

**PARECER COREN-AL 022/ 2020**

**INTERESSADO (A): PRESIDENTE DO COREN-AL**

**REFERÊNCIA: PAD/COREN-AL Nº 385/2019**

*Solicitação de que o COREN-AL emita parecer técnico revisando Prontuário de Santa Casa de Misericórdia.*

**I RELATÓRIO:**

Trata-se de encaminhamento de documento em epígrafe, de solicitação do Presidente desta Egrégia Autarquia, de emissão de parecer técnico pelos pareceristas nomeados pela Portaria Nº 132/2020, de 11 de agosto de 2020, sobre a consulta formulada pela Comissão de Revisão de Prontuários da Santa Casa de Misericórdia de Maceió, em especial no intuito de avaliar se o modelo em anexo (documento único para marcar X) teria respaldo legal.

**II FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE CONCLUSIVA:**

**CONSIDERANDO** o disposto na Lei Nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências;

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

**CONSIDERANDO** o PAD Nº 372/ 2018 e o Parecer Nº 124/ 2018, ambos do Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas, que designou profissionais para a elaboração de modelos de Regimento Interno de Serviços de Enfermagem, Normas e Rotinas e Protocolo Operacional Padrão;

**CONSIDERANDO** o material elaborado (ver anexo) nas reuniões dos profissionais designados pela Portaria Nº 124/ 2018 nos dias 21 de junho e 09 de julho de 2018, sob o título Manual para elaboração de regimento interno, normas, rotinas e POP para a assistência de enfermagem.

**CONSIDERANDO** a Resolução COFEN Nº 358/ 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

**CONSIDERANDO** a Resolução COFEN N° 429/ 2012, que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico.

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 n° 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.

**CONSIDERANDO** a Resolução COFEN N° 514/ 2016, que aprova o Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário de Paciente;

**CONSIDERANDO** a Resolução COFEN N° 564/ 2017, que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem,

Dos deveres:

Art. 36 Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras.

Art. 37 Documentar formalmente as etapas do processo de Enfermagem, em consonância com sua competência legal.

Art. 38 Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.

**CONSIDERANDO** a Portaria MS Nº 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.

**CONSIDERANDO** que o Prontuário 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” e pela Resolução CFM Nº 1.638/ 2002, 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”.

### III CONCLUSÃO:

Diante do exposto, após a análise do prontuário em questão, conclui-se que:

Quanto ao modelo ser em formato de *check list*, para utilização do técnico de enfermagem, não há descumprimento de nenhuma normativa legal, contudo é preciso considerar o seguinte:

1. Os prontuários devem ser preenchidos com o nome do paciente, data e hora, conter assinatura e identificação do profissional com o número do Coren, conforme consta nas Resoluções relativas ao tema;
2. Garantir que em vias anteriores do prontuário constem o registro de dados como procedência do paciente (residência, pronto-socorro, transferência de outra instituição ou outro setor intra-hospitalar); informações sobre o acompanhante e condições de locomoção (deambulando, com auxílio, cadeira de rodas, maca);
3. Observar as anotações gerais do paciente, de acordo com as competências da equipe de enfermagem: nível de consciência, humor e atitude, higiene pessoal, estado nutricional, coloração da pele, dispositivos em uso (cateter intravenoso flexível ou agulhado, sondas e curativos), queixas do paciente (tudo o que ele refere, dados informados pela família ou responsável); bem como: cuidados realizados, intercorrências, efetuar anotações imediatamente após a prestação do cuidado.
4. Ademais, as anotações de enfermagem não devem conter rasuras, entrelinhas em branco ou espaços – e nesse sentido é importante que haja adaptação no check list para evitar que ocorra quadrados brancos ou quaisquer possibilidade de margem para alterações posteriores – não é permitido que seja escrito a lápis ou que se use corretivo líquido ou outro.
5. Deve-se também considerar que as anotações precisam ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas; contendo sempre observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina ou específicos – e nesse sentido o modelo de check list deve permitir que o profissional de enfermagem tenha espaço aberto para fazer observações que porventura fujam do padrão de opções elencadas do documento padrão.
6. As anotações precisam ser registradas logo após o cuidado prestado, orientação fornecida ou obtida e com precisão de características como tamanho mensurado (cm, mm, etc.), quantidade (mL, L, etc.), coloração e forma; não contendo termos que deem conotação de valor (bem, mal, pouco ou muito, etc.); conter apenas abreviaturas previstas em literatura.
7. Em resumo, as anotações de enfermagem (em seu conjunto) devem ser referentes a todos os cuidados prestados, aos sinais e sintomas, intercorrências, respostas dos pacientes às ações realizadas e devem conter subsídios para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem pela equipe.

