir;
- XVI. se o interessado é portador de necessidades especiais, a espécie e o grau ou nível da deficiência com a apresentação de laudo médico.

Parágrafo único – Constará ainda do requerimento o código de barras e termo de compromisso firmado pelo interessado, de que manterá atualizados seus endereços, residencial e profissional (art. 12 da Lei 2.604/55 e Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem) e 01 fotografia recente formato 3x4 e igual a da carteira profissional de identidade.

Art. 16 – O requerimento será instruído com os seguintes documentos:

- I. 02 (duas) fotografias recentes com fundo branco em formato 3x4 ou por meio digital, esta última de responsabilidade do Conselho Regional de Enfermagem;
 - II. original e cópia do comprovante de recolhimento da taxa e anuidade do exercício vigente, de acordo com a norma vigente;
 - III. original e cópia da carteira de identidade civil ou outro documento com valor legal, no qual consta data da emissão e o órgão emitente;
 - IV. original e cópia da carteira de identidade, no caso de estrangeiro, nos termos da legislação própria;
 - V. original e cópia do comprovante de residência com data inferior a 6 (seis) meses;
 - VI. original e cópia do título de eleitor com comprovante de votação da última eleição e/ou certidão de quitação eleitoral emitida pela justiça eleitoral;
 - VII. original e cópia documento de Cadastro de Pessoa Física – CPF;
 - VIII. certidão ou comprovante de quitação com serviço militar para o sexo masculino, com idade inferior a 45 anos.
- § 1º. Inexistindo comprovante de residência em nome do interessado este deverá firmar declaração de residência (anexo V).
- § 2º. As cópias apresentadas deverão ser confrontadas com os originais e autenticadas pelo servidor do Coren.
- § 3º. Os documentos originais poderão ser substituídos por cópias autenticadas por cartório público.
- § 4º. A certidão de nascimento ou casamento deverá ser apresentada na hipótese de divergência ou ausência nos dados do requerente.

Art. 17 – Além dos documentos referidos no artigo anterior, o requerimento de Inscrição Definitiva Principal será instruído com o original do diploma para os Enfermeiros, Obstetizes e Técnicos de Enfermagem ou original do certificado de conclusão do curso para os Auxiliares de Enfermagem, em conformidade com as previsões contidas nos artigos 6º., 7º., 8º. e 9º. da Lei 7.498/86.

Parágrafo único – Na hipótese de escola extinta o interessado deverá apresentar a competente “Certidão de Inteiro Teor” expedida pelos Órgãos da Educação.

SEÇÃO II - DA INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA E REMIDA SECUNDÁRIA

Art. 18 – Além do requerimento e documentos exigidos no art. 16 o profissional deverá apresentar:

- a) original e cópia da carteira profissional de identidade expedida pelo Conselho Regional de Enfermagem da inscrição principal;
- b) original e cópia do comprovante de pagamento da anuidade do ano vigente, para os inscritos não remidos;
- c) original e cópia da taxa de Inscrição Secundária ou Remida Secundária;
- d) original e cópia do comprovante de endereço de referência dentro do território jurisdicionado pelo Conselho Regional de Enfermagem onde é pleiteada a Inscrição Secundária;
- e) o profissional de Enfermagem poderá ter uma ou mais inscrições secundárias, sendo a este obrigatório o pagamento da anuidade no Conselho Regional de Enfermagem da Inscrição Principal e Secundárias.

§ 1º. O Regional que concedeu a Inscrição Secundária Definitiva ou Remida Secundária dará oficialmente ciência de sua concessão ao Regional da Inscrição Principal.

§ 2º. Ao profissional portador de Inscrição Secundária será expedida nova carteira profissional de identidade com o mesmo número de sua Inscrição Definitiva Principal, seguido das letras “IS”, ligada por hífen e ao portador de Inscrição Remida Secundária carteira profissional de identidade, seguida das letras “IRS”.

SEÇÃO III - DA INSCRIÇÃO PARA DIPLOMADOS ESTRANGEIROS

Art. 19 – Para concessão de inscrição o interessado deverá juntamente com o requerimento apresentar os documentos previstos no art. 16 da presente Norma, exceto o título de eleitor e certificado de reservista, bem como cópia do documento comprobatório de sua permanência legal e definitiva no país.

Art. 20 – Na carteira profissional de identidade deverá constar a mesma data de validade da carteira de identidade de estrangeiro expedida pela Polícia Federal, desde que esse prazo não seja superior a 05 (cinco) anos.

Art. 21 – Os diplomas e certificados expedidos por instituições de ensino estrangeiras devem ser revalidados, na forma da lei, por instituição credenciada pelo órgão da educação, conforme procedimentos adotados pelo Ministério da Educação.

Art. 22 – O Profissional para obter registro junto aos Conselhos Regionais de Enfermagem deve comprovar a proficiência na língua portuguesa, apresentando o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros (CELPE-BRAS), expedido por instituição oficial de ensino.

Art. 23 – Os brasileiros e estrangeiros deverão apresentar original e cópia do diploma ou certificado revalidado por instituição de ensino pública, que ministra o curso de Enfermagem e ainda cópia da tradução do diploma ou do certificado, realizada por tradutor publico juramentado.

Art. 24 – Ao interessado portador de visto temporário, na condição de professor, técnico ou profissional sob regime de contrato ou a serviço do governo brasileiro será fornecida Certidão de Autorização para o exercício profissional, com validade igual ao visto temporário expedida pela Polícia Federal, Ministério da Justiça ou Ministério do Trabalho, desde que não ultrapasse a data do término do contrato de trabalho.

Parágrafo único – O requerente deverá apresentar documento comprobatório do período da atividade a ser desenvolvida no Brasil.

Art. 25 – O Estrangeiro com visto de refugiado/asilado, conforme estabelece a Lei nº. 9.474, de 22 de julho de 1997, deverá apresentar os documentos previstos no artigo 16, exceto o título de eleitor e certificado de reservista.

Parágrafo único – A carteira profissional de identidade terá a mesma data de validade do visto de refugiado/asilado, desde que respeitada a validade máxima de 05 (cinco) anos.

CAPITULO VI - DA INSCRIÇÃO REMIDA

Art. 26 – A Inscrição Remida é concedida ao profissional de Enfermagem com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, que tenha 30 (trinta) anos de inscrição e que nunca tenha sofrido penalidade ética e/ou administrativa no Sistema Cofen/Conselhos Regionais.

§ 1º. Para obter Inscrição Remida o profissional deverá estar quite com todas as obrigações financeiras junto ao Conselho Regional de Enfermagem, inclusive quanto à anuidade integral do exercício, se o requerimento for protocolizado após 31 de março do exercício vigente.

§ 2º. É permitido o exercício da profissão ao portador de Inscrição Remida.

§ 3º. O profissional portador de Inscrição Remida poderá votar e ser votado.

§ 4º. O inscrito remido está isento do pagamento das anuidades após sua concessão.

§ 5º. Ao profissional portador de Inscrição Remida será expedida nova carteira profissional de identidade com o mesmo número de sua Inscrição Definitiva Principal, seguido da letra "IR", ligada por hífen.

§ 6º. O profissional poderá reverter sua Inscrição Remida para Definitiva, desde que requeira e efetue o pagamento da taxa e anuidade devida.

CAPITULO VII - DA TRANSFERÊNCIA DE INSCRIÇÃO

Art. 27 – A transferência de inscrição será deferida para o portador de Inscrição Definitiva e Remida, que necessitar transferir seu domicílio profissional por tempo superior a 3 (três) meses, para a jurisdição de outro Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 28 – A transferência de inscrição será sempre solicitada no Regional de destino.

§ 1º. No ato do pedido de transferência, deverá o Regional de destino solicitar a certidão que comprove a situação inscricional, eleitoral, a existência ou não de processo ético e/ou administrativo e débito (anexo VI A).

§ 2º. Na hipótese de constar débitos estes deverão ser informados discriminadamente na certidão, e as correspondentes taxas serão cobradas, do requerente, no ato de requerimento (anexo VI B).

Art. 29 – A existência de débito do profissional não é impeditivo para o pedido e a concessão da transferência, devendo o valor daqueles constar discriminadamente na certidão.

§ 1º. Caberá ao Conselho Regional de Enfermagem de destino, efetuar a cobrança, recebimento e posse dos valores devidos ao Sistema.

§ 2º. O Conselho Regional de Enfermagem de origem, quando da remessa do prontuário fará constar no ofício, que o débito será cobrado no Conselho Regional de destino.

Art. 30 – Excepcionalmente, quando o profissional houver sido executado judicialmente na jurisdição do Conselho Regional de Enfermagem de origem e a ação ainda estiver em tramitação, o recebimento dos valores executados caberá ao Órgão de origem e a ocorrência deverá ser comunicada ao Regional de destino.

Art. 31 – Existindo processo administrativo fiscal instaurado contra o profissional que requerer transferência, cópia autenticada do mesmo será encaminhada ao Regional de destino, a quem caberá dar continuidade à cobrança e receber os valores devidos.

Art. 32 – Na hipótese de haver sido autorizado o parcelamento de anuidade ao profissional que requerer transferência, ainda que esteja este inadimplente com qualquer das parcelas, ser-lhe-á concedida transferência, cabendo ao Conselho Regional de Enfermagem de destino receber os débitos, mesmo que estes venham representar valores inferiores ou superiores aos dos praticados pelo Regional de destino.

Art. 33 – A taxa de transferência deverá ser recolhida no Conselho Regional de Enfermagem de destino.

Art. 34 – O Conselho Regional de Enfermagem de destino após análise dos documentos ativar a inscrição do profissional.

Parágrafo único – A carteira profissional de identidade será expedida no prazo máximo de 10 (dez) dias.

Art. 35 – O Conselho Regional de Enfermagem de destino comunicará

imediatamente ao Regional de origem o deferimento da transferência e solicitará o cancelamento do tipográfico da carteira profissional de identidade (anexo VII).

Parágrafo único – Recebido o comunicado referido no caput deste artigo o Regional de origem retornará ao Regional de destino comunicando o cancelamento do tipográfico, informando a anotação da transferência e os valores dos débitos caso existam (anexo VIII)

Art. 36 – A anuidade do exercício que houver sido paga no Conselho Regional de Enfermagem de origem não deverá ser repetida no de destino.

Art. 37 – Até o mês de março do exercício vigente o pagamento da anuidade integral do profissional em transferência poderá ser efetuado tanto para o Conselho Regional de Enfermagem de destino quanto para o de origem.

Art. 38 – A transferência efetuada será anotada no prontuário, não acarretando alteração no número da Inscrição Principal.

Art. 39 – Ao Conselho Regional de Enfermagem de destino, no ato do requerimento de transferência, também deverão ser apresentadas cópias dos seguintes documentos:

I. 02 (duas) fotografias recentes e iguais com fundo branco em formato 3x4 ou por meio digital, esta última de responsabilidade do Conselho Regional de Enfermagem;

II. original e cópia da carteira de identidade, no caso de estrangeiro, nos termos da legislação própria;

III. original e cópia do título de eleitor com comprovante de votação da última eleição e/ou certidão de quitação eleitoral emitida pela justiça eleitoral;

IV. original e cópia documento de Cadastro de Pessoa Física – CPF;

V. certidão ou comprovante de quitação com serviço militar para o sexo masculino, com idade inferior a 45 anos;

VI. original e cópia do título de eleitor com comprovante de votação da última eleição e/ou certidão de quitação eleitoral emitida pela justiça eleitoral;

VII. original da carteira profissional de identidade expedida pelo Regional de origem;

VIII. cópia do diploma, certificado de conclusão do curso ou certidão de inteiro teor constando os dados do registro.

Parágrafo único – Em caso de eventual extravio da carteira profissional de identidade o interessado deverá juntar ao requerimento o Boletim de Ocorrência Policial ou declaração de próprio punho, nela constando, expressamente, nome, CPF, número da carteira de identidade, grau de habilitação ou qualificação e número de inscrição no Coren (anexo VII).

CAPÍTULO VIII - DA SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DE INSCRIÇÃO

Art. 40 – A suspensão temporária da inscrição será deferida unicamente para o portador de Inscrição Definitiva Principal, quando este comprovar afastamento do exercício de sua atividade profissional sem percepção de qualquer vantagem pecuniária dela decorrente ou por motivo de doença e ainda por motivo de afastamento do país, bem como para ocupar cargo eletivo.

§ 1º. O requerimento será instruído com certidão emitida por órgão público na qual conste a concessão de licença sem vencimento ou laudo médico pericial contendo a informação do código de Classificação Internacional de Doenças – CID ou cópia autenticada do passaporte e do comprovante da viagem ou ata de posse e/ou documento similar do eleito (anexo IX).

§ 2º. Nos documentos referidos no parágrafo anterior deverá constar que o prazo de afastamento do exercício da atividade profissional do interessado será igual ou superior a 12 (doze) meses.

§ 3º. Para obter a Suspensão Temporária de Inscrição o profissional deverá estar regular as obrigações pecuniárias perante a Autarquia, bem como não estar respondendo a processo ético e/ou administrativo.

§ 4º. Até o mês de março não será devido o pagamento da anuidade do exercício pelo profissional que requerer suspensão temporária de inscrição.

§ 5º. O Conselho Regional através de seu Presidente, poderá conceder suspensão temporária de inscrição “ad referendum” do Plenário.

§ 6º. A suspensão da inscrição concedida por prazo superior a 12 meses, obriga o inscrito a, anualmente, comprovar que permanece não exercendo a atividade profissional, sob pena de assim não procedendo, ser reativada sua inscrição com a cobrança das anuidades devidas.

§ 7º. Retornando à atividade o profissional deverá regularizar sua situação perante o Conselho Regional de Enfermagem, efetuando o pagamento da anuidade, sendo essa proporcional aos meses que restam para o término do exercício fiscal.

§ 8º. A carteira profissional, nos caso de suspensão, ficará sob a guarda do Conselho Regional, que a devolverá quando do retorno do profissional as atividades de Enfermagem.

CAPITULO IX - DO CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Art. 41 – O cancelamento de inscrição é efetuado nos seguintes casos:

I - Por requerimento nos seguintes casos:

- a) inscrição em novo grau de habilitação;
- b) encerramento de atividade profissional;
- c) solicitação pessoal;
- d) interdição judicial.

II - Por “ex officio”, nos casos de:

- a) cancelamento por ordem administrativa ou judicial;
- b) cassação do direito ao exercício profissional;
- c) falecimento.

§ 1º. O pedido de cancelamento nos casos previstos no inciso I deverá ser feito mediante requerimento da parte interessada ou por procurador constituído com poderes específicos para esse fim, junto ao Conselho Regional de Enfermagem.

§ 2º. Ocorrida a hipótese de mudança de grau de habilitação o cancelamento será feito no ato da efetivação da nova inscrição.

§ 3º. O cancelamento previsto no inciso II, alínea “c”, será realizado mediante a apresentação da certidão de óbito do profissional.

§ 4º. O cancelamento por interdição judicial deverá ser requerido pelo representante legal do profissional.

§ 5º O cancelamento não isenta o profissional das responsabilidades e obrigações pecuniárias.

Art. 42 – O cancelamento da inscrição obriga a restituição da carteira profissional de identidade ao Conselho Regional de Enfermagem, cabendo ao setor de registro da Autarquia instruir o processo, “ad referendum” do Plenário.

Parágrafo único – Em caso de eventual extravio da carteira profissional de identidade o interessado deverá juntar ao requerimento o Boletim de Ocorrência Policial ou declaração de próprio punho, nela constando, expressamente, sob as penas da Lei, que não está exercendo atividade na área da Enfermagem, nome, CPF, número da carteira de identidade, grau de habilitação ou qualificação e numero de inscrição no Coren.

Art. 43 – Excepcionalmente, a existência de débitos não é impedimento para o inscrito requerer o cancelamento de sua inscrição na hipótese do mesmo desejar, por qualquer motivo, encerrar suas atividades profissionais.

§ 1º. Na situação referida no caput deste artigo poderá ser concedido parcelamento do débito ao interessado e procedida à anotação de cancelamento nos registros do Conselho Regional de Enfermagem, para que novas anuidades não sejam geradas (Anexo X).

§ 2º. O não cumprimento do parcelamento concedido ensejará o início da cobrança executiva do débito não quitado.

Art. 44 – O profissional que protocolizar o pedido de cancelamento até o dia 31 de março estará isento da anuidade do ano vigente, a partir desta data a anuidade será cobrada proporcionalmente.

CAPITULO X - DO PEDIDO DE REINSCRIÇÃO

Art. 45 – A reinscrição será deferida ao profissional de Enfermagem a qualquer tempo, restabelecendo-se suas prerrogativas legais do exercício da profissão.

§ 1º. O requerimento será instruído com os dados do processo e a apresentação da documentação original, para conferência dos dados, sendo-lhe atribuído o mesmo número de inscrição e sujeitando-se às disposições normativas vigentes de recolhimento da taxa e anuidade do exercício.

§ 2º. O profissional reabilitado para se reinscrever deverá adotar as mesmas medidas previstas nesta Norma, devendo ser retirado de seu prontuário e do sistema de informação todos os apontamentos referentes à sua condenação.

Art. 46 – O profissional que já tenha sido inscrito no Sistema Cofen/Conselhos Regionais e estiver inadimplente, para requerer reinscrição deverá regularizar sua situação.

CAPITULO XI DA EMISSÃO DE SEGUNDA VIA DA CARTEIRA PROFISSIONAL DE IDENTIDADE

Art. 47 – A substituição da carteira profissional de identidade será solicitada através de requerimento firmado pelo profissional quando esta for extraviada, roubada, furtada, inutilizada, destruída ou no caso de alteração de nome, devendo ser anexado Boletim de Ocorrência ou documento firmado pelo interessado declarando sob as penas da Lei o motivo pelo qual é necessária a emissão de segunda via, bem cópia da certidão de casamento ou ainda cópia da certidão de casamento averbada, quando se tratar de divórcio.

Parágrafo único – Quando se tratar de furto ou roubo comprovado através de Boletim de Ocorrência Policial o inscrito ficará isento da taxa de segunda via da carteira profissional de identidade.

CAPITULO XII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 48 – Os atendentes de Enfermagem e assemelhados receberão autorização nos termos das Leis nºs . 7.498/1986, 8967/1994 e da Resolução Cofen nº. 185/95.

Parágrafo único – Os atendentes serão indicados pela sigla AUT.

Art. 49 – O protocolo de requerimento de Inscrição Definitiva conterá tarja em diagonal com a seguinte anotação: SEM DIREITO AO EXERCÍCIO PROFISSIONAL.

Art. 50 – É vedado, ao Coren o fornecimento de certidão, declaração ou qualquer documento similar que permita o direito ao exercício profissional.

Art. 51 – O Conselho Regional de Enfermagem organizará os livros eletrônicos de inscrição obedecendo as seguintes normas:

I – cada livro terá no total 200 (duzentas) folhas numeradas;

II – em cada folha conterá informações de 02 (dois) inscritos no anverso e 2 (dois) no verso;

III – o sistema informatizado deverá gerar o livro em formato PDF, contendo nas margens de cada folha o número do livro, grau de habilitação ou qualificação, número da página, e a informação “anverso” ou “verso”;

IV – deverão constar do livro de registro os dados do profissional: nome completo, filiação, data de nascimento, nacionalidade, cidade, Estado/País, número do Registro Geral (RG) e CPF; nome do servidor responsável pelo lançamento das informações no sistema informatizado; número e data da inscrição; estabelecimento expedidor do título, dados de registro do Cofen e Coren; dados da instituição certificadora e outros (número, livro, folha e data), natureza do título e um campo para observações, onde constará a reunião em que foi aprovada a inscrição.

Art. 52 – Os prontuários dos profissionais após digitalização poderão ser descartados, conforme norma que rege o assunto.

Parágrafo único – Na eventualidade de constar dentro do prontuário documentos originais, estes deverão ser remetidos ao inscrito.

Art. 53 – É da competência privativa do Conselho Federal de Enfermagem a elaboração do modelo de requerimento para inscrição, suspensão temporária de inscrição, bem como dos selos de registro e carteira profissional de identidade.

Art. 54 – As inscrições somente serão tramitadas após o pagamento da taxa

e anuidade do exercício de acordo com a norma vigente.

Art. 55 – Para inscrição no Sistema a anuidade do exercício deverá ser cobrada de forma proporcional, quando solicitada a partir de mês de julho.

Art. 56 – O profissional que protocolizar seu requerimento de cancelamento por mudança de grau de habilitação/qualificação até o dia 31 de março do ano vigente ficará isento do pagamento da anuidade de sua atual categoria, devendo pagar unicamente a anuidade da nova categoria, na forma estabelecida no artigo 54.

Art. 57 – É facultado ao profissional constituir procurador para representá-lo e requerer inscrição junto ao Conselho Regional de Enfermagem, desde que não haja necessidade de coleta de dados biométricos e/ou foto digitalizada.

Art. 58 – O profissional inscrito ou que já tenha sido inscrito junto ao Sistema Cofen/Conselhos Regionais, para requerer qualquer tipo de inscrição, reinscrição ou transferência deverá apresentar certidão expedida pelo Conselho Regional de Enfermagem onde foi inscrito contemplando sua situação inscricional, financeira, ética e eleitoral.

Parágrafo único – Na hipótese de pendência financeira, ética ou eleitoral o Conselho Regional de Enfermagem de origem dará ciência ao outro Regional, que o profissional se encontra inscrito em sua jurisdição.

Art. 59 – É vedada a inscrição de menores 16 anos de idade no Conselho Regional de Enfermagem, conforme previsto na Resolução Cofen nº. 217/1999.

CAPÍTULO XIV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 60 – Os anexos que acompanham esta Norma são partes integrantes desta Resolução e deverão ser obrigatoriamente utilizados pelos Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 61 – É proibido plastificar a carteira profissional de identidade devido aos dispositivos de segurança nela existentes.

Art. 62 – Compete privativamente ao Conselho Federal de Enfermagem instituir, padronizar e contratar empresa para confecção de carteiras profissionais de identidade e selos, bem como padronizar os modelos de certificados e livros instituídos na presente Norma.

Art. 63 – É de responsabilidade do Presidente do Conselho Regional de Enfermagem o controle do saldo de estoque e a previsão anual de consumo de carteiras profissionais de identidade definitiva, selos de registro e das autorizações, de acordo com suas necessidades.

Art. 64 – Os Atos Decisórios dos Conselhos Regionais de Enfermagem deferindo a concessão de inscrições, autorização, indeferimentos, inscrição em novo grau de habilitação, as transferências, bem como os cancelamentos e suspensão de inscrição, serão obrigatoriamente homologados pelo plenário e publicados no Diário Oficial da respectiva jurisdição, ou outro meio legal de divulgação, para o fim de ser cumprido o princípio constitucional da publicidade.

Art. 65 – Para os casos em que há exigência do pagamento de anuidade,

o Regional deverá observar as normas previstas na Resolução Cofen, que dispõe sobre o pagamento de anuidades.

Art. 66 – Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 67 – Esta Norma, parte integrante da Resolução nº 448/2013 do Conselho Federal de Enfermagem, entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 05 de novembro de 2013.



RESOLUÇÃO COFEN 450/2013

Normatiza o procedimento de Sondagem Vesical no âmbito do 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 da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012, CONSIDERANDO o Artigo, inciso I, alíneas "l" e "m", da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Artigo 8º, inciso I, alíneas "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 as recomendações emanadas da Oficina sobre Prática Profissional, ocorrida no Cofen em março de 2012, focalizando o procedimento de Sondagem Vesical; e CONSIDERANDO tudo mais que consta nos autos do PAD/ Cofen nº 149/2011 e a deliberação do Plenário em sua 436ª Reunião Ordinária, RESOLVE:

Art. 1º – Aprovar o Parecer Normativo que dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Sondagem Vesical, anexo a esta Resolução;

Art. 2º – Cabe aos Conselhos Regionais adotar as medidas necessárias para acompanhar a realização do procedimento de que trata esta Resolução, visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos;

Art. 3º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 11 de dezembro de 2013.

ANEXO

I. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para atuação da equipe de enfermagem em sondagem vesical visando à efetiva segurança do paciente submetido ao procedimento.

II. COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM SONDAGEM VESICAL

A sondagem vesical é um procedimento invasivo e que envolve riscos ao paciente, que está sujeito a infecções do trato urinário e/ou a trauma uretral ou vesical. Requer cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica, conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas e, por essas razões, no âmbito da equipe de Enfermagem, a inserção de cateter vesical é privativa do Enfermeiro, que deve imprimir rigor técnico-científico ao procedimento. Ao Técnico de Enfermagem, observadas as disposições legais da profissão, compete a realização de atividades prescritas pelo Enfermeiro no planejamento da assistência, a exemplo de monitoração e registro das queixas do paciente, das condições do sistema de drenagem, do débito urinário; manutenção de técnica limpa durante o manuseio do sistema de drenagem, coleta de urina para exames; monitoração do balanço hídrico – ingestão e eliminação de líquidos; sob supervisão e orientação do Enfermeiro. O procedimento de Sondagem Vesical deve ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se às determinações da Resolução Cofen nº 358/2009 e aos princípios da Política Nacional de Segurança do Paciente, do Sistema Único de Saúde.

III. RECOMENDAÇÕES DA OFICINA SOBRE PRÁTICA PROFISSIONAL – SONDAGEM VESICAL

Durante a Oficina sobre a Prática Profissional, ocorrida no Cofen em março de 2012, focalizando o procedimento de Sondagem Vesical, considerou-se que a execução do procedimento de Sondagem Vesical requer as seguintes ações da equipe de enfermagem, observadas as disposições legais da profissão sobre competências:

- Elaborar, rever e atualizar protocolos em conjunto com o CCIH e demais membros da equipe multidisciplinar, sobre cateterismo vesical, segundo evidências científicas;
- Participar do processo de aquisição do cateter vesical, da bolsa coletora e demais insumos necessários ao procedimento;
- Garantir que somente profissional Enfermeiro treinado faça a inserção dos dispositivos urinários;
- Garantir que os suprimentos necessários para uma técnica asséptica de inserção do cateter estejam disponibilizados;

- Escolher cateter de menor calibre possível, que garanta a drenagem adequada, a fim de minimizar ocorrências de trauma;
- Seguir práticas assépticas durante a inserção e manipulação do cateter vesical;
- Encher o balão de retenção com água destilada, pois as soluções salinas, ou que contenham outros eletrólitos, trazem risco de cristalização após longos períodos, o que pode dificultar a deflação no momento da retirada do cateter;
- Higienizar as mãos antes, durante e após a inserção e manipulação do cateter vesical;
- Utilizar um sistema de drenagem urinária que possa garantir sua esterilidade, como um todo, com o uso de bolsas plásticas descartáveis, munidas de alguns dispositivos que visam diminuir ainda mais a incidência de infecção urinária, como válvula antirrefluxo, câmara de gotejamento e local para coleta de urina, de látex auto-retrátil, para exames;
- O sistema cateter-tubo coletor não deve ser aberto e, se necessário, manusear com técnica asséptica;
- Manter a bolsa coletora abaixo do nível de inserção do cateter, evitando refluxo intravesical de urina;
- Obedecer a critérios determinados no protocolo para troca do cateter vesical;
- Manter fluxo de urina descendente e desobstruído, exceto para os casos pontuais de coleta de urina para análise;
- Realizar coleta de amostras de urina para análise com técnica asséptica;
- Registrar o procedimento realizado no prontuário do paciente, segundo normas da instituição e respectivos conselhos, devendo minimamente conter: data e hora da inserção do cateter, identificação completa do profissional que realizou o procedimento e data e horário da remoção do cateter;
- Substituir o sistema de drenagem, quando houver quebra na técnica asséptica, desconexão ou vazamento;
- Revisar regularmente a necessidade de manutenção do dispositivo, removendo-o logo que possível;
- Identificar e monitorar os grupos de pacientes susceptíveis a Infecção do Trato Urinário.

Na Oficina sobre Prática profissional, foram recomendados os seguintes indicadores de monitoramento da Sondagem Vesical, objetivando auferir a qualidade da assistência e as atividades dos serviços:

Trauma do Trato Urinário: Incidência de Trauma de TU = nº do pac. com trauma uretral no mês X 100 nº total de pac. sondados por mês

Perda de cateter vesical de demora: Incidência de Perda/obstrução de CVD = nº de perdas de CVD dia X 1000 nº total de pac. com CVD/dia

Obstrução de cateter vesical Incidência de Perda/obstrução de CVD = nº de cateteres obstruídos por dia X 1000 nº total de pac. com CVD/dia

Fixação inadequada do cateter vesical Ocorrência de fixação inadequada do cateter = nº de cateteres fixados inadequadamente/dia X 1000 nº total de pac.

com cateter vesical no dia Índice de infecção do trato urinário – ITU

Índice de ITU = $\text{n}^\circ \text{ de pacientes com ITU pós CV por dia} \times 1000 \text{ n}^\circ \text{ total de pac. com CV no dia}$

Durante a Oficina sobre Prática Profissional, também se abordou a necessidade de educação permanente da equipe de enfermagem, para realização segura e competente da Sondagem Vesical, o que deve ser realizado por profissionais de comprovada experiência, tanto da prática acadêmica como da assistencial, tendo por base as evidências científicas mais atualizadas.



RESOLUÇÃO COFEN 487/2015

Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica à distância e a execução da prescrição médica fora da validade.

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 14 de fevereiro de 2012 e CONSIDERANDO a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987; CONSIDERANDO a necessidade de atualizar a Resolução Cofen nº 225/2000 que dispõe sobre o cumprimento da prescrição medicamentosa/terapêutica à distância e a Resolução Cofen nº 281/2003 que dispõe sobre repetição/cumprimento da prescrição medicamentosa por profissional da saúde; CONSIDERANDO tudo o que consta nos autos do PAD Cofen nº 853/2014; CONSIDERANDO a deliberação do Plenário do Cofen em sua 462ª Reunião Ordinária; RESOLVE:

Art. 1º – É vedado aos profissionais de Enfermagem o cumprimento de prescrição médica à distância fornecida por meio de rádio, telefones fixos e/ou móveis, mensagem de SMS (short message service), correio eletrônico, redes sociais de internet ou quaisquer outros meios onde não conste o carimbo e assinatura do médico.

Art. 2º – Fazem exceção ao artigo anterior as seguintes situações de urgência e emergência:

I – Prescrição feita por médico regulador do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);

II – Prescrição feita por médico à pacientes em atendimento domiciliar;

III – Prescrição feita por médico em atendimento de telessaúde.

§ 1º. É permitido somente ao Enfermeiro o recebimento da prescrição médica à distância, dentro das exceções previstas nesta Resolução.

§ 2º. O Enfermeiro que recebeu a prescrição médica à distância estará obrigado a elaborar relatório circunstanciado, onde deve constar a situação que caracterizou urgência e emergência, as condutas médicas prescritas e as executadas pela Enfermagem, bem como a resposta do paciente às mesmas.

§ 3º. Os serviços de saúde que praticam os casos de atendimento previstos nos incisos deste artigo deverão garantir condições técnicas apropriadas para que o atendimento médico à distância seja transmitido, gravado, armazenado e disponibilizado quando necessário.

§ 4º. Prescrição feita pelo médico do serviço de Urgência e Emergência pré-Hospitalar fixo.

Art. 3º – É vedado aos profissionais de Enfermagem a execução de prescrição médica fora da validade.

§ 1º – Para efeitos do caput deste artigo, consideram-se válidas as seguintes prescrições médicas:

I – Nos serviços hospitalares, prescrições pelo período de 24 horas;

II – Nos demais serviços, as receitas e prescrições com a indicação do tipo de medicamento, procedimentos, doses e período de tratamento definidos pelo médico;

III – Protocolos de quimioterapia, com quantidade de doses e período de tratamento definidos pelo médico.

Art. 4º – Findada a validade da prescrição médica, os profissionais de Enfermagem poderão adotar as seguintes providências:

I – Em caso de prescrições médicas hospitalares com mais de 24 horas ou protocolos de quimioterapia finalizados, informar ao médico plantonista, ou médico supervisor/coordenador da clínica/unidade ou responsável pelo corpo clínico da instituição para tomar providências cabíveis;

II – Nos serviços ambulatoriais, orientar o paciente para retornar a consulta médica;

III – Nos serviços de atendimento domiciliar, informar ao médico de sobreaviso, ou médico supervisor/coordenador do atendimento ou responsável pelo corpo clínico da instituição para tomar providências cabíveis.

§ 1º. Em todos os casos descritos nos incisos deste artigo, os profissionais de Enfermagem deverão relatar por escrito o fato ocorrido, bem como as providências adotadas.

§ 2º. Os profissionais de Enfermagem que forem compelidos a executar prescrição médica fora da validade deverão abster-se de fazê-la e denunciar o fato e os envolvidos ao COREN da sua jurisdição, que deverá, na tutela do interesse público, tomar as providências cabíveis.

Art. 5º – Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 6º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando as Resoluções Cofen nº 225/2000 e 281/2003 e demais disposições em contrário.

Brasília, 25 de agosto de 2015.



RESOLUÇÃO COFEN 501/2015

Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências.

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 o Artigo 11, inciso I, alíneas “j”, “l” e “m”, da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Artigo 8º, inciso I, alíneas “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 Cofen nº 311, de 8 de fevereiro de 2007; CONSIDERANDO a Resolução CNE/CES nº 03 de 07 de novembro de 2001, que aprova as diretrizes curriculares nacionais; CONSIDERANDO os diversos pareceres acerca da matéria exarados pelas Câmaras Técnicas e/ou grupos técnicos dos Conselhos Regionais; CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas; CONSIDERANDO tudo o mais que consta nos autos do PAD Cofen nº 0194/2015; CONSIDERANDO a deliberação do Plenário em sua 471ª Reunião Ordinária; RESOLVE:

Art. 1º – Aprovar e instituir o Regulamento sobre a Competência da Equipe de Enfermagem no cuidado às feridas, conforme anexo I desta RESOLUÇÃO, disponível para consulta no endereço eletrônico www.cofen.gov.br.

Art. 2º – O Enfermeiro tem autonomia para abertura de Clínica de Prevenção e Cuidado de Feridas.

Art. 3º – Cabe aos Conselhos Regionais adotarem as medidas necessárias para acompanhar/fiscalizar o cumprimento deste regulamento, visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.

Art. 4º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 09 de dezembro de 2015.

ANEXO - NORMA TÉCNICA QUE REGULAMENTA A COMPETÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO ÀS FERIDAS

I. OBJETIVO

Regulamentar a competência da equipe de enfermagem, visando o efetivo cuidado e segurança do paciente submetido ao procedimento.

II. GLOSSÁRIO

Para efeito desta norma técnica serão utilizadas as seguintes definições:

1. Abrasão – erosão da pele através de algum processo mecânico (fricção ou traumatismo).
2. Abscesso – coleção de pus na derme e tecidos profundos adjacentes.
3. Celulite – inflamação dos tecidos indicando uma infecção local, caracterizada por vermelhidão, edema e sensibilidade.
4. Cisalhamento – deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes.
5. Cicatrização – é a cura de uma ferida por reparação ou regeneração dos tecidos afetados evoluindo em fases distintas.
6. Classificação das feridas – De acordo com o comprometimento tecidual as feridas são classificadas em quatro estágios:
 - Estágio I - caracteriza-se pelo comprometimento da epiderme apenas, com formação de eritema em pele íntegra e sem perda tecidual.
 - Estágio II - caracteriza-se por abrasão ou úlcera, ocorre perda tecidual e comprometimento da epiderme, derme ou ambas.
 - Estágio III - caracteriza-se por presença de úlcera profunda, com comprometimento total da pele e necrose de tecido subcutâneo, entretanto a lesão não se estende até a fáscia muscular.
 - Estágio IV - caracteriza-se por extensa destruição de tecido, chegando a ocorrer lesão óssea ou muscular ou necrose tissular.
7. Deiscência – Separação das bordas da ferida.
8. Desbridamento autolítico – processo seletivo de remoção da necrose (preserva o tecido vivo) pela ação dos neutrófilos, eosinófilos e basófilos; e das enzimas digestivas do próprio organismo do paciente. É promovido pelo uso de produtos que garantam a umidade adequada na ferida.
9. Desbridamento instrumental conservador – pode ser realizado à beira do leito ou ambulatorial, em lesões cuja área de necrose não seja muito extensa. Nestes casos, a analgesia local geralmente não é necessária visto que o tecido necrótico é desprovido de sensação dolorosa. Nos casos de lesões extensas ou úlceras em estágio IV, o paciente deverá ser encaminhado ao centro cirúrgico.
10. Desbridamento mecânico – consiste na aplicação de força mecânica

diretamente sobre o tecido necrótico a fim de facilitar sua remoção, promovendo um meio ideal para a ação de cobertura primárias. Pode ser fricção, irrigação com jato de solução salina à 0,9%, irrigação pulsátil, hidroterapia, curativo úmido-seco, enzimático e autólise.

11. Desbridamento químico – processo seletivo de remoção da necrose (preserva o tecido vivo) por ação enzimática.
12. Escoriação – arranhões lineares na pele.
13. Estoma - É a abertura cirúrgica que permite a comunicação entre um órgão interno e meio exterior.
14. Exsudato – acúmulo de líquidos em uma ferida.
15. Ferida – As feridas são modificações da pele ocasionadas por: traumas, processos inflamatórios, degenerativos, circulatórios, por distúrbios do metabolismo ou por defeito de formação. É o rompimento da estrutura e do funcionamento anatômico normal, resultante de um processo patológico que se iniciou interna ou externamente no(s) órgão(s) envolvido(s).
16. Ferida aguda – aquela que é resultado de cirurgia ou lesões ocorridas através de acidentes.
17. Ferida contaminada ou suja – ocorrida com tempo maior que 6 horas entre o trauma e o atendimento, sem sinal de infecção.
18. Ferida crônica – que têm um tempo de cicatrização maior que o esperado devido a sua etiologia. São feridas que não apresentam a fase de regeneração no tempo esperado, havendo um retardo na cicatrização.
19. Ferida infectada – são aquelas em que houve a proliferação de microrganismos, levando a um processo infeccioso, de início localizado, mas que pode sob determinadas condições, estender-se aos tecidos vizinhos, formar novos focos a distância ou generalizar-se por todo o organismo.
20. Ferida limpa – aquela produzida voluntariamente no ato cirúrgico, em local passível de assepsia ideal e condições apropriadas, não contendo microrganismos patogênicos.
21. Ferida ulcerativa – feridas escavadas, circunscritas na pele (formadas por necrose, sequestração do tecido), resultantes de traumatismo ou doenças relacionadas com o impedimento do suprimento sanguíneo. As úlceras de pele representam uma categoria de feridas que incluem úlceras por pressão, de estase venosa, arteriais e diabéticas.
22. Fricção – atrito que causa traumatismo mecânico a pele.
23. Granulação – formação de tecido conjuntivo e vários novos capilares em uma ferida.
24. Necrose – degeneração de um tecido por morte de suas células. Apresenta aspecto amarelado ou enegrecido.

- 25. Pus – fluido espesso composto por leucócitos, bactéria e debris celulares.
- 26. Úlcera por pressão – é uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão e cisalhamento, causado pela fricção.

III. COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO ÀS FERIDAS

- 1. Geral:
 - a) Realizar curativos, coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado às feridas.
- 2. Específicas:
 - a) Abertura de consultório de enfermagem para a prevenção e cuidado às feridas de forma autônoma e empreendedora, preferencialmente pelo enfermeiro especialista na área.
 - b) O procedimento de prevenção e cuidado às feridas deve ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se às determinações da Resolução Cofen nº 358/2009 e aos princípios da Política Nacional de Segurança do Paciente, do Sistema Único de Saúde.
 - c) Estabelecer prescrição de medicamentos/coberturas utilizados na prevenção e cuidado às feridas, estabelecidas em Programas de Saúde ou Protocolos Institucionais.
 - d) Realizar curativos de feridas em Estágio III e IV.
 - e) Os curativos de feridas em Estágio III, após sua avaliação, poderão ser delegados ao Técnico de Enfermagem.
 - f) Executar o desbridamento autolítico, instrumental, químico e mecânico.
 - g) Participar em conjunto com o SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) da escolha de materiais, medicamentos e equipamentos necessários à prevenção e cuidado às feridas.
 - h) Estabelecer uma política de avaliação dos riscos potenciais, através de escalas validadas para a prevenção de feridas, elaborando protocolo institucional.
 - i) Desenvolver e implementar plano de intervenção quando um indivíduo é identificado como estando em risco de desenvolver úlceras por pressão, assegurando-se de uma avaliação completa e continua da pele.
 - j) Avaliar estado nutricional do paciente através de seu IMC e se necessário utilizar-se de indicadores nutricionais como: hemoglobina, albumina sérica, aporte de zinco, vitaminas B12 e D.
 - k) Participar de programas de educação permanente para incorporação de novas técnicas e tecnologias, tais como coberturas de ferida, laser de baixa intensidade, terapia por pressão negativa, entre outros.
 - l) Executar os cuidados de enfermagem para os procedimentos de maior complexidade técnica e aqueles que exijam tomada de decisão imediata.
 - m) Garantir com eficácia e eficiência o reposicionamento no leito (mudança de decúbito), devendo estar devidamente prescrito no contexto do processo de enfermagem.