8. Recomenda-se que mesmo com a implantação desse *check list*, não seja substituída as anotações de enfermagem convencional (descritiva e cronológica) dos membros da equipe enfermagem, respeitando os graus de habilitação e competência de cada profissional. Acreditamos que esse instrumento pode ser usado como coadjuvante.

Outrossim, essas observações partiram do pressuposto de que o documento analisado consiste em uma parte do prontuário, na verdade um check list utilizado pela equipe técnica para fundamentar a avaliação do enfermeiro, visto que depreende-se que compete ao último, ao operar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, a realização do planejamento de enfermagem, para o que fará uso dos dados obtidos pelos demais componentes da equipe de enfermagem.

Nesse sentido, o documento analisado não deve substituir o registro do enfermeiro, em especial os dados obtidos através da consulta de enfermagem, tendo como principal finalidade o registro do técnico de natureza mais pragmática e visual acerca das condições gerais do paciente, mantendo sempre a possibilidade de o técnico efetuar outras observações para além destas que estão indicadas, bem como ter espaço destinado para mapeamento de sinais vitais, administração de medicamentos, dentre outros; afinal, é importante que a equipe técnica tenha acesso a treinamento para avaliação dos dados contidos nesse check list e que seja considerado que compete ao enfermeiro os cuidados de maior complexidade.

Destaca-se que a Enfermagem deve sempre fundamentar suas ações em recomendações científicas atuais e realizar seus procedimentos mediante a elaboração efetiva do Processo de Enfermagem, conforme descrito na Resolução COFEN N° 358/2009 e a partir do Dimensionamento do Quadro de Pessoal de Enfermagem, descrito na Resolução COFEN N° 543/ 2017.

É o parecer, salvo melhor juízo.

Maceió, 09 de novembro de 2020.



**Lucas Kayzan Barbosa da Silva**  
COREN/AL N° 432.278 – ENF

*Wbiratan de Lima Souza*

**Wbiratan de Lima Souza**

Presidente da Comissão de Gerenciamento das Câmaras Técnicas do COREN-AL  
COREN-AL Nº 214.302-ENF

## **REFÊRENCIAS:**

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei 7498/ 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.** Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L7498.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.html)>. Acesso em: 09 de novembro de 2020.

\_\_\_\_\_. **DECRETO Nº 94.406 DE 08 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.** Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94406-8-junho-1987-444430-norma-pe.html>. Acesso em: 09 de novembro de 2020.

\_\_\_\_\_. **CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Nº 0358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** Disponível em <[http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 09 de novembro de 2020.

\_\_\_\_\_. **CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Nº 0543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem.** Disponível em [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html)>. Acesso em: 09 de novembro de 2020.

\_\_\_\_\_. **CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 0564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html). Acesso em: 09 de novembro de 2020.

\_\_\_\_\_. **CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO COFEN Nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.** Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012\\_9263.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.html). Acesso em: 09 de novembro de 2020.

\_\_\_\_\_. **CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO COFEN Nº 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.** Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016\\_41295.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html). Acesso em: 09 de novembro de 2020.

\_\_\_\_\_. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820\\_13\\_08\\_2009.html?fbclid=IwAR34Wj249R8Yybf6miinwO-iQXemgh71KYpaRd29DhSwnMXrxh8JWrsWWsk](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html?fbclid=IwAR34Wj249R8Yybf6miinwO-iQXemgh71KYpaRd29DhSwnMXrxh8JWrsWWsk). Acesso em: 09 de novembro de 2020.

\_\_\_\_\_. **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução do CFM nº 1.638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.** Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>. Acesso em: 09 de novembro de 2020.

\_\_\_\_\_. **CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE ALAGOAS. Decisão COREN 043/ 2018. Aprova o Manual para elaboração de regimento interno, normas, rotinas e protocolos operacionais padrão (pop) para a assistência de enfermagem.** Maceió - AL, 2018.