- n) Coordenar e/ou participar de testes de produtos/medicamentos a serem utilizados na prevenção e tratamento de feridas.
- o) Prescrever cuidados de enfermagem aos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, observadas as disposições legais da profissão.
- p) Solicitação de exames laboratoriais inerentes ao processo do cuidado às feridas, mediante protocolo institucional.
- q) Utilização de materiais, equipamentos e medicamentos que venham a ser aprovados pela Anvisa para a prevenção e cuidado às feridas.
- r) Utilização de tecnologias na prevenção e cuidado às feridas, desde que haja comprovação científica e aprovação pela Anvisa.
- s) Efetuar, coordenador e supervisionar as atividades de enfermagem relacionadas à terapia hiperbárica.
- t) Quando necessário, realizar registro fotográfico para acompanhamento da evolução da ferida, desde que autorizado formalmente pelo paciente ou responsável, através de formulário institucional.
- u) Registrar todas as ações executadas e avaliadas no prontuário do paciente, quanto ao cuidado com as feridas.

IV. ATUAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM FERIDAS

- a) Realizar curativo nas feridas em estágio I e II.
- b) Auxiliar o Enfermeiro nos curativos de feridas em estágio III e IV.
- c) Realizar o curativo nas feridas em estágio III, quando delegado pelo Enfermeiro.
- d) Orientar o paciente quanto aos procedimentos realizados e aos cuidados com a ferida.
- e) Registrar no prontuário do paciente a característica da ferida, procedimentos executados, bem como as queixas apresentadas e/ou qualquer anormalidade, comunicando ao Enfermeiro as intercorrências.
- f) Executar as ações prescritas pelo Enfermeiro.
- g) Manter-se atualizado participando de programas de educação permanente.

V. ATUAÇÃO DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM EM FERIDAS

- a) Realizar o curativo de feridas em estágio I.
- b) Auxiliar o Enfermeiro nos curativos de feridas em estágio III e IV.
- c) Orientar o paciente quanto aos procedimentos realizados e aos cuidados com a ferida.
- d) Registrar no prontuário do paciente a característica da ferida, procedimentos executados, bem como as queixas apresentadas e/ou qualquer anormalidade, comunicando ao Enfermeiro as intercorrências.
- e) Executar as ações prescritas pelo Enfermeiro.
- f) Manter-se atualizado participando de programas de educação permanente.



RESOLUÇÃO COFEN 509/2016

Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.

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 o Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, criado pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, é constituído pelo conjunto das Autarquias Federais Fiscalizadoras do exercício da profissão de Enfermagem, e tem por finalidade a normatividade, disciplina e fiscalização do exercício profissional da Enfermagem, e da observância de seus princípios éticos profissionais; CONSIDERANDO a prerrogativa estabelecida ao Cofen no art. 8º, IV, da Lei nº 5.905/73, de baixar provimentos e expedir instruções, para uniformidade de procedimento e bom funcionamento dos Conselhos Regionais; CONSIDERANDO que compete ao Conselho Federal de Enfermagem, conforme inciso II, art. 22 de seu Regimento Interno, orientar, disciplinar, normatizar e defender o exercício da profissão de Enfermagem, sem prejuízo das atribuições dos Conselhos Regionais de Enfermagem; CONSIDERANDO a competência do Cofen, estabelecida no art. 22, inciso X do Regimento Interno do Cofen, de baixar Resoluções, Decisões e demais instrumentos legais no âmbito da Autarquia; CONSIDERANDO que compete ao Conselho Federal de Enfermagem, de acordo com o inciso VII, art. 22 de seu Regimento Interno, propor alterações à Legislação do Exercício Profissional, estabelecendo as atribuições dos profissionais de Enfermagem; CONSIDERANDO o art. 3º, incisos "b" e "c" da Lei 2.604, de 17 de setembro de 1955, a qual regula o exercício da enfermagem profissional; CONSIDERANDO o art. 11, inciso I, alíneas "a", "b" e "c", da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o art. 8º, inciso I, alíneas "a", "b" e "c", do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987; CONSIDERANDO os arts. 48, 52, 53, 63, 66, 75 e 78 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução Cofen nº 311, de 08 de fevereiro de 2007; CONSIDERANDO o Parecer ASSLEGIS, integrante do PAD Cofen nº 265/2015; CONSIDERANDO o Parecer de Pedido de Vistas nº 151/2015 e o despacho da Presidência do Cofen, ambos integrantes do PAD nº 265/2015; CONSIDERANDO a proposta da Câmara Técnica de Fiscalização – CTFIS, constante do PAD nº Cofen 265/205; CONSIDERANDO a deliberação do Plenário em sua 467ª e 471ª Reunião Ordinária, constante dos PAD Cofen nº 265/2015 e 246/2015, respectivamente; CONSIDERANDO a deliberação do Plenário em sua

474ª Reunião Ordinária. RESOLVE:

Art. 1º – A Anotação de Responsabilidade Técnica, pelo Serviço de Enfermagem, bem como, as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico, passam a ser regidas por esta Resolução.

Art. 2º – Para efeitos desta Resolução considera-se:

I – Serviço de Enfermagem: parte integrante da estrutura organizacional, formal ou informal, da instituição, dotado de recursos humanos de Enfermagem e que tem por finalidade a realização de ações relacionadas aos cuidados assistenciais diretos de enfermagem ao indivíduo, família ou comunidade, seja na área hospitalar, ambulatorial ou da promoção e prevenção de saúde, ou ainda, as ações de enfermagem de natureza em outras áreas técnicas, tais como: Programas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, Programa de Limpeza e Higienização, Auditoria, Equipamentos, Materiais e Insumos Médico-hospitalares, Consultoria e Ensino;

II – Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) pelo Serviço de Enfermagem: ato administrativo decorrente do poder de polícia vinculado no qual o Conselho Regional de Enfermagem, na qualidade de órgão fiscalizador do exercício profissional, concede, a partir do preenchimento de requisitos legais, licença ao enfermeiro Responsável Técnico para atuar como liame entre o Serviço de Enfermagem da empresa/instituição e o Conselho Regional de Enfermagem, visando facilitar o exercício da atividade fiscalizatória em relação aos profissionais de Enfermagem que nela executam suas atividades, assim como, promover a qualidade e desenvolvimento de uma assistência de enfermagem em seus aspectos técnico, ético, e segura para a sociedade e profissionais de enfermagem;

III – Certidão de Responsabilidade Técnica (CRT): documento emitido pelo Conselho Regional de Enfermagem, pelo qual se materializa o ato administrativo de concessão de Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem;

IV – Enfermeiro Responsável Técnico (ERT): profissional de Enfermagem de nível superior, nos termos da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que tem sob sua responsabilidade o planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem, a quem é concedida, pelo Conselho Regional de Enfermagem, a ART.

Art. 3º – Toda empresa/instituição onde houver serviços/ensino de Enfermagem, deve apresentar CRT, devendo a mesma ser afixada em suas dependências, em local visível ao público.

Parágrafo Único – A ART e a CRT terão validade de 12 (doze) meses, devendo ser renovada após este período.

Art. 4º – A ART pelo Serviço de Enfermagem deverá ser requerida ao Conselho Regional de Enfermagem pelo Enfermeiro responsável pelo planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos Serviços de Enfermagem da empresa/instituição/ensino onde estes são executados.

§ 1º. Fica estabelecido o limite máximo de 02 (duas) concessões de ART por enfermeiro, desde que não haja coincidência de horário de suas atividades como RT ou assistencial nas empresas/instituições/ensino as quais esteja vinculado.

§ 2º. O enfermeiro RT requerente deverá firmar de próprio punho, declaração de que suas atividades como RT nas Empresas/Instituições/ensino não coincidem em seus horários.

I – A jornada de trabalho não poderá ser inferior a 20 (vinte) horas semanais para qualquer instituição.

Art. 5º – Na implementação do processo de requerimento de ART, o Conselho Regional de Enfermagem deverá elaborar um formulário para esta finalidade, o qual deve conter, no mínimo, os seguintes dados:

I – Da Empresa/Instituição: razão social, nome fantasia, inscrição no CNPJ, ramo de atividade, natureza, horário de funcionamento, endereço completo, contatos telefônicos e endereço eletrônico;

II – Do enfermeiro Responsável Técnico: nome, número de inscrição no Coren, características do serviço onde exerce a função de RT, horário de trabalho e carga horária semanal, características dos outros vínculos profissionais, se houver horário de trabalho e carga horária semanal, endereço completo, contatos telefônicos e endereço eletrônico, devendo vir acompanhado da assinatura e carimbo do mesmo.

III – Do Representante Legal da empresa/instituição/ensino: nome, cargo e formação, devendo vir acompanhado da assinatura e carimbo do mesmo.

Parágrafo único – O formulário de requerimento de ART, o qual se refere o caput deste artigo, deverá vir acompanhando dos seguintes documentos:

a) 1 (uma) cópia do cartão do CNPJ da Empresa/Instituição;

b) 1 (uma) cópia da comprovação do vínculo empregatício existente entre a empresa/instituição/ensino e o Enfermeiro Responsável Técnico;

c) 1 (uma) cópia do ato de designação do enfermeiro para o exercício da Responsabilidade Técnica;

d) 1 (uma) cópia da relação nominal atualizada dos profissionais de Enfermagem que executam atividades na empresa/ instituição/ ensino, contendo nome, número de inscrição no Coren, cargo/função, horário de trabalho e setor/ unidade/departamento/divisão de trabalho; e

e) 1 (uma) cópia de documento que autoriza o funcionamento dos Cursos de Enfermagem, em casos de ART para instituições de Ensino Médio Profissionalizante.

Art. 6º – Para concessão de ART e emissão da CRT, o Conselho Regional de Enfermagem deverá observar o preenchimento dos seguintes requisitos:

I – Entrega pela empresa/instituição/ensino requerente, do formulário de requerimento de ART devidamente preenchido, assinado e carimbado por quem tenha esta obrigação, acompanhado de todos os documentos arrolados no parágrafo único do art. 5º desta Resolução;

II – Comprovação do recolhimento das taxas de ART e emissão de CRT, cujos valores deverão ser fixados pelo Conselho Regional de Enfermagem, observando o disposto na Resolução Cofen nº 502/2015 ou outra que lhe sobrevir;

III – A não coincidência de horário de trabalho nas empresas/instituições/ ensino, as quais esteja vinculado, como profissional de Enfermagem;

IV – O enfermeiro RT requerente deverá estar quite com suas obrigações eleitorais junto ao Conselho Regional de Enfermagem, bem como com as suas

anuidades, em todas as categorias em que estiver inscrito;

V – Deverá ser registrada na CRT a motivação da ART:

- a) Gestão Assistencial;
- b) Gestão de Área Técnica; e
- c) Gestão de Ensino.

§ 1º. Os mesmos requisitos deverão ser observados para a renovação de ART.

§ 2º. Sem prejuízo aos dispositivos desta Resolução, o Conselho Regional de Enfermagem poderá conceder ART e emitir CRT àquelas empresas/instituições/ensino que estão dispensadas do registro de empresa junto à Autarquia.

§ 3º. A gestão assistencial refere-se ao gerenciamento das ações de Enfermagem nos cuidados diretos ao indivíduo, família e/ou coletividade seja na área hospitalar, ambulatorial ou da promoção e prevenção de saúde, devendo ser especificada na CRT e podendo ser setorizada;

§ 4º. A gestão de área técnica corresponde às ações do enfermeiro que não configuram cuidado assistencial direto, devendo ser especificadas na CRT, tais como:

Programas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, Programas de Limpeza e Higienização, Auditoria, Equipamentos, Materiais e Insumos médico-hospitalares, Consultoria;

§ 5º. A gestão de ensino refere-se à Coordenação de Curso de Graduação em Enfermagem bem como do Ensino Médio Profissionalizante;

Art. 7º – Os encargos financeiros decorrentes da CRT e ART são de responsabilidade exclusiva da empresa/instituição que designou o enfermeiro para a função de RT.

Parágrafo único – As instituições públicas e filantrópicas nas quais o enfermeiro RT requerente esteja vinculado, poderão requerer, mediante a comprovação de sua natureza institucional, ao Conselho Regional de Enfermagem a isenção do recolhimento das taxas de ART e emissão de CRT.

Art. 8º – No caso da empresa/instituição/ensino, substituir o enfermeiro RT, esta deverá encaminhar ao Conselho Regional de Enfermagem, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados do ato, o comunicado de substituição acompanhado de todos os documentos arrolados no parágrafo único do art. 5º desta Resolução para que se proceda à nova ART, inclusive com recolhimento das taxas pertinentes.

Art. 9º – O enfermeiro que deixou de exercer a atividade de Responsável Técnico da empresa/instituição/ensino, deverá comunicar seu afastamento ao Conselho Regional de Enfermagem, no prazo máximo de 15 (quinze) dias a contar de seu afastamento, para fins de cancelamento de sua ART, sob pena de responder a Processo Ético-Disciplinar perante a Autarquia.

Art. 10º – São atribuições do enfermeiro RT:

I – Cumprir e fazer cumprir todos os dispositivos legais da profissão de Enfermagem;

II – Manter informações necessárias e atualizadas de todos os profissionais de Enfermagem que atuam na empresa/instituição, com os seguintes dados: nome, sexo, data do nascimento, categoria profissional, número do RG e CPF, número de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, endereço completo, contatos telefônicos e endereço eletrônico, assim como das alterações como:

mudança de nome, admissões, demissões, férias e licenças, devendo fornecê-la semestralmente, e sempre quando lhe for solicitado, pelo Conselho Regional de Enfermagem;

III – Realizar o dimensionamento de pessoal de Enfermagem, conforme o disposto na Resolução vigente do Cofen informando, de ofício, ao representante legal da empresa/instituição/ensino e ao Conselho Regional de Enfermagem;

IV – Informar, de ofício, ao representante legal da empresa/instituição/ensino e ao Conselho Regional de Enfermagem situações de infração à legislação da Enfermagem, tais como:

a) ausência de enfermeiro em todos os locais onde são desenvolvidas ações de Enfermagem durante algum período de funcionamento da empresa/instituição;

b) profissional de Enfermagem atuando na empresa/instituição/ensino sem inscrição ou com inscrição vencida no Conselho Regional de Enfermagem;

c) profissional de Enfermagem atuando na empresa/instituição/ensino em situação irregular, inclusive quanto à inadimplência perante o Conselho Regional de Enfermagem, bem como aquele afastado por impedimento legal;

d) pessoal sem formação na área de Enfermagem, exercendo atividades de Enfermagem na empresa/instituição/ensino;

e) profissional de Enfermagem exercendo atividades ilegais previstas em Legislação do Exercício Profissional de Enfermagem, Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e Código Penal Brasileiro;

V – Intermediar, junto ao Conselho Regional de Enfermagem, a implantação e funcionamento de Comissão de Ética de Enfermagem;

VI – Colaborar com todas as atividades de fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem, bem como atender a todas as solicitações ou convocações que lhes forem demandadas pela Autarquia.

VII – Manter a CRT em local visível ao público, observando o prazo de validade;

VIII – Organizar o Serviço de Enfermagem utilizando-se de instrumentos administrativos como regimento interno, normas e rotinas, protocolos, procedimentos operacionais padrão e outros;

IX – Elaborar, implantar e/ou implementar, e atualizar regimento interno, manuais de normas e rotinas, procedimentos, protocolos, e demais instrumentos administrativos de Enfermagem;

X – Instituir e programar o funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem, quando couber, de acordo com as normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem;

XI – Colaborar com as atividades da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH), Serviço de Educação Continuada e demais comissões instituídas na empresa/instituição;

XII – Zelar pelo cumprimento das atividades privativas da Enfermagem;

XIII – Promover a qualidade e desenvolvimento de uma assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, em seus aspectos técnicos e éticos;

XIV – Responsabilizar-se pela implantação/implementação da Sistematização

da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme legislação vigente;

XV – Observar as normas da NR – 32, com a finalidade de minimizar os riscos à saúde da equipe de Enfermagem;

XVI – Assegurar que a prestação da assistência de enfermagem a pacientes graves seja realizada somente pelo Enfermeiro e Técnico de Enfermagem, conforme Lei nº 7.498/86 e o Decreto nº 94.406/87;

XVII – Garantir que o registro das ações de Enfermagem seja realizado conforme normas vigentes;

XVIII – Garantir que o estágio curricular obrigatório e o não obrigatório sejam realizados, somente, sob supervisão do professor orientador da instituição de ensino e enfermeiro da instituição cedente do campo de estágio, respectivamente, e em conformidade a legislação vigente;

XIX – Participar do processo de seleção de pessoal, seja em instituição pública, privada ou filantrópica, observando o disposto na Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87, e as normas regimentais da instituição;

XX – Comunicar ao Coren quando impedido de cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, a legislação do Exercício Profissional, atos normativos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, comprovando documentalmente ou na forma testemunhal, elementos que indiquem as causas e/ou os responsáveis pelo impedimento;

XXI – Promover, estimular ou proporcionar, direta ou indiretamente, o aprimoramento, harmonizando e aperfeiçoando o conhecimento técnico, a comunicação e as relações humanas, bem como a avaliação periódica da equipe de Enfermagem;

XXII – Caracterizar o Serviço de Enfermagem por meio de Diagnóstico Situacional e consequente Plano de Trabalho que deverão ser apresentados à empresa/instituição e encaminhados ao Coren no prazo de 90 (noventa) dias a partir de sua efetivação como Responsável Técnico e posteriormente a cada renovação da CRT;

XXIII – Participar no planejamento, execução e avaliação dos programas de saúde da empresa/instituição/ensino em que ocorrer a participação de profissionais de Enfermagem.

Parágrafo Único. O enfermeiro RT que descumprir as atribuições constantes neste artigo poderá ser notificado a regularizar suas atividades, estando sujeito a responder a Processo Ético-Disciplinar na Autarquia.

Art. 11 – O disposto nesta Resolução aplica-se aos Estabelecimentos de Ensino, onde ministram-se Cursos de Enfermagem.

Art. 12 – Os casos omissos nesta Resolução serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 13 – Esta Resolução entrará em vigor após sua aprovação pelo Plenário do Cofen e publicação no Diário Oficial da União, revogando-se as disposições em contrário, especialmente a Resolução Cofen nº 458/2014.

Brasília, 15 de março de 2016.



RESOLUÇÃO COFEN 514/2016

Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais 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 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; 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.

Registros de Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros Documentos de Enfermagem

1 Introdução

A enfermagem é uma profissão fortemente dependente de informações precisas e oportunas para executar a grande variedade de intervenções envolvidas no cuidado.

Dessa forma, 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.

Convém, ainda, citar que os registros de enfermagem consistem no mais importante instrumento de avaliação da qualidade de atuação da enfermagem, representando 50% das informações inerentes ao cuidado do paciente registradas no prontuário.

Os registros realizados no prontuário do paciente são considerados como um documento legal de defesa dos profissionais, devendo, portanto, estar imbuídos de autenticidade e de significado legal. Eles refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações e a segurança do paciente.

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

2 Objetivos

Nortear os profissionais de Enfermagem para a prática dos registros de enfermagem no prontuário do paciente, garantindo a qualidade das informações que serão utilizadas por toda a equipe de saúde da instituição.

3 Finalidade dos registros

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

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

3.3 Relatório permanente: registro escrito em ordem cronológica da enfermidade de um paciente e dos cuidados oferecidos, desde o surgimento do

problema até a alta / óbito /transferência hospitalar;

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

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

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

4 Prontuário do paciente

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

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

A resolução CFM 1.638/2002 define o prontuário como “documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”

5. Aspectos legais do registro de enfermagem

Ochoa-Vigo (2001) disse que é momento de entender e assumir os registros de enfermagem no prontuário do paciente como parte integrante do processo de enfermagem, compreendendo que as informações de cuidados prestados é a forma para mostrar o trabalho, bem como para o desenvolvimento da profissão.

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

Segundo Oguisso (1975), são essas recomendações que caracterizarão a autenticidade de um documento. Para a autora, a ausência dos registros, ou realizados de forma incompleta podem indicar uma má qualidade da assistência de enfermagem.

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

6 Fundamentos legais das Anotações de Enfermagem

6.1 Constituição Federal

(...)

Art. 5º

X – são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;

6.2 Lei n. 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da Enfermagem

(...)

“Art. 11 o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I – privativamente

(...)

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

(...)

i) consulta de enfermagem;

j) prescrição da assistência de enfermagem;

l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.”

6.3 Decreto n. 94.406/87, que regulamenta a Lei n. 7.498/86

Cabe ao técnico de enfermagem: “Art. 10 O técnico de enfermagem exerce atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

(...)

II – executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no art. 9º deste Decreto;”

(...)

Cabe ao auxiliar de enfermagem:

“Art. 11 O auxiliar de enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe: 11

(...)

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

(...)

Art. 14 Incumbe a todo pessoal de enfermagem:

(...)

II – quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de enfermagem, para fins estatísticos.”

6.4 Resolução Cofen n. 429/12 – 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.

6.5 Resolução Cofen 311/07 – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem DIREITOS

Art. 1º Exercer a Enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos.

Art. 2º Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional.

(...)

Art. 68 Registrar no prontuário, e em outros documentos próprios da enfermagem, informações referentes ao processo de cuidar da pessoa.

RESPONSABILIDADES E DEVERES

(...)

Art. 5º Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

Art. 12 Assegurar à pessoa, família e coletividade, assistência de enfermagem livre de riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.

Art. 16 Garantir a continuidade da assistência de enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

Art. 17 Prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem.

Art. 25 Registrar no Prontuário do Paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Art. 41 Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência.

Art. 54 Apor o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem em assinatura, quando no exercício profissional.

Art. 71 Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Art. 72 Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa.

PROIBIÇÕES

(...)

Art. 35 Registrar informações parciais e inverídicas sobre a assistência prestada

Art. 42 Assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro."

(...)

6.6 Código de Processo Civil

"Art. 368 As declarações constantes do documento particular, escrito e assinado, ou somente assinado, presumem-se verdadeiras em relação ao signatário.

Parágrafo único. Quando, todavia, contiver declaração de ciência, relativa a determinado fato, o documento particular prova a declaração, mas não o fato declarado, competindo ao interessado em sua veracidade o ônus de provar o fato."

(...)

Art. 386 O juiz apreciará livremente a fé que deva merecer o documento, quando em ponto substancial e sem ressalva contiver entrelinha, emenda, borrão ou cancelamento.

Art. 371 Reputa-se autor do documento particular:

I – aquele que o fez e o assinou;

II – aquele que, mandando compô-lo, não o firmou, porque, conforme a experiência comum, não se costuma assinar, como livros comerciais e assentos domésticos. (...)

Art. 372 Compete à parte, contra quem foi produzido documento particular, alegar no prazo estabelecido no art. 390, se lhe admite ou não autenticidade da assinatura e a veracidade do contexto; presumindo-se, com o silêncio, que o tem por verdadeiro.

6.7 Código Civil Brasileiro

(...)

“Art. 186 Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 927 Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Art. 951 O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.”

6.8 Código Penal

“Art. 18 Diz-se o crime: (...)

II – culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia.”

6.9 Lei n. 8.078/90 – Código de Defesa do Consumidor

“Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

I – a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos;

(...)

VI – a efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos;

(...)

Art. 43 O consumidor, sem prejuízo do disposto no art. 86, terá acesso às informações existentes em cadastros, fichas, registros e dados pessoais e de consumo arquivados sobre ele, bem como sobre as suas respectivas fontes.

§ 1º – Os cadastros e dados de consumidores devem ser objetivos, claros, verdadeiros e em linguagem de fácil compreensão, não podendo conter informações negativas referentes a período superior a cinco anos.”

6.10 Portaria MS n. 1.820/2009 – Carta dos direitos dos usuários da saúde

Art. 3º Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo

para resolver o seu problema de saúde.

(...)

III – Acesso a qualquer momento, do paciente ou terceiro por ele autorizado, a seu prontuário e aos dados nele registrados, bem como ter garantido o encaminhamento de cópia a outra unidade de saúde, em caso de transferência.

IV – Registro atualizado e legível no prontuário, das seguintes informações:

a) motivo do atendimento e/ou internação, dados de observação clínica, evolução clínica, prescrição terapêutica, avaliações da equipe:

b) dados de observação e da evolução clínica;

c) prescrição terapêutica; d) avaliações dos profissionais da equipe;

e) procedimentos e cuidados de enfermagem;

f) quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológico;

g) quantidade de sangue recebida e dados que garantam a qualidade do sangue, como origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

h) identificação do responsável pelas anotações;

i) outras informações que se fizerem necessárias.

7 Anotação da equipe de enfermagem

As Anotações de Enfermagem 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. 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. (CIANCIARULLO et al., 2001).

7.1 Regras importantes para a elaboração das Anotações de Enfermagem, entre as quais:

1 Devem ser precedidas de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional com o número do Coren, conforme consta nas Resoluções Cofen 191/2009 e 448/2013 em seu art. 6º, ao final de cada registro:

a) O uso do carimbo pelos profissionais da Enfermagem é facultativo.

2. Observar e anotar como o paciente chegou:

a) Procedência do paciente (residência, pronto - socorro, transferência de outra instituição ou outro setor intra-hospitalar);

b) Acompanhante (familiar, vizinho, amigo, profissional de saúde);

c) Condições de locomoção (deambulando, com auxílio, cadeira de rodas, maca, etc.);

3. Observar e anotar as condições gerais do paciente:

a) Nível de consciência;

b) Humor e atitude;

- c) Higiene pessoal;
- d) Estado nutricional;
- e) Coloração da pele;
- f) Dispositivos em uso. Ex.: Jelco, sondas, curativos.
- g) Queixas do paciente (tudo o que ele refere, dados informados pela família ou responsável);
- 4. Anotar orientações efetuadas ao paciente e familiares. Ex.: Jejum, coleta de exames, inserção venosa, etc.;
- 5. Dados do Exame Físico;
- 6. Cuidados realizados;
- 7. Intercorrências;
- 8. Efetuar as anotações imediatamente após a prestação do cuidado;
- 9. Não devem conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
- 10. Não é permitido escrever a lápis ou utilizar corretivo líquido;
- 11. Devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;
- 12. Conter sempre observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;
- 13. Constar as respostas do paciente diante dos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;
- 14. Devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida;
- 15. Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm, etc.), quantidade (ml, l, etc.), coloração e forma;
- 16. Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.);
- 17. Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;
- 18. Devem ser referentes aos dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico.

Assim, pode-se resumidamente evidenciar que as Anotações de Enfermagem deverão ser referentes a:

- 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.

As autoras Elaine Emi Ito et al. (2011) percorrem as seis diretrizes destacadas

por Potter (1998), como importantes, e que devem ser seguidas para se certificar de que as informações relacionadas aos cuidados prestados ao paciente sejam comunicadas correta e integralmente. Vamos ver quais são elas?

PRECISÃO

A informação deve ser exata, com dados subjetivos ou objetivos claramente discriminados. Além disso, é imprescindível fazer a distinção se a informação registrada foi observada no paciente ou relatada por ele. Usar grafia correta, bem como somente abreviações e símbolos aceitos pela instituição, de modo a garantir a interpretação precisa e adequada da informação.

CONCISÃO

Fornecer as informações reais e essenciais em uma anotação. Uma anotação curta e bem redigida é mais facilmente assimilada do que uma longa e irrelevante.

EFICÁCIA

Os registros devem conter informações completas e pertinentes para a continuidade da assistência ou para condutas a serem tomadas.

ATUALIZAÇÃO

A demora na anotação de uma informação importante pode resultar em omissões graves e atrasos no atendimento ao paciente. As decisões e condutas sobre a assistência e os cuidados de um paciente são baseadas em informações atuais. Sempre anotar em prontuário, logo após a realização do procedimento, atendimento, observação ou encaminhamento.

ORGANIZAÇÃO

Registrar todas as informações em formato adequado e em ordem cronológica.

CONFIDENCIALIDADE

As informações sobre um cliente só deverão ser transmitidas mediante o entendimento de que tais dados não serão divulgados a pessoas não autorizadas. A lei protege as informações sobre um cliente que esteja sob cuidados profissionais de saúde. O profissional de enfermagem é obrigado por lei e pela ética a manter confidencialidade de qualquer informação relacionada à doença e ao tratamento do cliente.

8 Evolução de enfermagem

Inicialmente faz-se necessário diferenciar as Anotações de Enfermagem da Evolução. Conforme observa-se no quadro abaixo pode-se afirmar que:

Anotação de Enfermagem	Evolução de Enfermagem
Dados brutos	Dados analisados
Elaborada por toda a equipe de enfermagem	Privativo do enfermeiro
Referente a um momento	Referente ao período de 24 horas
Dados pontuais	Dados processados e contextualizados
Registra uma observação	Registra a reflexão e análise de dados

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem n. 358/2009 considera que a SAE deve ser realizada de modo deliberado e sua implementação ocorrer em todos os ambientes em que seja realizado o cuidado profissional de enfermagem, seja na atenção primária, secundária e terciária, e desenvolvida em instituição pública ou privada.

No art. 2º dessa Resolução destacam-se as cinco (5) etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber:

I – Coleta de dados de enfermagem (Histórico de enfermagem);

II – Diagnóstico de enfermagem;

III – Planejamento de Enfermagem;

IV – Implementação;

V – Avaliação de Enfermagem.

No art. 4º da Resolução Cofen n. 358/2009, verifica-se o seguinte enunciado:

“Ao Enfermeiro, observadas as disposições da Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto n. 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”. Grifos nossos.

Já o art. 6º referencia que 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.

De acordo com a Resolução 358/2009, o Processo de Enfermagem (PE) é constituído basicamente de cinco (5) etapas: Histórico de Enfermagem – (HE) que inclui Coleta de Dados e Exame Físico; Diagnóstico de Enfermagem – (DE) pautado nos problemas identificados na fase anterior; Planejamento de Enfermagem – (PE); Implementação de Enfermagem – (IE).

AValiação de Enfermagem

Este processo representa o instrumento de trabalho do enfermeiro com objetivo de identificação das necessidades do paciente apresentando uma proposta ao seu atendimento e cuidado, direcionando a Equipe de Enfermagem nas ações a serem realizadas.

A Evolução de Enfermagem é um dos componentes do Processo de Enfermagem. Trata-se de um processo que representa desenvolvimento de um estado a outro. Para efetuar a Evolução, o enfermeiro necessita reunir dados sobre as condições anterior e atuais do paciente e família para, mediante análise,

emitir um julgamento; mudanças para piora ou melhora do quadro, manutenção das situações ou surgimento de novos problemas.

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

8.1 Regras gerais:

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

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

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

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

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

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

- Deve ser realizada diariamente;

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

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

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

- Deve constar os problemas novos identificados;

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

9 Procedimentos de enfermagem – o que anotar?

9.1 Admissão

- Nome completo do paciente, data e hora da admissão;

- Procedência do paciente;

- Condições de chegada (deambulando, em maca, cadeira de rodas, etc.);

- Nível de consciência: Lucidez/Orientação;

- Presença de acompanhante ou responsável;

- Condições de higiene;

- Presença de lesões prévias e sua localização: feridas corto-contusas,

hematoma, úlceras de pressão ou crônicas, e outras;

- Descrever deficiências, se houver;
- Uso de próteses ou órteses, se houver;
- Queixas relacionadas ao motivo da internação;
- Procedimentos / cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames, necessidade de elevação de grades, contenção, etc.);
- Rol de valores e pertences do paciente;
- Orientações prestadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.2 Alta

- Data e horário;
- Condições de saída (deambulando, maca ou cadeira de rodas, presença de lesões, nível de consciência, presença de dispositivos como sonda vesical de demora, cateter de duplo lúmen, etc.);
- Procedimentos / cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, retirada de cateter venoso, etc.);
- Orientações prestadas;
- Entrega do rol de pertences e valores ao paciente ou acompanhante;
- Transporte para o domicílio: da instituição ou próprio; Obs.: Importante o registro real do horário de saída do paciente e se saiu acompanhado. Registrar ainda se foi alta médica, administrativa ou a pedido do paciente ou família.
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.3 Administração de medicamentos

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

9.3.1 Via Parenteral: registrar o local onde foi administrado

- M – glúteo, deltoide, vasto lateral, etc.;
- EV – antebraço, dorso da mão, região cefálica, membro inferior, etc.;
- SC – abdome, região posterior do braço, coxa, etc.;
- ID – face interna do antebraço ou face externa do braço.

Em todos os casos, não esquecer de fazer referência ao lado em que o medicamento foi administrado, esquerdo ou direito.

No caso de administrar medicamento através de um dispositivo já existente, como intracath, duplo lúmen, acesso venoso periférico, injetor lateral do equipo ou outro, anotar por onde foi administrado o medicamento endovenoso.

9.3.2 Via Oral

- Registrar dificuldade de deglutição;
- Presença de vômitos, etc.

9.3.3 Via Retal

- Registrar tipo de dispositivo utilizado;
 - Em caso de supositório, registrar se foi expelido e providências adotadas.
- Para todas as vias observar os registros apontados abaixo:
- Rejeição do paciente;
 - No caso de não administrar medicamento, apontar o motivo;

- Queixas; • Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

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

Daí a importância de registrar, por escrito, nas Anotações de Enfermagem, a administração da medicação, ou a recusa, aponto o nome completo, número do Coren e categoria profissional.

9.4 Aspiração oral

- Data e hora;
- Motivo;
- Característica e quantidade da secreção;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e n. do Coren do profissional que executou o procedimento.

9.5 Aspiração traqueal (Enfermeiro)

- Data e hora;
- Motivo;
- Localização (VAS, traqueostomia ou tubo endotraqueal);
- Característica e quantidade da secreção;
- Na traqueostomia, anotar o tipo e n. da cânula e as condições da pele;
- Registrar a necessidade de troca e limpeza da endocânula de traqueostomia;
- Anotar intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e n. do Coren do profissional que executou o procedimento.

9.6 Acesso venoso

- Data e hora da punção;
- Motivo da punção (inicial ou troca);
- Local; • Condições do local da punção (pele e rede venosa local);
- Número de punções;
- Tipo e calibre do cateter;
- Salinização / heparinização;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Medida de segurança adotada (tala ou contensão);
- Queixas;
- Nome e Coren do responsável pelo procedimento.

9.7 Avaliação do nível de consciência pelo enfermeiro

- Data e hora do procedimento;
- Escala utilizada para avaliação do nível de consciência;
- Resposta apresentada pelo paciente (abertura ocular, miose, midríase, linguagem verbal, motora e/ou outras);
- Resultado da avaliação realizada;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.8 Auxílio na dieta

- Data e hora do procedimento;
- Tipo de dieta;
- Aceitação da dieta: total, parcial ou recusa;
- Dieta por sonda (quantidade da dieta e da hidratação);
- Dieta zero: motivo;
- Necessidade de auxílio;
- Queixas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.9 Banho de assento

- Data e hora do procedimento;
- Motivo do procedimento;
- Solução utilizada;
- Presença e caracterização de odor, secreção e/ou hiperemia na área a ser tratada;
- Queixas do paciente durante o procedimento e providências adotadas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.10 Balanço hidroeletrolítico pelo enfermeiro

- Data e hora do procedimento

9.10.1 Entrada de líquidos

- Via;
- Quantidade: prevista e aceita / infundido;
- Tipo I;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Observar e anotar sinais de anasarca;
- Anotar pressão arterial de 2 em 2 horas.

9.10.2 Saída de líquidos

- Via;
- Quantidade;
- Características do líquido drenado;
- Condições da pele: fria – pegajosa, normal – úmida;
- Sinais de desidratação;
- Turgor da pele: normal ou diminuído;
- Presença de edema;
- Características do pulso;
- Pressão arterial;
- Aspecto da diurese;
- Alterações nos exames laboratoriais;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.11 Coleta de linfa para hanseníase

- Data e hora da realização do procedimento;

- Identificação do paciente;
- Registrar a área coletada;
- Registrar o tipo de curativo se necessário;
- Registrar o aspecto das lesões se houver;
- Registrar o nome do laboratório;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.12 Coleta de material para o teste do pezinho

- Data e hora da realização do procedimento;
- Reação apresentada pela criança;
- Alteração apresentada no local da punção;
- Registrar as orientações feitas à mãe;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.13 Coleta de exame citopatológico pelo enfermeiro

- Data e hora do procedimento;
- Motivo do procedimento;
- Data de coleta do último preventivo;
- Data e hora da última menstruação;
- Registrar data da menarca, coitarca;
- Registrar história obstétrica (número e tipo de parto / aborto);
- Registrar o número do espéculo;
- Aspecto da área examinada;
- Presença e caracterização de odor e/ou secreção anormal;
- Prescrição realizada, se necessário;
- Queixas da paciente;
- Orientações;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.14 Condutas de segurança ao paciente

- Data e hora dos cuidados;
- Nível de consciência (lucidez, orientação);
- Relatar necessidade de contenção no leito;
- Necessidade da presença de acompanhante;
- Necessidade de grades (justificar);
- Identificação de alergia / intolerância;
- Identificação de condições / patologias prévias que requeiram cuidados especiais (diabetes, hipertensão, hemofilia, uso de anticoagulante);
 - Relatar necessidade de dieta zero;
 - Intercorrências e providências adotadas;
 - Queixas;
 - Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.15 Consulta de enfermagem pelo enfermeiro

- Data e hora do procedimento;
- Sinais e sintomas;
- Histórico de enfermagem;
- Diagnóstico de enfermagem;
- Planejamento da assistência de enfermagem;
- Prescrição de enfermagem;
- Evolução de enfermagem;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.16 Contenção no leito

- Data e hora do procedimento;
- Motivo da contenção;
- Tipo; • Queixas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.17 Controle da dor (Enfermeiro)

- Data e hora da avaliação;
- Localização (se aplicável);
- Anotar presença de edemas, distensão abdominal, entre outros;
- Escala de dor de acordo com a faixa etária e rotina da instituição;
- Score – valor aferido;
- Intercorrências e/ou providências adotadas para alívio da dor;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.18 Controle hídrico

- Data e hora do procedimento.

9.18.1 Entrada de líquidos

- Via; • Quantidade: prevista e aceita / infundido;
- Tipo; • Sinais de intercorrências e providências adotadas;
- Queixas do paciente;
- Orientações efetuadas;

9.18.2 Saída de líquidos

- Via; • Quantidade;
- Característica do líquido drenado;
- Sinais de intercorrências e providências adotadas;
- Orientações;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.19 Classificação de risco (Enfermeiro)

- Data e hora do procedimento;
- Situação / queixa / duração; breve histórico (relatado pelo paciente, familiar ou testemunhas);
- Alergias;
- Sinais vitais de acordo com o protocolo adotado;
- Registro da saturação de O₂ quando requerido;
- Sinais objetivos identificados;

- Resultado de exames realizados (glicemia, eletrocardiograma, etc.);
- Registrar o resultado da classificação;
- Encaminhamento do paciente conforme classificação;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.20 Curativos

- Local da lesão e sua dimensão;
- Data e horário;
- Sinais e sintomas observados (presença de secreção, coloração, odor, quantidade, etc.);
- Relatar necessidade de desbridamento;
- Tipo de curativo (oclusivo, aberto, simples, compressivo, presença de dreno, etc.);
- Material prescrito e utilizado;
- Relatar o nível de dor do paciente ao procedimento, a fim de avaliar necessidade de analgesia prévia;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.21 Cuidado com estomas

- Data e hora;
- Local do estoma;
- Tipo de cuidado prestado (aspiração, irrigação, limpeza, troca de dispositivo, curativo);
- Se houver drenagem de secreção / excreção, anotar características e quantidade;
- Intercorrências do procedimento e providências adotadas;
- Relatar necessidade de avaliação por outro profissional;
- Queixas;
- Orientações para o autocuidado;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.22 Cuidado com os pés

- Data e hora;
- Condições dos pés (hidratação, coloração, higiene e lesões);
- Motivo do cuidado (lesão, pé diabético, higiene e conforto);
- Tipo de cuidado prestado (higiene, limpeza, massagem e curativo);
- Intercorrências e providências adotadas;
- Relatar necessidade de avaliação por outro profissional;
- Queixas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.23 Cuidados imediatos com RN (Enfermeiro)

- Data e hora exatas do nascimento;
- Tipo do parto;
- Apgar;
- Características e quantidade da secreção aspirada por via oral / nasal;
- Anotar se RN é a termo, pré-termo e pós-termo;

- Característica do vérnix;
- Sexo do RN;
- Peso;
- Identificação;
- Relatar presença de bossa;
- Registrar coloração da pele;
- Anotar a realização do Credé e da Vitamina K;
- Anotar medidas antropométricas (peso, comprimento, perímetro cefálico, perímetro torácico e abdominal);
- Registrar coleta de sangue do coto umbilical;
- Anotação do clampeamento umbilical e característica do coto (presença de duas artérias e uma veia);
- Anotar má-formação aparente se houver;
- Anotar validade das lâmpadas da fototerapia;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Anotar data e hora do encaminhamento ao berçário;
- Nome completo e Coren do profissional que realizou o procedimento.

9.24 Cuidados com o RN em fototerapia

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

9.25 Cuidados no pré-parto

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

9.26 Cuidados na sala de parto

- Anotar data e hora da admissão da gestante na sala de parto;
- Nome do médico / enfermeiro responsável pelo procedimento;
- Anotar dados dos sinais vitais;
- Verificar e anotar informações referentes ao preparo da gestante;
- Anotar data e hora do nascimento;
- Anotar o Apgar do RN;
- Anotar o sexo e medidas antropométricas;
- Data e hora da transferência para a enfermaria / apartamento;
- Anotar intercorrências e providências adotadas;
- Queixas;
- Nome, número do Coren e função do profissional de enfermagem que executou os cuidados.

9.27 Cuidados no pós-parto imediato

- Data e hora da admissão da puérpera;
- Anotar dados dos sinais vitais;
- Anotar a loquiação;
- Anotar a involução uterina;
- Anotar medicamentos administrados;
- Anotar, se houver, coletas de exames realizados;
- Anotar intercorrências tais como: palidez, sudorese, sangramento excessivo, sonolência, hematomas e ou edemas na ferida operatória ou episiorrafia, e providências adotadas;
- Anotar débito urinário em caso de cesária;
- Anotar presença de tampão vaginal e/ou retirada;
- Observar e anotar a presença de colostro;
- Anotar higiene realizada;
- Queixas;
- Nome completo e número do Coren do profissional que executou os cuidados.

9.28 Drenagem de tórax (Enfermeiro)

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

9.29 Drenos

- Data e hora do procedimento;
- Tipo de dreno – Port-o-Vac, penrose, etc.;
- Aspecto do local da inserção;
- Volume e aspecto de secreção drenada;
- Material utilizado para curativo;
- Troca de bolsa coletora, se houver, e o motivo da troca;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.30 Diálise peritoneal

- Data do procedimento;
- Registrar se o procedimento é de rotina ou caso agudo;
- Hora de início e término do procedimento;
- Registrar dados sobre o peso e sinais vitais e a glicemia capilar, quando indicado;
- Registrar aspectos do local da implantação do cateter;
- Identificar a solução infundida;
- Registrar o aspecto do líquido drenado;
- Registrar balanço hídrico;
- Queixas do paciente;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.31 Encaminhamento para exames, Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico

- Motivo do encaminhamento: Exame (tipo de exame e setor ou instituição na qual será realizado); Centro Cirúrgico (Cirurgia que irá realizar e se é eletiva ou de urgência); Centro Obstétrico (parto programado ou urgência);
- Data e horário;
- Setor de destino e forma de transporte;
- Procedimentos / cuidados realizados (punção de acesso venoso, instalação de oxigênio, sinais vitais, etc.);
- Condições na saída (maca, cadeira de rodas, nível de consciência);
- Queixas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento e transferência.

9.32 Enteróclise

- Data e hora do procedimento;
- Higiene íntima;
- Orientações realizadas sobre o procedimento;
- Tipo da solução;
- Anotar quantidade prescrita e administrada da solução;
- Anotar tempo de retenção do líquido;
- Reações durante a administração
- Queixas;
- Características do líquido drenado;

- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.33 Exame de Montenegro

- Data e hora da realização do procedimento;
- Reação apresentada, como dor e prurido;
- Registrar as orientações dadas ao paciente, como uso de álcool no local até obtenção do resultado do teste;
- Manifestações clínicas, existência de doença prévia, como doença de Chagas;
- Registrar contraindicação, como gravidez;
- Uso de medicamentos, como corticosteroides, imunossupressores e antialérgicos;
- Registrar se foi imunizado com alguma das seguintes vacinas há menos de 30 dias: rubéola, sarampo, caxumba, varicela ou febre amarela;
- A presença de reação alérgica em realização anterior deste teste ou como uso de timerosal (merthiolate);
- Registrar para onde foi encaminhado material;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.34 Glicemia capilar

- Data e hora da realização do exame;
- Condição do paciente (jejum, alimentado);
- Aspecto da polpa digital;
- Desconforto decorrente da perfuração necessária para obter a gota de sangue;
- Local da punção (dedo, mão);
- Valores da glicemia capilar (Mg/dl);
- Intercorrências e providências adotadas;
- Orientações efetuadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.35 Hemodiálise

- Data do procedimento;
- Registrar se o procedimento é de rotina ou caso agudo;
- Registrar dados sobre o peso e sinais vitais e a glicemia capilar, quando indicado;
- Registrar as condições da fístula ou local de implantação do cateter;
- Curativo realizado;
- Registrar troca de capilar caso ocorra;
- Hora de início e término do procedimento;
- Queixas do paciente;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.36 Higiene do paciente – banho

- Data e hora do procedimento;
- Tipo de banho (imersão, aspersão, de leito);
- Tempo de permanência no banho de imersão, tolerância e resistência do paciente;
- Aspersão (deambulando, cadeira de banho, auxílio);
- No leito, verificar a ocorrência de alterações de pele, alergia ao sabão, hiperemia nas proeminências ósseas;
- Realização de massagem de conforto, movimentação das articulações, aplicação de solução para prevenção de úlceras;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.37 Higiene do couro cabeludo

- Data e hora do procedimento;
- Condições do couro cabeludo e dos cabelos;
- Solução / tratamento utilizados;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.38 Higiene íntima

- Data e hora do procedimento;
- Motivo da higiene íntima;
- Aspecto do aparelho genital;
- Presença de secreção, edema, hiperemia, lesões, formações verrucosas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.39 Higiene oral

- Data e hora do procedimento;
- Presença de prótese total / parcial (caso seja necessária sua retirada, identificar e entregar ao responsável da família ou do hospital);
- Condições de realização da higiene (fez só, auxiliado ou realizado pelo profissional);
- Sinais e sintomas observados (hiperemia, condição da arcada dentária, etc.);
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.40 Imobilização

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

9.41 Irrigação de sonda vesical e bexiga

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

9.42 Inalação / nebulização

- Data e hora da realização do procedimento;
- Queixas: dispneia, fadiga, tosse, espirro, sibilo, soluço, suspiro, desmaio, tontura, dor torácica;
- Cor da pele e mucosas;
- Padrão respiratório do paciente: frequência, ritmo e profundidade da respiração;
- Comportamento: aceitação, alteração emocional, inquietação, fadiga, ansiedade, etc.;
- Uso dos músculos acessórios, batimento de asas nasais, distensão das veias cervicais;
- Aspectos gerais: cianose de lábios, lóbulo das orelhas, parte inferior da língua, leito ungueal;
- Comprometimento da função cerebral: falta de discernimento, confusão mental, desorientação, vertigem, síncope e torpor;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.43 Lavado gástrico • Data e hora da realização do procedimento;

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

9.44 Massagem de conforto

- Anotar data e hora da realização do procedimento;
- Observar e anotar sinais de reações alérgicas;
- Observar e anotar as condições da pele nas regiões escapular, ilíaca e sacrococcígea;

- Anotar as queixas do paciente;
- Registrar as intercorrências durante o procedimento;
- Anotar nome completo, número do Coren do profissional que efetuou os procedimentos e os registros.

9.45 Medida antropométrica

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

9.46 Mudança de decúbito

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

9.47 Nutrição enteral

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

9.48 Nutrição parenteral pelo enfermeiro

- Data do procedimento;
- Hora de início e término;
- Aspecto e condições da área de inserção do cateter;
- Volume administrado;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Queixas;
- Registrar a limpeza do cateter e solução utilizada;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.49 Óbito

- Data e horário;
- Identificação do médico que o constatou;

- Rol de valores e pertences do corpo e a quem foi entregue;
- Comunicação do óbito ao(s) setor(es) responsável(eis), conforme rotina institucional;
- Procedimentos pós-morte (higiene, tamponamento, curativos, retirada de dispositivos, etc.);
- Posicionamento anatômico do corpo, sempre que possível;
- Identificação do corpo;
- Encaminhamento do corpo (forma, local, etc.);
- Horário de saída do corpo do setor;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.50 Ordenha mamária

- Data e hora da realização do procedimento;
- Tipo utilizado: manual, bombinha tira-leite manual ou elétrica;
- Aspecto da mama: cheios, empedrados ou ingurgitados;
- Rodízio da mama;
- Reação da paciente;
- Quantidade e aspecto do leite;
- Material utilizado para armazenamento;
- Orientações feitas à mãe, quanto: às manobras, cuidados com a mama e rotinas de tirar o leite;
- Orientação para armazenar, transportar, congelar, descongelar e utilizar o leite;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.51 Punção arterial pelo enfermeiro

- Motivo da punção;
- Data e horário;
- Local da punção;
- Queixas;
- Intercorrências;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.52 Preparo psicológico do cliente / paciente

- Anotar data e hora da realização do procedimento;
- Anotar as queixas do paciente;
- Registrar as intercorrências durante o procedimento;
- Registrar o preparo psicológico efetuado para o procedimento ao qual será submetido o paciente;
- Registrar as providências adotadas para possíveis solicitações do paciente;
- Anotar nome completo, número do Coren do profissional que efetuou os procedimentos e os registros.

9.53 Pressão venosa central (PVC) pelo enfermeiro

- Data e hora do procedimento;
- Permeabilidade e fixação do cateter;
- Valor obtido;

- Queixas do paciente;
- Trocas de curativo;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.54 Pressão arterial média (PAM) pelo enfermeiro

- Data e hora do procedimento;
- Características da pele ao redor do local de inserção do cateter; • Permeabilidade e fixação do cateter;
- Valor obtido;
- Troca de curativo e material utilizado;
- Queixas;
- Sinais de intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.55 Pré-operatório

- Data e hora do procedimento;
- Nível de consciência;
- Registro de alergias / intolerâncias;
- Tempo de jejum;
- Sinais vitais, Hemoglicoteste (HGT) e outros;
- Presença e local de dispositivos – acesso venoso, sondas;
- Condições higiênicas;
- Anotar a presença e/ou retirada e guarda de artefatos e pertences: próteses, órteses, pertences, etc.;
- Condições psicológicas;
- Orientações;
- Esvaziamento vesical / sondagem;
- Preparo intestinal;
- Preparo da pele;
- Registro do tipo e local da cirurgia;
- Queixas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Encaminhamento do prontuário, exames pré-operatórios;
- Encaminhamento ao Centro Cirúrgico / Obstétrico;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.56 Pós-operatório imediato • Data e hora da recepção do paciente na RPA;

- Nível de consciência;
- Presença de cateteres e infusão (anotar quando houver bomba de infusão), drenos, sondas, curativos, trações e imobilizações; • Presença de lesões de pele;
- Anotar débito e aspecto das secreções de drenos e sondas;
- Exames (laboratoriais e/ou imagem);
- Sinais vitais;
- Intercorrências e providências adotadas;

- Horário de encaminhamento ao setor pertinente;
- Transporte intra-hospitalar;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.57 Pós-operatório mediato

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

9.58 Prova do laço

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

9.59 Registros relativos à coleta de material para exames

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

9.60 Registros relativos à deambulação

- Anotar data e hora da realização do estímulo à deambulação;
- Registrar se houve necessidade de auxílio para a deambulação: do profissional, de muleta, bengala ou andador;

- Registrar anormalidades da marcha;
- Relatar queixas de claudicação intermitente ou contínua;
- Relatar postura do paciente ao deambular;
- Anotar as queixas do paciente;
- Registrar as intercorrências durante o procedimento e providências adotadas;
- Eliminação de gases;
- Anotar nome completo, número do Coren do profissional que efetuou os procedimentos e os registros.

9.61 Retirada de pontos

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

9.62 Sinais Vitais

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

9.63 Teste PPD

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

9.64 Teste de gravidez

- Data e hora da realização do procedimento;
- Identificação da paciente;
- Se é a primeira diurese;
- Manifestações clínicas;
- Presença de DST;
- Data da última menstruação, se mais de 15 dias;

- Data da última relação;
- Uso de contraceptivo;
- Registrar, quando positivo, o encaminhamento para o pré-natal;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.65 Teste rápido de HIV

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

9.66 Teste rápido para Sífilis

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

9.67 Teste para Hepatite

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

9.68 Terapia de Reidratação Oral (TRO)

- Data e hora do início do procedimento;
- Estado geral do paciente;
- Espontâneo, ou com auxílio do profissional;
- Quantidade oferecida;
- Aceitação;
- Anotar sinal positivo (diurese) ou negativo (distensão abdominal);
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.69 Transferência interna

- Motivo da transferência;
- Data e horário;
- Setor de destino e forma de transporte;
- Procedimentos / cuidados realizados (punção de acesso venoso, instalação de oxigênio, sinais vitais, etc.);
- Condições na saída (maca, cadeira de rodas, nível de consciência, presença de lesões);
- Queixas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento e transferência.

9.70 Transferência externa

- Motivo da transferência;
- Data e horário;
- Instituição de destino, forma de transporte e encaminhamento;
- Procedimentos / cuidados realizados (punção de acesso venoso, instalação de oxigênio, sinais vitais, etc.);
- Condições na saída (maca, cadeira de rodas, nível de consciência, presença de lesões);
- Presença de acompanhante;
- Queixas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento e transferência.

9.71 Tratamento de pediculose

- Data e hora do procedimento;
- Aspecto da área a ser tratada;
- Condições de higiene;
- Registrar a necessidade de realização de tricotomia;
- Medicamento utilizado e tempo de exposição;
- Queixas do paciente;
- Informação sobre a efetividade do tratamento realizado;
- Orientações;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.72 Tratamento de miíase

- Data e hora do procedimento;
- Aspecto da área a ser tratada;
- Condições de higiene;
- Presença e caracterização de fétido e/ou secreção;
- Medicamento utilizado e tempo de exposição;
- Queixas do paciente;
- Informação sobre a efetividade do tratamento realizado;
- Orientações;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.73 Transoperatório

• Data e hora da Recepção no Centro Cirúrgico e encaminhamento à Sala Cirúrgica;

- Tipo de cirurgia;
- Orientações prestadas;
- Procedimentos / cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional – posicionamento, instalação e/ou retirada de eletrodos, monitor, placa de bisturi e outros dispositivos (acesso venoso, sondas, etc.);

• Composição da equipe cirúrgica;

• Dados do horário de início e término da cirurgia, conforme preconizado pela instituição;

- Tipo de curativo e local;
- Material coletado para exames de diagnóstico;
- Intercorrências durante o ato cirúrgico;
- Encaminhamento à Sala de Recuperação Pós-anestésica;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.74 Tricotomia

- Data e hora da realização do procedimento;
- Condições da área onde será realizado procedimento;
- Objetivo do procedimento;
- Material utilizado;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.75 Vacina

- Data e hora da realização do procedimento;
- Idade;
- Tipo de vacina, dosagem;
- Via e local da administração;
- Número de doses;
- Reação no local da aplicação;
- Orientação quanto ao cuidado com o local da aplicação;
- Orientações: tipo de vacina e data para o retorno;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

10 Registro de Enfermagem das ações executadas na Central de Material e Esterilização – CME (de acordo com a rotina da Instituição: em livros, pastas, etc.)

10.1 Expurgo

- Receber, conferir e anotar a quantidade e espécie do material recebido;
- Registrar ocorrências / intercorrências / pendências;
- Data e hora do encaminhamento do material à área de preparo e/ou empresa processadora;
- Nome completo e Coren do responsável pelo processo.

10.2 Área de preparo de material

- Receber, conferir e anotar intercorrências / pendências de materiais;
- Proceder ao registro em etiqueta própria contendo, no mínimo: identificação do material, nome do responsável pelo preparo, n. do Coren e categoria profissional, data e hora do preparo.

10.3 Área de Esterilização

- Registrar o quantitativo de materiais esterilizados no período;
- Registrar o resultado dos testes físicos e químicos realizados na autoclave;
- Registrar data e hora da manutenção preventiva ou corretiva dos equipamentos: autoclaves, seladora, incubadora e outros;
- Nome completo, Coren e categoria profissional do responsável pelo processo.

10.4 Área de armazenagem e distribuição de materiais

- Registrar os materiais recebidos para guarda;
- Registrar as condições dos pacotes / caixa;
- Registrar saída do material;
- Nome completo, Coren e categoria profissional do responsável pelo processo.



RESOLUÇÃO COFEN 527/2016

Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades 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 da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012, e CONSIDERANDO a prerrogativa estabelecida ao Cofen no artigo 8º, incisos IV, V e XIII, da Lei nº 5.905/73, de baixar provimentos e expedir instruções, para uniformidade de procedimento e bom funcionamento dos Conselhos Regionais, dirimir as dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais e exercer as demais atribuições que lhe são conferidas por lei; CONSIDERANDO que o artigo 15, inciso II, III, IV, VIII e XIV, da Lei nº 5.905/73, dispõe que compete aos Conselhos Regionais de Enfermagem: disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho; fazer executar as instruções e provimentos do Conselho Federal; manter o registro dos profissionais com exercício na respectiva jurisdição; conhecer e decidir os assuntos atinentes à ética profissional impondo as penalidades cabíveis; e exercer as demais atribuições que lhes forem conferidas por esta Lei ou pelo Conselho Federal; 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 no país; CONSIDERANDO o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução Cofen nº 311, de 8 de fevereiro de 2007; CONSIDERANDO a Resolução Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos, privados e filantrópicos, e dá outras providências; CONSIDERANDO o Regimento Interno da Autarquia aprovado pela Resolução Cofen nº 421/2012; CONSIDERANDO Resolução Cofen nº 429, de 30 de maio de 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 as recomendações do relatório das atividades realizadas pelo Grupo de Trabalho – GT do Coren-SP, indicadas no Processo Administrativo Cofen nº 0562/2015; CONSIDERANDO as pesquisas que validaram as horas de assistência de enfermagem preconizadas na Resolução COFEN nº 293/2004 e aquelas que apontam novos parâmetros para áreas específicas; CONSIDERANDO os avanços tecnológicos e as necessidades requeridas pelos gestores, gerentes das instituições de saúde, dos profissionais de enfermagem e da fiscalização dos Conselhos Regionais, para revisão e atualização de parâmetros que subsidiem

o planejamento, controle, regulação e avaliação das atividades assistenciais de enfermagem; CONSIDERANDO que o quantitativo e o qualitativo de profissionais de enfermagem interferem, diretamente, na segurança e na qualidade da assistência ao paciente; CONSIDERANDO que compete ao enfermeiro estabelecer o quadro quantitativo de profissionais necessário para a prestação da Assistência de Enfermagem; CONSIDERANDO a necessidade de atingir o padrão de excelência do cuidado de enfermagem e favorecer a segurança do paciente, do profissional e da instituição de saúde; CONSIDERANDO as sugestões e recomendações emanadas da Consulta Pública no período de 09/07/2016 à 16/09/2016 no site do Conselho Federal de Enfermagem; CONSIDERANDO todos os documentos acostados aos autos do PAD Cofen nº 562/2015; CONSIDERANDO as deliberações do Plenário do Cofen em sua 481ª Reunião Ordinária, ocorrida em 27 de setembro de 2016, na cidade do Rio de Janeiro;

RESOLVE:

Art. 1º – Estabelecer, na forma desta Resolução e de seus anexos I e II (que poderão ser consultados através do sítio de internet www.cofen.gov.br), os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem.

Parágrafo único – Os referidos parâmetros representam normas técnicas mínimas, constituindo-se em referências para orientar os gestores, gerentes e enfermeiros dos serviços de saúde, no planejamento do quantitativo de profissionais necessários para execução das ações de enfermagem.

Art. 2º – O dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem deve basear-se em características relativas:

I – ao serviço de saúde: missão, visão, porte, política de pessoal, recursos materiais e financeiros; estrutura organizacional e física; tipos de serviços e/ou programas; tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas; atribuições e competências, específicas e colaborativas, dos integrantes dos diferentes serviços e programas e requisitos mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

II – ao serviço de enfermagem: aspectos técnicos – científicos e administrativos: dinâmica de funcionamento das unidades nos diferentes turnos; modelo gerencial; modelo assistencial; métodos de trabalho; jornada de trabalho; carga horária semanal; padrões de desempenho dos profissionais; índice de segurança técnica (IST); proporção de profissionais de enfermagem de nível superior e de nível médio e indicadores de qualidade gerencial e assistencial;

III – ao paciente: grau de dependência em relação à equipe de enfermagem (sistema de classificação de pacientes – SCP) e realidade sociocultural.

Art. 3º – O referencial mínimo para o quadro de profissionais de enfermagem, para as 24 horas de cada unidade de internação (UI), considera o SCP, as horas de assistência de enfermagem, a distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem e a proporção profissional/paciente. Para efeito de cálculo, devem ser consideradas:

I – como horas de enfermagem, por paciente, nas 24 horas:

- 4 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado mínimo;
 - 6 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado intermediário;
 - 10 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado de alta dependência
- (18);
- 10 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado semi-intensivo;
 - 18 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado intensivo.

II – A distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem, deve observar:

- a) O SCP e as seguintes proporções mínimas:
 - Para cuidado mínimo e intermediário: 33% são enfermeiros (mínimo de seis) e os demais auxiliares e/ou técnicos de enfermagem;
 - Para cuidado de alta dependência: 36% são enfermeiros e os demais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem;
 - Para cuidado semi-intensivo: 42% são enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem;
 - Para cuidado intensivo: 52% são enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem.

III – Para efeito de cálculo devem ser consideradas: o SCP e a proporção profissional/paciente nos diferentes turnos de trabalho:

- Cuidado mínimo: 1 profissional de enfermagem para 6 pacientes, 1 enfermeiro para 18,18 $\cong$ 18 pacientes e 1 técnico/auxiliar de enfermagem para 8,95 $\cong$ 9 pacientes;
- Cuidado intermediário: 1 profissional de enfermagem para 4 pacientes, 1 enfermeiro para 12,12 $\cong$ 12 pacientes e 1 técnico/auxiliar de enfermagem para 5,97 $\cong$ 6 pacientes;
- Cuidado de alta dependência: 1 profissional de enfermagem para 2,4 $\cong$ 2,5 pacientes, 1 enfermeiro para 6,66 $\cong$ 7 pacientes e 1 técnico/auxiliar de enfermagem para 3,75 $\cong$ 3,5 pacientes;
- Cuidado semi-intensivo: 1 profissional de enfermagem para 2,4 $\cong$ 2,5 pacientes, 1 enfermeiro para 5,7 $\cong$ 6 pacientes e 1 técnico de enfermagem para 4,13 $\cong$ 4 pacientes;
- Cuidado intensivo: 1 profissional de enfermagem para 1,33 $\cong$ 1,5 pacientes, 1 enfermeiro para 2,56 $\cong$ 2,5 pacientes e 1 técnico de enfermagem para 2,77 $\cong$ 3 pacientes.

1º – A distribuição de profissionais por categoria referido no inciso II, deverá seguir o grupo de pacientes que apresentar a maior carga de trabalho.

2º – Cabe ao enfermeiro o registro diário da classificação dos pacientes segundo o SCP, para subsidiar a composição do quadro de enfermagem para as unidades de internação.

3º – Para alojamento conjunto, o binômio mãe / filho deve ser classificado, no mínimo, como cuidado intermediário (17).

4º – Para berçário e unidade de internação em pediatria todo recém-nascido e criança menor de 6 anos deve ser classificado, no mínimo, como cuidado

intermediário, independente da presença do acompanhante.

5º – Os pacientes de categoria de cuidados intensivos deverão ser internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com infraestrutura e recursos tecnológicos e humanos adequados.

6º – Os pacientes classificados como de cuidado semi-intensivo deverão ser internados em unidades que disponham de recursos humanos e tecnologias adequadas.

Art. 4º – Para assistir pacientes de saúde mental, considerar (4):

a) Como horas de enfermagem:

1- CAPS I – 0,5 horas por paciente (8 horas/dia);

2- CAPS II (CAPS Adulto e CAPS Álcool e Drogas) – 1,2 horas por paciente (8 horas/dia);

3- CAPS Infantil e Adolescente – 1,0 hora por paciente (8 horas/dia);

4- CAPS III (CAPS Adulto e CAPS Álcool e Drogas) – 10 horas por paciente (24 horas);

5- UTI Psiquiátrica – 16 horas por paciente (24 horas);

6- Observação de paciente em Pronto Socorro Psiquiátrico e Enfermaria Psiquiátrica – 10 horas por paciente (24 horas);

7- Lar Abrigado/Serviço de Residência Terapêutica – deve ser acompanhado pelos CAPS ou ambulatórios especializados em saúde mental, ou ainda, equipe de saúde da família (com apoio matricial em saúde mental).

b) Como proporção profissional / paciente, nos diferentes turnos de trabalho:

1- CAPS I – 1 profissional para cada 16 pacientes, 1 enfermeiro para 32 pacientes e 1 técnico/auxiliar de enfermagem para 32 pacientes;

2- CAPS II (CAPS Adulto e CAPS Álcool e Drogas) – 1 profissional para cada $6,6 \cong 7$ pacientes, 1 enfermeiro para $13,3 \cong 13$ pacientes e 1 técnico e/ou auxiliar de enfermagem para $13,3 \cong 13$ pacientes;

3- CAPS Infantil e Adolescente – 1 profissional para cada 8 pacientes, 1 enfermeiro para 16 pacientes e 1 técnico e/ou auxiliar de enfermagem para 16 pacientes;

4- CAPS III (CAPS Adulto e CAPS Álcool e Drogas) -1 profissional para cada $2,4 \cong 2,5$ pacientes, 1 enfermeiro para $4,8 \cong 5$ pacientes e 1 técnico/auxiliar de enfermagem para $4,8 \cong 5$ pacientes;

5- UTI Psiquiátrica – 1 profissional para cada 1,5 pacientes, 1 enfermeiro para 3 pacientes e 1 técnico de enfermagem para 3 pacientes;

6- Observação de paciente em Pronto Socorro Psiquiátrico e Enfermaria Psiquiátrica – 1 profissional para cada $2,4 \cong 2,5$ pacientes, 1 enfermeiro para $5,7 \cong 6$ pacientes e 1 técnico e /ou auxiliar de enfermagem para 4,6 pacientes.

c) A distribuição percentual do total de profissional de enfermagem deve observar as seguintes proporções mínimas:

1 – CAPS I – 50% de enfermeiros e os demais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem;

2 – CAPS II (CAPS Adulto e CAPS Álcool e Drogas) – 50% de enfermeiros e os

demais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem;

3 – CAPS Infantil e Adolescente – 50% de enfermeiros e os demais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem;

4 – CAPS III (CAPS Adulto e CAPS Álcool e Drogas) – 50% de enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem;

5 – UTI Psiquiátrica – 50% de enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem;

6 – Observação de pacientes em Pronto Socorro Psiquiátrico e Enfermaria Psiquiátrica – 42% de enfermeiros e os demais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.

Art. 5º – Para Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI), as horas de assistência de enfermagem por paciente em cada setor, deverá considerar o tempo médio da assistência identificado no estudo de Cruz (6):

SETORES	TOTAL DE HORAS ENFERMEIRO	TOTAL DE HORAS TEC. ENF.	TOTAL DE HORAS POR EXAMES
Mamografia (*)	0	0,3	0,3
Medicina Nuclear	0,3	0,7	1,0
Rx Convencional (*)	0	1,0	1,0
Tomografia	0,1	0,4	0,5
Ultrassonografia	0,1	0,3	0,4
Intervenção Vascular	2,0	5,0	7,0
Ressonância Magnética	0,2	0,8	1,0

(*) Nos setores de Mamografia e Rx Convencional a participação do enfermeiro se faz em situações pontuais: supervisão, urgência e emergência, devendo ser garantida a presença de 1 enfermeiro nestes locais durante todo turno de trabalho para exercer as referidas atividades.

Art. 6º – O referencial mínimo para o quadro dos profissionais de enfermagem em Centro Cirúrgico (CC), considera a Classificação da Cirurgia, as horas de assistência segundo o porte cirúrgico, o tempo de limpeza das salas e o tempo de espera das cirurgias, conforme indicado no estudo de Possari (15;16). Para efeito de cálculo devem ser considerados:

1 – Como horas de enfermagem, por cirurgia no período eletivo:

1- 1,4 horas de enfermagem, por cirurgia de Porte 1;

2 – 2,9 horas de enfermagem, por cirurgia de Porte 2;

3- 4,9 horas de enfermagem, por cirurgia de Porte 3;

4- 8,4 horas de enfermagem, por cirurgia de Porte 4.

II – Como tempo de limpeza, por cirurgia:

1- Cirurgias eletivas – 0,5 horas;

2- Cirurgias de urgência e emergência – 0,6 horas.

III – Como tempo de espera, por cirurgia:

1- 0,2 horas por cirurgia.

IV – Como proporção profissional / categoria, nas 24 horas:

1) 20% do total de profissionais deverão ser enfermeiros e 80% técnicos ou auxiliares de enfermagem.

Art. 7º – A Carga de trabalho dos profissionais de enfermagem para a unidade Central de Materiais e Esterilização (CME), deve fundamentar-se na produção da unidade (número de kits ou pacotes processados), multiplicada pelo tempo padrão das atividades realizadas, nas diferentes áreas, conforme indicado no estudo de Costa(5):

ÁREA	DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES	TEMPO PADRÃO	
		Minuto	Hora
Suja ou contaminada (expurgo)	Recepção e recolhimento dos materiais contaminados	2	0,033
	Limpeza dos materiais	2	0,033
Controle de materiais em consignação	Recepção dos materiais em consignação	6	0,1
	Conferência dos Materiais Consignados após cirurgia	5	0,15
	Devolução dos materiais em consignação	3	0,05
Preparo de materiais	Secagem e distribuição dos materiais após limpeza	3	0,05
	Inspeção, teste, separação e secagem dos materiais	3	0,05
	Montagem e embalagem dos materiais	3	0,05
	Montagem dos materiais de assistência ventilatória	2	0,033

ÁREA	DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES	TEMPO PADRÃO	
		Minuto	Hora
Esterilização	Montagem da carga de esterilização	8	0,133
de materiais	Retirada da carga estéril e verificação da esterilização	3	0,05
	Guarda dos Materiais	4	0,066
Armazenamento e distribuição de materiais	Montagem dos carros de transporte das unidades	5	0,083
	Organização e controle do ambiente e materiais estéreis	1	0,016
	Distribuição dos materiais e roupas estéreis	2	0,033

1. A CME deve contar com um profissional enfermeiro em todos os turnos em que ocorrer processamento de material, além daquele responsável pela unidade.

Art. 8º – Nas Unidades de Hemodiálise convencional, considerando os estudos de Lima(11), o referencial mínimo para o quadro de profissionais de enfermagem, por turno, de acordo com os tempos médios do preparo do material, instalação e desinstalação do procedimento, monitorização da sessão, desinfecção interna e limpeza das máquinas e mobiliários, recepção e saída do paciente, deverá observar:

- 4 horas de cuidado de enfermagem / paciente / turno;
- 1 profissional para 1,5 pacientes;
- Como proporção profissional / paciente / turno:

a) 33% dos profissionais devem ser enfermeiros e 67% técnicos de enfermagem;

b) enfermeiro para 4,5 pacientes;

c) 1 técnico de enfermagem para cada 2,2 pacientes.

Art. 9º – Para a Atenção Básica, considerar o modelo, intervenções e parâmetros do estudo de Bonfim (1) – (anexo II).

Art. 10 – Ao quantitativo de profissionais estabelecido deverá ser acrescido o índice de segurança técnica (IST) de 15% do total, dos quais 8,3% são referentes a férias e 6,7% a ausências não previstas.

Art. 11 – Para o serviço em que a referência não pode ser associada ao leito-dia, a unidade de medida será o sítio funcional (SF), devendo ser considerado as variáveis: intervenção/atividade desenvolvida com demanda ou fluxo de atendimento, área operacional ou local da atividade e jornada de trabalho.

Art. 12 – Para efeito de cálculo deverá ser observada a cláusula contratual quanto à carga horária semanal (CHS).

Art. 13 – O responsável técnico de enfermagem deve dispor de 5% do quadro geral de profissionais de enfermagem da instituição para cobertura de situações relacionadas à rotatividade de pessoal e participação em programas de educação permanente.

Parágrafo único – O quantitativo de enfermeiros para o exercício de atividades gerenciais, educacionais, pesquisa e comissões permanentes, deverá ser dimensionado de acordo com a estrutura do serviço de saúde.

Art. 14 – O quadro de profissionais de enfermagem de unidades assistenciais, composto por 50% ou mais de pessoas com idade superior a 50 (cinquenta) anos ou 20% ou mais de profissionais com limitação/restrição para o exercício das atividades, deve ser acrescido 10% ao quadro de profissionais do setor.

Art. 15 – O disposto nesta Resolução aplica-se a todos os serviços e locais em que são realizadas atividades de enfermagem.

Art. 16 – Esta Resolução entra em vigor após a sua assinatura e publicação na imprensa oficial, revogando as disposições em contrário, em especial a Resolução Cofen nº 293 de 21 de setembro de 2004.

Brasília, 03 de Novembro de 2016.

Anexo I

Conceitos e metodologia de cálculo de pessoal de enfermagem

I – UNIDADE DE INTERNAÇÃO

1 – Unidade de internação (UI): local com infraestrutura adequada para a permanência do paciente em um leito hospitalar por 24 horas ou mais.

2 – Sistema de classificação de pacientes - SCP: forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo dispendido no cuidado direto e indireto, bem como o qualitativo de pessoal para atender às necessidades biopsicosócioespirituais do paciente ⁽¹⁰⁾.

2.1 – Paciente de cuidados mínimos (PCM): paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e autossuficiente quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas ⁽⁸⁾;

2.2 – Paciente de cuidados intermediários (PCI): paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas ⁽⁸⁾;

2.3 – Paciente de cuidados de alta dependência (PCAD): paciente crônico, incluindo o de cuidado paliativo, estável sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas ⁽⁸⁾;

2.4 – Paciente de cuidados semi-intensivos (PCSI): paciente passível de instabilidade das funções vitais, recuperável, sem risco iminente de morte, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada ⁽⁸⁾;

2.5 – Paciente de cuidados intensivos (PCIt): paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada ⁽⁸⁾.

Nota: Sugere-se utilizar os seguintes instrumentos de Classificação de Pacientes – SCP:

- Dini (2014);
- Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant (2005);
- Perroca e Gaidzinski (1998); Perroca (2011);
- Martins (2007).

3 – Total de horas de enfermagem (THE): somatório das cargas médias diárias de trabalho necessárias para assistir os pacientes com demanda de cuidados mínimos, intermediários, alta dependência, semi-intensivos e intensivos.

$$THE = [(PCM \times 4) + (PCI \times 6) + (PCAD \times 10) + (PCSI \times 10) + (PCIt \times 18)]$$

4 – Dias da semana (DS): 7 dias completos.

5 – Carga horária semanal (CHS): assume os valores de 20h.; 24h.; 30h.; 36h.; 40h. ou 44h. nas unidades assistenciais.

6 - Índice de segurança técnica (IST): percentual a ser acrescentado ao quantitativo de profissionais para assegurar a cobertura de férias e ausências não previstas.

7- Constante de Marinho (KM): coeficiente deduzido em função do tempo disponível do trabalhador e cobertura das ausências.

8- Constante de Marinho para Unidade de Assistência Ininterrupta ($KM_{(UI)}$): funcionamento 24 horas.

$$KM^{(UI)} = \frac{DS}{CHS} \times (1 + IST) = \frac{7}{CHS} \times (1 + IST)$$

Exemplo - utilizando - se o IST igual a 15% (15/100 = 0,15), teremos $1 + IST = 1,15$. Substituindo CHS por 20h.; 24h.; 30h.; 36h.; 40h. ou 44h., a KM assumirá os seguintes valores:

$KM_{(UI)}$	Valor
$KM(20)$	0.4025
$KM(24)$	0.3354
$KM(30)$	0.2683
$KM(36)$	0.2236
$KM(40)$	0.2012
$KM(44)$	0.1829

9 – Quantitativo de pessoal (QP): número de profissionais de enfermagem necessário na UI, com base nas horas de assistência, segundo o SCP.

$$QP_{(UI / SCP)} = THE \times KM_{(UI)}$$

10 – Quantidade de profissionais (QP) para Unidade de Internação (UI) com base na relação de proporção

$$QP_{(UI)} = \left\{ \left[\frac{(PCM)}{6} + \frac{(PCI)}{4} + \frac{(PCAD)}{2,4} + \frac{(PCSI)}{2,4} + \frac{(PCIt)}{1,33} \right] \times [(PF \times DS)] / CHS \right\} \times IST$$

PF = período de funcionamento da unidade (24 horas);

DS = dias da semana (7 dias);

CHS = carga horária semanal.

II – UNIDADES ASSISTENCIAIS, DE APOIO, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

(UA): locais onde são desenvolvidos procedimentos, intervenções/atividades de enfermagem e que não é possível aplicar o método de dimensionamento baseado no SCP, mas há estudos/pesquisas com referência de tempo médio de procedimento, intervenções/atividades, tais como: Central de Material (CME) e Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI).

1 – **Atividade:** ações específicas realizadas pela enfermagem para implementar uma intervenção que auxilie o paciente a obter o resultado desejado, conforme definição da Nursing Intervention Classification (Bulechek, Butcher e Dochterman, 2010).

2 – **Intervenção:** tratamento que o enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente, com base no julgamento e no conhecimento clínico, de acordo com Nursing Intervention Classification (Bulechek, Butcher e Dochterman, 2010).

$$THE = [(NMP1 \times TMP1) + (NMP2 \times TMP2) + (NMP3 \times TM3) + \dots]$$

Onde:

THE= total de horas de enfermagem

NMP1;2;3 = número médio diário de procedimentos1 ou intervenção/atividade1;

TMP1;2;3 = tempo médio do procedimento1 ou intervenção/atividade 1.

3 – Quantitativo de pessoal (QP): número de profissionais de enfermagem necessário na UA com base no tempo médio de procedimento, intervenções / atividades.

$$QP_{(UA)} = THE \times KM_{(UA) / (UAD)}$$

4 – Constante de Marinho para Unidade de Assistência Descontinuada ($KM_{(UAD)}$): Unidades que não funcionam 24 horas.

$$KM^{(UAD)} = \frac{DS \times (1 + IST)}{CHS}$$

Nota: O DS será 5 (segunda a sexta) ou 6 dias (segunda a sábado)

III - CENTRO CIRURGICO (Possari, 2001 e 2011)

1. **Porte 1** - Cirurgias com tempo de duração de até 2 horas;
2. **Porte 2** - Cirurgias com tempo de duração entre 2 e 4 horas;
3. **Porte 3** - Cirurgias com tempo de duração entre 4 e 6 horas;
4. **Porte 4** - Cirurgias com tempo de duração superior a 6 horas.

$$THE = (P1 \times H1) + (P2 \times H2) + (P3 \times H3) + (P4 \times H4)$$

Onde:

THE= total de horas de enfermagem para realização da programação cirúrgica;
H = tempo médio de enfermagem/cirurgia segundo porte cirúrgico, tempo de limpeza e de espera;

P = número médio de cirurgias segundo o porte cirúrgico (1, 2, 3 e 4).

O tempo médio de enfermagem, por cirurgia, segundo o porte cirúrgico, é calculo por meio da equação:

$$H = h_{SO} + h_L + h_E$$

Onde:

H = horas;

h_{SO} = Tempo de sala operatória segundo porte cirúrgico;

h_L = Tempo de limpeza;

h_E = Tempo de espera.

Exemplo:

$H1 = 1,4 + 0,5 + 0,2 = 2,1$ horas;

$H2 = 2,9 + 0,5 + 0,2 = 3,6$ horas;

$H3 = 4,9 + 0,5 + 0,2 = 5,6$ horas;

$H4 = 8,4 + 0,5 + 0,2 = 9,1$ horas.

$$THE = (P1 \times 2,1) + (P2 \times 3,6) + (P3 \times 5,6) + (P4 \times 9,1)$$

a) Caso o instrumentador cirúrgico, além do circulante, pertencer à equipe de enfermagem, usar a equação:

$$H = (2 \times h_{SO}) + h_L + h_E$$

Exemplo:

$$H1 = (2 \times 1,4) + 0,5 + 0,2 = 3,5 \text{ horas;}$$

$$H2 = (2 \times 2,9) + 0,5 + 0,2 = 6,5 \text{ horas;}$$

$$H3 = (2 \times 4,9) + 0,5 + 0,2 = 10,5 \text{ horas;}$$

$$H4 = (2 \times 8,4) + 0,5 + 0,2 = 17,5 \text{ horas.}$$

Nota: O número de profissionais de enfermagem (circulante e instrumentador cirúrgico) poderá ser aumentado caso a cirurgia ocorra com número maior de profissionais pertencentes à equipe de enfermagem.

Equação para cálculo de cirurgias eletivas:

$$QP_{(CC)} = THE \times KM_{(UAI)}$$

IV – ÁREA DE SAÚDE MENTAL

1 - CAPS III (CAPS ADULTO E CAPS ÁLCOOL E DROGAS), UTI PSIQUIÁTRICA, OBSERVAÇÃO DE PACIENTES EM PRONTO SOCORRO (PS) PSIQUIÁTRICO E ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA.

Equação para o cálculo:

$$QP = THE \times KM_{(UAI)}$$

THE = número médio de pacientes x tempo médio de assistência

2 - CAPS I, CAPS II (CAPS ADULTO E CAPS ÁLCOOL E DROGAS), CAPS INFANTIL E ADOLESCENTE.

Equação para o cálculo:

$$QP = THE \times KM_{(UAD)}$$

THE = número médio de pacientes x tempo médio de assistência

3 - Quantidade de profissionais (QP) com base na relação de proporção profissional/paciente

$$QP = \left\{ \left[\frac{(NMPA)}{RPP} \right] \times [(PF \times DS)] \right\} / CHS \times IST$$

Onde:

NMPA= somatório do número médio de pacientes assistidos;

RPP= relação profissional/paciente;

PF = período de funcionamento da unidade (24; 8 ou outras horas de funcionamento);

DS = dias da semana (5, 6 ou 7);

CHS = Carga horária semanal.

V - UNIDADES ASSISTENCIAIS ESPECIAIS (UAE): locais onde são desenvolvidas intervenções/atividades de enfermagem que não é possível aplicar o método de dimensionamento baseado no SCP e não há referência de horas de intervenção/atividade, por exemplo: Pronto Socorro, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Centro Obstétrico, Hematologia, etc.

1 – Sítio funcional (SF): unidade de medida baseada na experiência profissional, que considera a(s) atividade(s) desenvolvida(s), a área operacional ou local da atividade e a carga semanal de trabalho.

2 – Espelho semanal padrão (ESP): representação gráfica da distribuição das áreas operacionais com dias da semana, turnos de trabalho e categoria profissional.

ESPELHO SEMANAL PADRÃO													
Área Operacional (Local da Atividade)	Categoria Profissional	2ª a 6ª Feira				Subtotal de SF X 5	Sábado e Domingo				Subtotal de SF X 2	Total de SF NS	Total de SF NM
		M	T	N1	N2		M	T	N1	N2			
	NS												
	NM												
	NS												
	NM												
	MS												
	NM												

Nota 1: Sugere-se a utilização de uma série histórica de espelhos semanais, com a capacidade instalada e demandas atendidas, por no mínimo 4 semanas.

3 - Área Operacional: local onde são realizadas as intervenções/atividades de enfermagem (consultórios, sala de procedimento, sala de vacina, sala de medicação, sala de inalação, sala de curativo, etc.).

4- Período de tempo (PT): tempo da jornada que varia de acordo com a Carga horária semanal.

5 - Total de sítios funcionais (TSF), por semana:

$$TSF = \sum_{N=1}^N SF_N$$

$$TSF = [(SF_1) + (SF_2) + (SF_3) + \dots + (SF_n)]$$

Onde: SF1= SF de segunda; SF2= SF de terça, etc.

6 - Quantidade de profissionais para Sítios Funcionais ($QP_{(SF)}$)

$$QP_{(SF)} = KM (SF/CHS) \times TSF$$

7- Constante de Marinho ($KM_{(SF/CHS)}$) para Unidades Assistenciais Especiais (UAE).

$$KM_{(PT/CHS)} = \frac{PT}{CHS} \times (1 + IST)$$

Exemplo: utilizando - se o IST igual a 15% ($15/100 = 0,15$), teremos $1 + IST = 1,15$. Substituindo PT pelos valores dos diferentes períodos de trabalho e CHS por 20h.; 24h.; 30h.; 36h.; 40h. ou 44h., a $KM_{(PT/CHS)}$ assumirá os seguintes valores:

TABELA ALTERADA

KM (PT:20)	KM (PT:24)	KM (PT:30)
KM (4:20) = 0,2300	KM (4:24) = 0,1916	KM (4:30) = 0,1533
KM (5:20) = 0,2875	KM (5:24) = 0,2395	KM (5:30) = 0,1916
KM (6:20) = 0,3450	KM (6:24) = 0,2875	KM (6:30) = 0,2300

KM (PT:36)	KM (PT:40)	KM (PT:44)
KM (4:36) = 0,1277	KM (4:40) = 0,1150	KM (4:44) = 0,1045
KM (5:36) = 0,1597	KM (5:40) = 0,1437	KM (5:44) = 0,1306
KM (6:36) = 0,1916	KM (6:40) = 0,1725	KM (6:44) = 0,1568

8 - Cálculo do índice de segurança técnica (IST)

$$IST = \left(1 + \frac{TAP\%}{100}\right) \times \left(1 + \frac{TA\%}{100}\right)$$

TAP - taxa de Ausências Planejadas (= 8,3%);

TA - taxa de Absenteísmo (= 6,7%);

TADUP- total de ausências em dias úteis no período;

TDUP- total de dias úteis no período;

QPEP- quadro de profissionais de enfermagem no período;

NF_{6,8,10,12} – número de faltas/ ausências no período;

CHS- carga horária semanal.

Aplicação:

$$\text{IST} = \left(1 + \frac{8,3}{100}\right) \times \left(1 + \frac{6,7}{100}\right)$$

$$\text{IST} = (1+0,83) \times (1 + 0,67)$$

$$\text{IST} = 1,083 \times 1,067$$

$$\text{IST} = 1,15$$

Anexo II

Parâmetros para Dimensionar os profissionais de enfermagem na Atenção Primária à Saúde*

*Fundamentado no método *Workload Indicators of Staffing Need (WISN)*

Daiana Bonfim¹, Fernanda Maria Togeiro Fugulin²,
Ana Maria Laus³ e Raquel Rapone Gaidzinski⁴

1. Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Mestre e Doutora em Ciências.
2. Professora Associada da Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem.
3. Professora Associada da Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
4. Professora Titular da Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem.

Apresentação

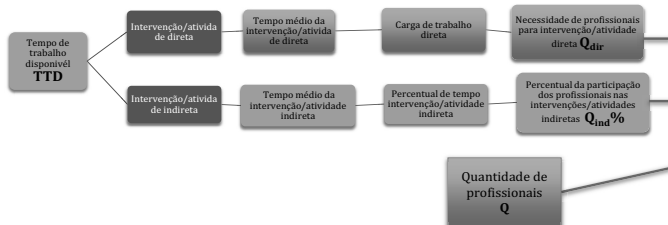
O método apresentado neste material é uma adaptação do *Workload Indicators of Staffing Need (WISN)*, proposto pela Organização Mundial de Saúde em 2010, aplicando-se parâmetros encontrados na realidade brasileira da atenção primária à saúde, por meio de pesquisas lideradas pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) em parceria com Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Faculdade de Enfermagem da UERJ, Faculdade de Odontologia da UERJ, Faculdade de Odontologia da USP e Instituto de Medicina Social da UERJ.

O *WISN* é uma ferramenta que permite determinar quantos trabalhadores de saúde de uma determinada categoria profissional são necessários para atender a carga de trabalho de uma determinada unidade de saúde, bem como avaliar a pressão da carga de trabalho sobre os profissionais de saúde na referida unidade. Para tanto, utilizam-se os dados disponíveis nos sistemas de informação de saúde e informações advindas de pesquisas de tempo. O *WISN* pode ser aplicado em diferentes serviços de saúde, com diferentes complexidades de cuidados e configurações de unidades de saúde.

O objetivo deste material é fornecer um método de dimensionamento, baseado em evidências científicas, para dimensionar os profissionais de enfermagem na atenção primária à saúde, de acordo com o perfil do território e a proposta assistencial de cada unidade de saúde.

❖ COMPONENTES DO MÉTODO ADAPTADO DO WISN

Figura 1. Componentes do método adaptado do WISN para cada categoria profissional



1. Procedimentos preliminares

- ✓ Delimitar as categorias profissionais de enfermagem para o qual se pretende dimensionar o quadro: enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem.
- ✓ Calcular o tempo de trabalho disponível **TTD** no ano por profissional de cada categoria, em horas/ano:

$$TTD = [A - (B + C + D + E)] \times h \quad (1)$$

Onde:

TTD = tempo de trabalho disponível no ano por profissional da categoria em estudo;

A = Número de dias de trabalho possíveis em um ano obtido pela multiplicação do número de semanas em um ano (52 semanas) pelo número de dias trabalhados em uma semana pelos profissionais da categoria profissional em estudo;

B = Número de dias no ano de ausência em razão de feriados (nacionais, estaduais, municipais e institucionais) por profissional da categoria em estudo;

C = Número médio de dias de ausência por profissional em razão de férias em um ano;

D = Número médio de dias de ausência por profissional em razão de licença-saúde em um ano;

E = Número médio de dias de ausência por profissional em razão de outras licenças (ex: treinamento) em um ano;

h = Número de horas trabalhadas por profissional em um dia (jornada de trabalho).

Exemplo 1: Calcular o Tempo de Trabalho Disponível (**TTD**)_{enf} da categoria profissional enfermeiro de uma Unidade Básica de Saúde admitindo os seguintes valores das variáveis intervenientes:

Variáveis intervenientes no cálculo do (TTD) _{enf}	
Qtde. de dias de trabalho possíveis no ano d_{enf}	52 x 5 = 260
Qtde. de dias de ausência em razão dos feriados no ano f_{enf}	7
Qtde. de dias de ausência em razão das férias no ano v_{enf}	30
Qtde. de dias de ausência por licença-saúde no ano l_{enf}	13
Qtde. de dias de ausência em razão a outras licenças no ano r_{enf}	3
Qtde. de horas trabalhadas por dia h_{enf}	8

Substituindo-se estes valores na equação (1) obtém-se:

$$(TTD)_{enf} = [260 - (7 + 30 + 13 + 3)] \times 8 = 1656 \text{ horas}$$

$$(TTD)_{enf} = 1656 \text{ horas}$$

2. Cálculo da necessidade de profissionais

O cálculo da quantidade Q de trabalhadores de cada categoria profissional necessários à composição do quadro de profissionais de enfermagem, alocados nos serviços de cuidados dos usuários, família e comunidade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde pode ser obtida pelo relacionamento entre os componentes da equação apresentada a seguir:

$$Q = \frac{Q_{dir}}{1 - \frac{Q_{ind}\%}{100}} \quad (2)$$

Onde:

Q_{dir} = quantidade de profissionais da categoria em estudo necessária para realizar as intervenções diretas;

Intervenção Direta: As intervenções/atividades de saúde de cuidado direto são aquelas que requerem interação direta com o usuário/família/comunidade e são realizadas por todos os membros de uma categoria profissional. Também são aquelas que identificam a especificidade do trabalho na atenção primária em saúde. Em geral, a produção dessas Intervenções Diretas é registrada.

Exemplos: consulta de enfermagem, vacinação, grupos educativos, visita domiciliar, etc.

$Q_{ind} \%$ = valor percentual da quantidade de profissionais da categoria em estudo necessária para atender as intervenções/atividades indiretas;

Intervenções/atividades indiretas: As intervenções/atividades de cuidado indireto são aquelas que não requerem interação direta com o usuário/família/comunidade, mas que dão suporte para o cuidado. São realizadas por todos os membros de uma categoria profissional. Geralmente não tem a sua produção rotineiramente registrada.

Exemplos: reunião de equipe, educação permanente, documentação, etc.

$\frac{(Q_{ind}\%)}{100}$ = índice percentual da quantidade de profissionais da categoria em estudo necessária para atender as intervenções/atividades indiretas.

Para dedução da equação (2) deve-se ter observar que a quantidade total Q de profissionais de uma dada categoria é igual a soma da parcela desses profissionais destinados aos cuidados diretos Q_{dir} com a parcela destinada aos cuidados indiretos Q_{ind} ; isto é:

$$Q = Q_{dir} + Q_{ind} \quad (3)$$

A equação (3) pode ser escrita em termos de percentual da seguinte maneira:

- . Dividem-se os termos resultantes por Q ;
- . Multiplicam-se todos os termos da equação (3) por 100, como a seguir:

$$\frac{Q}{Q} = \frac{Q_{dir}}{Q} + \frac{Q_{ind}}{Q} \quad (4)$$

$$1 = \frac{Q_{dir}}{Q} + \frac{Q_{ind}}{Q} \quad (5)$$

$$100 \times 1 = 100 \times \frac{Q_{dir}}{Q} + 100 \times \frac{Q_{ind}}{Q} \quad (6)$$

Onde:

$100 \times \frac{Q_{dir}}{Q} = Q_{dir}\%$ refere-se ao percentual correspondente de profissionais destinado aos cuidados diretos;

$100 \times \frac{Q_{ind}}{Q} = Q_{ind}\%$ refere-se ao percentual correspondente de profissionais destinados aos cuidados indiretos.

Portanto, a equação (6) pode ser agora escrita em termos percentuais:

$$Q_{dir}\% + Q_{ind}\% = 100 \quad (7)$$

Transpondo os termos da equação (7) da seguinte maneira, sem altera-la:

$$Q_{dir}\% = 100 - Q_{ind}\% \quad (8)$$

Substituindo-se o termo $Q_{dir}\%$ pela sua equação tem-se:

$$100 \times \frac{Q_{dir}}{Q} = 100 - Q_{ind}\% \quad (9)$$

Dividindo-se os termos desta equação por 100 tem-se:

$$\frac{Q_{dir}}{Q} = 1 - \frac{Q_{ind}\%}{100} \quad (10)$$

Isolando-se Q volta-se a equação (2) do método.

$$Q = \frac{Q_{dir}}{1 - \frac{Q_{ind}\%}{100}} \quad (2)$$

➤ Obtenção dos componentes da equação (2)

- ✓ Identificar e relacionar as principais intervenções/atividades inerentes ao serviço, conforme a categoria profissional responsável pela sua execução.
- ✓ Classificar as intervenções/atividades relacionadas, levando-se em consideração as definições em:

- Intervenções/atividades diretas;
- Intervenções/atividades indiretas;

Os componentes da equação (2) serão individualmente obtidos como segue:

Componente Q_{dir}

- ✓ Levantar para cada categoria profissional em estudo as intervenções/atividades diretas, bem como a sua produção anual P constante dos registros de enfermagem, isto é, o número de usuários atendidos no ano em uma determinada intervenção.

Para as Unidades de Saúde da Família (USF) recomenda-se que o levantamento seja realizado considerando não somente a demanda que chega até a unidade (produção anual da unidade), mas também o território (famílias cadastradas). Para isso, o enfermeiro deve conhecer o perfil do território e projetar a produção anual baseada nos Parâmetros do Ministério da Saúde (Brasil, 2015) e/ou protocolos existente no município.

- ✓ Identificar, para a categoria profissional em estudo, o correspondente tempo médio T , em horas, de execução de cada intervenção direta.

Recomenda-se o uso do tempo médio das intervenções T encontrado por Bonfim et al (2016). O enfermeiro poderá escolher entre o tempo médio do estrato em que o município se encontra ou o tempo médio encontrado no Brasil (anexos 1 e 3).

Para as equipes de Atenção Básica de populações específicas (Equipe de Consultório de Rua e Equipe de Saúde da Família Fluvial e Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas) no que couber utilizar os mesmos parâmetros de tempo.

- ✓ Calcular a quantidade de profissionais q da categoria profissional em estudo necessária para a execução de cada intervenção/atividade i ($i = 1, 2, \dots, n$) mediante a aplicação da seguinte equação:

$$q_i = \frac{P_i \times T_i}{TTD} \quad (11)$$

Exemplo 2: Calcular a quantidade de enfermeiros q_{enf} necessária para atender a $P_{enf} = 2700$ intervenção/atividade direta de consulta, cujo tempo médio de execução é de $T_{enf} = 0,42$ horas/consulta e o $TTD_{enf} = 1656$ horas/ano.

Substituindo-se os valores acima na equação (3) obtém-se:

$$q(Consulta)_{enf} = \frac{2700 \times 0,42}{1656} = 0,68 \text{ enfermeiro}$$

- ✓ Calcular o componente Q_{dir} da equação (2) mediante a soma das quantidades de profissionais da categoria em estudo necessários à execução de cada intervenção/atividade direta:

$$Q_{dir} = q_1 + q_2 + \dots + q_n \quad (12)$$

Exemplo 3: Calcular a quantidade de enfermeiros necessários à execução da intervenções/atividades diretas

Componente Q_{ind} %

O valor percentual da participação dos profissionais de enfermagem da categoria, em estudo, na execução de todas as intervenções/atividades indiretas é obtido mediante a soma dos percentuais de participação da categoria em estudo no tempo médio de execução de cada intervenção/atividade indireta.

Recomenda-se o uso da soma do valor percentual do tempo médio que os profissionais da categoria em estudo levam para a execução de cada intervenção/atividade indireta encontrados por Bonfim et al (2016) (anexo 1).

3. Dimensionamento de profissionais de enfermagem na atenção básica

A quantidade Q de profissionais de enfermagem da categoria em estudo é calculada pela aplicação da equação (2) reproduzida a seguir:

$$Q = \frac{Q_{dir}}{1 - \frac{Q_{ind}\%}{100}} \quad (2)$$

- ✓ O valor encontrado deve ser arredondado até o número inteiro mais próximo aplicando-se o seguinte critério nas casas decimais:

Se a casa decimal for maior que 0,5 arredondar para cima, soma-se 1 a parte inteira;

Se a casa decimal for igual ou menor que 0,5 arredondar para baixo;

❖ Análise dos resultados

Diferença: ao se comparar a diferença entre os níveis de pessoal atual e necessário, identificam-se as unidades de saúde que estão com falta ou com excesso relativo de pessoal.

Razão: ao se usar a razão entre os níveis de pessoal atual e necessário, avalia-se a pressão de trabalho que os profissionais de saúde sofrem no trabalho diário, em uma unidade de saúde.

Considerou-se:

- Razão próxima de um (~ 1) o quadro de pessoal atual que está em equilíbrio com as demandas de pessoal para a carga de trabalho da unidade de saúde;
- Razão maior que um (>1) evidencia excesso de pessoal em relação à carga de trabalho;
- Razão inferior a um (<1) indica que o número atual de profissionais é insuficiente para lidar com a carga de trabalho.

Para facilitar a operacionalizar dos cálculos necessários na aplicação do método *WISN*, propõe-se a seguinte planilha, onde os dados serão lançados e posteriormente calculados eletronicamente (Anexo 1).

Tabela 1: Tempo médio em horas das intervenções de cuidados diretos, realizadas pelos enfermeiros e pelos téc./aux. de enf. em USF. Brasil – 2016

INTERVENÇÕES DE CUIDADO DIRETO	BRASIL		ESTRATO 1 A 4		ESTRATO 5		ESTRATO 6	
	enf	téc/aux.	enf	téc/aux.	enf	téc/aux.	enf	téc/aux.
Atendimento à demanda espontânea	0,39	0,54	0,51	0,26	0,53	0,65	0,27	0,50
Consulta	0,42	0,00	0,54	0,00	0,61	0,00	0,32	0,00
Administração de medicamentos	0,21	0,22	0,21	0,21	0,00	0,23	0,21	0,22
Assistência em exames	0,31	0,38	0,23	0,80	0,00	0,80	0,34	0,24
Procedimentos ambulatoriais	0,32	0,46	0,36	0,73	0,73	0,68	0,24	0,34
Controle de imunização e vacinação	0,42	0,51	0,40	0,66	0,45	0,65	0,49	0,35
Sinais vitais e medidas antropométricas	0,20	0,22	0,19	0,22	0,21	0,21	0,22	0,22
Punção de vaso: amostra de sangue ven.	0,31	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,31	0,21
Visita domiciliar	0,59	0,79	0,43	0,81	1,10	1,19	0,90	0,66
Promoção de ações educativas	0,47	0,46	0,32	0,42	0,74	0,41	0,52	0,48

Tabela 2: Tempo médio em minutos e probabilidade de ocorrência (%) das intervenções realizadas pelos téc./aux. de enf. em USF. Brasil – 2016

INTERVENÇÕES DE CUIDADO INDIRETO	BRASIL		ESTRATO 1 A 4		ESTRATO 5		ESTRATO 6	
	enf	téc./aux.	enf	téc./aux.	enf	téc./aux.	enf	téc./aux.
Ações educativas dos trabalhadores de saúde	2,1	1,4	0,6	0,7	6,3	2,3	1,9	1,6
Controle de infecção	0,1	1,5	0,0	1,5	0,3	0,4	0,1	1,8
Controle de suprimentos	0,5	3,7	0,7	2,3	0,0	1,7	0,6	5,1
Organização do processo de trabalho	3,7	1,0	3,1	1,4	1,7	0,0	5,2	1,1
Documentação	12,4	9,5	12,2	9,7	5,7	3,3	15,9	11,1
Interpretação de dados laboratoriais	0,2	0,1	0,4	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2
Mapeamento e territorialização	0,1	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Referencia e contrarreferência	0,3	0,3	0,6	0,8	0,0	0,0	0,2	0,0
Reunião administrativa	5,9	1,5	6,8	1,7	7,0	0,0	5,2	1,7
Reunião p/ avaliação dos cuidados profissionais	1,9	1,0	1,1	0,2	1,2	0,0	2,8	1,8
Supervisão dos trabalhos da unidade	0,4	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0	0,6	0,1
Troca de informação sobre cuidados de saúde	6,2	3,0	6,7	3,3	3,5	1,6	7,2	3,2
Vigilância em saúde	1,3	0,4	0,7	0,2	0,0	0,3	2,5	0,6
Ocasionais indiretas	10,5	18,8	8,8	13,9	5,6	8,5	8,0	25,0
PERCENTUAL DO TEMPO TOTAL	45,6	42,2	42,3	35,8	31,5	18,1	50,3	53,3

Anexo 2: Definição dos Estratos sócio econômico demográficos (PMAQ-AB)

No Brasil, o Programa de Melhoria ao Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ- AB) é o primeiro programa de avaliação da qualidade da Atenção Básica, instituído pela Portaria 1.654 GM/MS, 19 de julho de 2011, pelo Ministério da Saúde, que vincula o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas Equipes de Atenção Básica (EAB). Ele está organizado em quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização.

No processo de avaliação, para maior comparabilidade de desempenho entre equipes, foi considerada a diversidade de cenários socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, bem como as diferenças dos municípios participantes e as especificidades de respostas demandadas aos sistemas locais de saúde e às EAB. Assim, na classificação de desempenho das equipes, cada município foi distribuído em diferentes estratos e comparado à média e ao desvio-padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato.

Os municípios participantes foram distribuídos em seis estratos de certificação, considerando os aspectos: sociais, econômicos e demográficos, e foi elaborado um índice de zero a dez, composto por cinco indicadores: Produto Interno Bruto (PIB) per capita (peso 2), Percentual da população com Plano de Saúde (peso 1), Percentual da população com Bolsa Família (peso 1), Percentual da população com extrema pobreza (peso 1) e Densidade demográfica (peso 1).

O índice elaborado varia de zero a dez, dentro dos cinco indicadores, e recebem diferentes pesos, considerando para cada município a menor pontuação entre o percentual da população com Bolsa Família e o percentual da população em extrema pobreza.

O PIB per capita do ano de 2008 foi utilizado e realizada uma normalização em que foi atribuída uma pontuação de zero a cinco para a metade dos municípios com menores valores do PIB per capita e de cinco a dez para a outra metade.

Os dados da densidade demográfica foram calculados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com forte variabilidade entre o menor e o maior valor. O percentual de extrema pobreza foi calculado pelo IBGE, com base no universo preliminar do censo de 2010, em que cada município obteve uma pontuação de zero a dez, de acordo com o percentual de pessoas que não está em extrema pobreza.

O percentual do Bolsa Família foi informado pelo Ministério do desenvolvimento e combate à fome em 2010. Cada município obteve uma pontuação de zero a dez, de acordo com o percentual de pessoas que não recebem o Bolsa Família.

Desse modo, os estratos socioeconômicos demográficos de certificação são: Estrato 1 (pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes); Estrato 2 (pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes); Estrato 3 (pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes); Estrato 4 (pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes); Estrato 5 (pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes) e Estrato 6 (população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85).

A classificação dos municípios, conforme o estrato de certificação está disponível para consulta no site:

http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/estratos_para_certificacao.php

Anexo 3: Intervenções em Atenção Primária à Saúde (Bonfim, 2015)

Instrumento de Medida da Carga de Trabalho dos Profissionais de Saúde na Atenção Primária				
Intervenção/Definição	Atividade descritas na ficha E-SUS	Tipo de ficha E-SUS	Tipo de cuidado	Categoria profissional
Ações educativas dos trabalhadores de saúde Desenvolvimento e participação de ações de educação permanente.	Educação permanente	Ficha de atividade coletiva	I	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem
Administração de Medicamentos Preparo, oferta e avaliação da eficácia de medicamentos prescritos e não prescritos.	Administração de vitamina A, Administração de medicamentos	Ficha de procedimentos	D	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem
Assistência em exames Assistência ao usuário e a outro provedor de cuidados de saúde durante um procedimento ou exame.	Teste rápido	Ficha de procedimentos	D	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem
Atendimento à demanda espontânea Atendimento do usuário sem agendamento prévio, que inclui práticas de produção e promoção de saúde com responsabilização da equipe/usuário.	Tipo de atendimento/demanda espontânea; Escuta inicial/orientação	Ficha de atendimento individual ; Ficha de procedimentos	D	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem
Consulta Aplicação de conhecimento para prestação de um conjunto de atividades a um indivíduo, voltadas para o restabelecimento ou a manutenção da saúde.	Tipo de atendimento/consulta agendada programada, cuidado continuado/consulta agendada	Ficha de atendimento individual	D	1
Controle de Imunização/vacinação Monitoração do estado de imunização, facilitação do acesso às imunizações e provisão de imunizantes para prevenir doenças transmissíveis.	Mapa de vacinação	-	D	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem
Controle de Infecção Minimizar o risco de contaminação e transmissão de agentes infecciosos.			I	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem
Controle de Suprimentos Solicitação, aquisição e manutenção de itens adequados ao			I	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem

DIMENSIONAMENTO

oferecimento de cuidados ao usuário.				
Organização do processo de trabalho Organização e distribuição das atividades do trabalho nos serviços de saúde.			I	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem
Documentação Anotação de dados e informações pertinentes ao usuário, à família, à população e ao território (registro relativo à consulta e a procedimentos clínicos; registro relativo à visita domiciliar; registro relativo à vigilância).			I	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem
Interpretação de dados laboratoriais Análise de dados laboratoriais do usuário para auxiliar na tomada de decisão.			I	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem
Mapeamento e territorialização Reconhecimento de características estruturais, sociais, econômicas, políticas, culturais, ambientais e de interação social da área de abrangência da unidade de saúde, bem como sua delimitação.			I	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem
Monitoração de sinais vitais e/ou medidas antropométricas Verificação e análise de dados cardiovasculares, respiratórios e da temperatura corporal e/ou medidas antropométricas para determinar e prevenir complicações.	Aferição de PA; aferição de temperatura; medição de altura; medicação de peso	Ficha de procedimentos	D	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem
Procedimentos Ambulatoriais Aplicação de conhecimento especializado e habilidade específica para realização de procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos.	Coleta de citopatológico de colo uterino (quando realizado pela categoria 2); curativo; glicemia capilar; Cuidado de estomas; Cateterismo vesical de alívio; Exame do pé diabético; Retirada de	Ficha de procedimentos	D	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem

	pontos de cirurgias			
Promoção de ações educativas Desenvolvimento de ações de educação em saúde para indivíduos, famílias, grupos ou comunidades, bem como a orientação específica de um usuário, família, acompanhante ou cuidador visando a sua compreensão sobre um procedimento ou tratamento prescrito.	Educação em saúde; atendimento em grupo;	Ficha de atividade coletiva	D	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem
Punção de vaso: amostra do sangue venoso Coleta de amostra de sangue venoso de uma veia não canulada.	Coleta de material para exame laboratorial	Ficha de procedimentos	D	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem
Referência e contrarreferência Encaminhamento e monitoramento dos usuários para a atenção secundária, terciária e outros serviços.			I	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem
Reunião administrativa Reunião administrativa para planejamento, discussão e avaliação de assuntos técnicos e administrativos relacionados à organização do serviço.	Reuniões/tema : questões administrativas /funcionamento; Reunião intersetorial/conselho local de saúde/controle social	Ficha de atividade coletiva	I	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem
Reunião para avaliação dos cuidados profissionais Planejamento e avaliação pela equipe multiprofissional da oferta do cuidado integral ao usuário/população.	Reunião de equipe; Reunião com outras equipes de saúde	Ficha de atividade coletiva	I	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem
Supervisão dos trabalhadores da unidade Facilitação do provimento de cuidado de alta qualidade aos usuários por outros indivíduos.			I	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem
Troca de informações sobre cuidados de saúde e/ou serviço de saúde Fornecimento de informações sobre os cuidados do usuário/população e/ou serviço de saúde a outros profissionais de saúde.			I	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem
Vigilância em saúde Ações de impacto nas causas evitáveis no âmbito epidemiológico,			D	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem

DIMENSIONAMENTO

sanitário e ambiental.				
Visita Domiciliar Realização dos cuidados a usuários/população para integrar e otimizar o uso de recursos, assegurar a qualidade dos cuidados de saúde e alcançar os resultados desejados na perspectiva de favorecer a interação com a dinâmica das relações familiares e o estabelecimento de vínculos.		Ficha de visita domiciliar	D	Enfermeiro Téc/Aux. de enfermagem

***Tipo de cuidado:** **[D]** Cuidado Direto: realizado junto ao usuário/família/comunidade; **[I]** Indireto: realizado a distância do usuário/família/comunidade, mas em seu benefício.

RESOLUÇÃO COFEN 527/2016

Anexo 4: Simulação do cálculo de profissionais de enfermagem para atenção primária à saúde adaptado ao método *WISN* em uma Unidade de Saúde da Família fictícia:

Unidade: Unidade de Saúde da Família A

Número de enfermeiros atual: 3

Número de técnicos/auxiliares de enfermagem atual: 6

Município classificado estrato 6;

Parâmetro selecionado: Brasil

Informações referentes ao ano 2015.

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE				
ITEM	ORIGEM DOS PARÂMETROS:	BRASIL	PROFISSIONAL:	ENFERMEIRO
TEMPO DO TRABALHO DISPONÍVEL (TTD)				CATEGORIA PROFISSIONAL ENFERMEIRO
1	SEMANAS NO ANO (semanas por ano)			52
2	DIAS TRABALHADOS NA SEMANA (dias/profissional)			5
3	DIAS DE AUSÊNCIA POR FERIADOS NO ANO (Dias no ano/profissional)			15
4	DIAS DE FÉRIAS (Média de dias por ano/profissional)			30
5	DIAS DE LICENÇAS DE SAÚDE (Média de Dias por ano/profissional)			12
6	DIAS DE AUSÊNCIAS EM RAZÃO DE OUTRAS LICENÇAS NO ANO (Média de Dias por ano/profissional)			6
7	JORNADA DE TRABALHO (Horas de trabalho por dia/profissional)			8
TTD	TEMPO DO TRABALHO DISPONÍVEL (Horas por ano/profissional)			1576
ITEM	INTERVENÇÕES DE CUIDADO DIRETO	PRODUÇÃO ANUAL DAS INTERVENÇÕES (P)	TEMPO MÉDIO DAS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO (T) horas	QUANTIDADE REQUERIDA DE ENFERMEIRO $q_{dir} = (P \times T) \div TTD$
1	Atendimento à demanda espontânea	3000	0,39	0,74
2	Consulta	5000	0,42	1,34
3	Administração de medicamentos	1000	0,21	0,13
4	Assistência em exames	200	0,31	0,04
5	Procedimentos ambulatoriais	300	0,32	0,06
6	Controle de imunização e vacinação	1000	0,42	0,27
7	Sinais vitais e medidas antropométricas	7000	0,20	0,88
8	Punção de vaso: amostra de sangue venoso	200	0,31	0,04
9	Visita domiciliar	1200	0,59	0,45
10	Promoção de ações educativas	1000	0,47	0,30
Q_{dir}	TOTAL REQUERIDO DE ENFERMEIRO PARA CUIDADO DIRETO			4,0
ITEM	INTERVENÇÕES DE CUIDADO INDIRETO			PERCENTUAL DA PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO
1	Ações educativas dos trabalhadores de saúde			2,1
2	Controle de infecção			0,1
3	Controle de suprimentos			0,5
4	Organização do processo de trabalho			3,7
5	Documentação			12,4
6	Interpretação de dados laboratoriais			0,2
7	Mapeamento e territorialização			0,1
8	Referência e contrarreferência			0,3
9	Reunião administrativa			5,9
10	Reunião p/ avaliação dos cuidados profissionais			1,9
11	Supervisão dos trabalhos da unidade			0,4
12	Troca de informação sobre cuidados de saúde			6,2
13	Vigilância em saúde			1,3
14	Ocasionalmente indiretas			10,5
$Q_{ind} \%$	SOMA DOS PERCENTUAIS DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADOS INDIRETOS			45,6
Q	TOTAL REQUERIDO DE ENFERMEIRO PARA A USB $Q = Q_{dir} / (1 - Q_{ind} \% / 100)$			7

DIMENSIONAMENTO

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE					
ITEM	ORIGEM DOS PARÂMETROS:	BRASIL	PROFISSIONAL:	TÉCNICO/AUXILIAR	CATEGORIA PROFISSIONAL
	TEMPO DO TRABALHO DISPONÍVEL (TTD)				TÉCNICO/AUXILIAR
1	SEMANAS NO ANO (semanas por ano)				52
2	DIAS TRABALHADOS NA SEMANA (dias/profissional)				5
3	DIAS DE AUSÊNCIA POR FERIADOS NO ANO (Dias no ano/profissional)				15
4	DIAS DE FÉRIAS (Média de dias por ano/profissional)				30
5	DIAS DE LICENÇAS DE SAÚDE (Média de Dias por ano/profissional)				12
6	DIAS DE AUSÊNCIAS EM RAZÃO DE OUTRAS LICENÇAS NO ANO (Média de Dias por ano/profiss				6
7	JORNADA DE TRABALHO (Horas de trabalho por dia/profissional)				8
TTD	TEMPO DO TRABALHO DISPONÍVEL (Horas por ano/profissional)				1576
ITEM	INTERVENÇÕES DE CUIDADO DIRETO	PRODUÇÃO ANUAL DAS INTERVENÇÕES (P)	TEMPO MÉDIO DAS INTERVENÇÕES DO TÉCNICO/AUXILIAR (T) horas	QUANTIDADE REQUERIDA DE TÉCNICO/AUXILIAR $q_{dir} = (P \times T) \div TTD$	
1	Atendimento à demanda espontânea	3000	0,54	1,02	
2	Consulta	5000	0,00	0,00	
3	Administração de medicamentos	1000	0,22	0,14	
4	Assistência em exames	200	0,38	0,05	
5	Procedimentos ambulatoriais	300	0,46	0,09	
6	Controle de imunização e vacinação	1000	0,51	0,32	
7	Sinais vitais e medidas antropométricas	7000	0,22	0,97	
8	Punção de vaso: amostra de sangue ve	200	0,21	0,03	
9	Visita domiciliar	1200	0,79	0,61	
10	Promoção de ações educativas	1000	0,46	0,29	
Q_{dir}	TOTAL REQUERIDO DE TÉCNICO/AUXILIAR PARA CUIDADO DIRETO				3,2
ITEM	INTERVENÇÕES DE CUIDADO INDIRETO				PERCENTUAL DA PARTICIPAÇÃO DO TÉCNICO/AUXILIAR
1	Ações educativas dos trabalhadores de saúde				1,4
2	Controle de infecção				1,5
3	Controle de suprimentos				3,7
4	Organização do processo de trabalho				1,0
5	Documentação				9,5
6	Interpretação de dados laboratoriais				0,1
7	Mapeamento e territorialização				0,0
8	Referencia e contrarreferência				0,3
9	Reunião administrativa				1,5
10	Reunião p/ avaliação dos cuidados profissionais				1,0
11	Supervisão dos trabalhos da unidade				0,0
12	Troca de informação sobre cuidados de saúde				3,0
13	Vigilância em saúde				0,4
14	Ocasionais indiretas				18,8
$Q_{ind} \%$	SOMA DOS PERCENTUAIS DAS INTERVENÇÕES DE CUIDADOS INDIRETOS				42,2
Q	TOTAL REQUERIDO DE TÉCNICO/AUXILIAR PARA A USB $Q = Q_{dir} / (1 - Q_{ind} \% / 100)$				6

Análise dos resultados

Categoria profissional	Número atual	Número necessário	Falta ou excesso	Razão	Pressão da carga de trabalho	Problema da Carga de trabalho
Enfermeiro	3	7	4	0,4	Alta	Falta
Técnico/Auxiliar de enfermagem	6	6	0	1	Equilíbrio	-

INDICAÇÕES DE LEITURA

185/1995 - Dispõe sobre a Autorização para a execução de tarefas elementares de Enfermagem pelo pessoal sem formação específica regulada em Lei e estabelece critérios.

186/1995 - Dispõe sobre a definição e especificação das atividades elementares de Enfermagem executadas pelo pessoal sem formação específica regulada em Lei.

374/2011 - Normatiza o funcionamento do Sistema de Fiscalização do Exercício profissional da Enfermagem e dá outras providências.

423/2012 - Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos.

516/2016 - Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências.

518/2016 - Altera o Item XII - "SITUAÇÕES PREVISÍVEIS E CONDUTAS A SEREM ADOTADAS" do Manual de Fiscalização do Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, que passa a chamar-se "Quadro de Irregularidades e Ilegalidades", anexo da Resolução Cofen nº 374/2011.

520/2016 - Aprova a Criação da Comissão Nacional da Qualidade (CNQ), as diretrizes para a concessão do Selo da Qualidade - Cofen e dá outras providências.

**TODAS AS RESOLUÇÕES PODEM SER ACESSADAS EM
WWW.COFEN.ORG.BR**

TELEFONES ÚTEIS

Ministério Público do Estado de Goiás

Rua 23, esq. com a Av. Fued José Sebba, Qd. A 06, Lts. 15/24,
Setor - Jardim Goiás, Goiânia - Goiás - CEP: 74.805-100
Fone: (0xx62) 3243-8000 e 127
Site: <http://www.mp.go.gov.br>

Superintendência Regional do Trabalho e Emprego SRTE/GO – Goiás

Rua 85 nº 887, Ed. Genebra, 2º Andar Setor Sul.
Goiânia-GO CEP 74080-010
Telefone Geral: (62) 3227-7000
Fax: (62) 3227-7082 / (62) 3227-7082
Site: <http://www.mte.gov.br/delegacias/go/default.asp>

Conselho Federal de Enfermagem

SCLN QD 304, LOTE 09, BLOCO E, ASA NORTE, BRASILIA - DF
CEP: 70736-550
Tel.: (61) 3329-5800
Fax: (61) 3329-5801
Site: <http://site.portalcofen.gov.br>

Sindicato dos Técnicos e Auxiliares

Rua 233,nº 1509, setor universitário
(62) 3218-1873

Sindicato dos Enfermeiros

Av. Goiás nº 606, Ed. Minas Bank, Sala 1203
(62) 3224-5114

Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn Goiás

Rua T-36, nº 695 sala 604, Ed. Aquários Center – Setor Bueno –
74.223.050
Goiânia-Go.
(62) 3255-1247

Ouvidoria/Serviço de Proteção aos Usuários do SUS (Sepru)

Rua SC-1, nº 229 Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP: 74.860.270
(62) 3201-3700 / 3201-3740
0800 643 3700