

PARECER TÉCNICO COREN/PR Nº 034/2024

Assunto: Legalidade do registro posterior em prontuário para justificar uso de materiais

1. FATO

Enfermeira auditora informa que em análise de prontuários, constata que durante as intercorrências a equipe de enfermagem não descreve nas evoluções a quantidade exata de material e por isso solicita que realizem justificativa posterior no prontuário. Entretanto, as operadoras têm glosado o procedimento alegando que evoluções posteriores não podem ser aceitas. A inscrita questiona se a evolução tardia realizada em até 24 horas do registro anterior, sendo claramente identificada, mencionando a data e hora do cuidado, bem como a data e hora da anotação é respaldada por Resolução COFEN.

2. FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE

A enfermagem é uma profissão fortemente dependente de informações precisas e oportunas para executar a grande variedade de intervenções envolvidas no cuidado. Os registros no prontuário do paciente são considerados documento legal de defesa dos profissionais, devendo, portanto, estar imbuídos de autenticidade e de significado legal. (COFEN, 2016; COFEN 2023)

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. (COFEN, 2016)

As anotações de enfermagem fornecem dados que subsidiarão o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados/prescrição; servirão como suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados, respectivas respostas do paciente e resultados esperados e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem. (COREN-SP, 2022; COFEN 2023)

Assim, a anotação de enfermagem é fundamental para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem (PE), pois é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência, contribuindo para a identificação das alterações do estado e das condições do paciente, favorecendo o reconhecimento de novos problemas, a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilitando a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados (CIANCIARULLO, 2001)

A implantação do prontuário eletrônico do paciente em muitas instituições tem trazido muitas dúvidas com relação a poder ou não fazer uma checagem ou anotação depois do plantão. Muitos sistemas não tem permitido fazer qualquer alteração após o período do plantão daquele funcionário, porém outros estabelecem um tempo, até 24 horas, 48 horas e outros permitem a qualquer tempo. (MANDIA, 2017)

Sabemos que a prática de “arrumar” essa falta de registro, seja checagens ou anotações no prontuário é antiga, mas com o uso dos registros eletrônicos surgem esses impasses. Se o hospital fizer uso de certificação digital, todo registro posterior será rastreado à data, horário e quem fez a alteração, sem uso do certificado isso pode ser “fraudado”. A grande questão é que usando certificação digital ou não, isso não deverá ser permitido após o período da assistência que aquele funcionário estava atuando. (MANDIA, 2017)

A prática de "arrumar" falta de registro, checagens ou anotações no prontuário, é uma violação ética e profissional que não é permitida pelo Conselho

Federal de Enfermagem. O COFEN estabelece diretrizes rigorosas para a documentação adequada no prontuário do paciente. O prontuário é um documento legal e confidencial que contém informações detalhadas sobre a saúde e o tratamento de um paciente.(MANDIA, 2023)

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” (COFEN, 2016)

A Lei nº 7498/1986 do Exercício Profissional da Enfermagem, prevê que: O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de enfermagem que inclui a prescrição da assistência de enfermagem. Ainda na mesma lei, o artigo 13 alínea “a” rege que cabe ao Auxiliar de Enfermagem observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas. (BRASIL, 1986).

Portanto, é atribuição da equipe de enfermagem incluir a descrição da assistência de enfermagem no prontuário do paciente.

O Decreto nº 94406/1987 que regulamenta a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, no artigo 14 inciso II institui que: Incumbe a todo o pessoal de enfermagem, quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de enfermagem, para fins estatísticos. (BRASIL, 1987)

Em relação às informações que devem constar no prontuário do paciente, a Portaria MS n. 1.820/2009 – Carta dos direitos dos usuários da saúde, determina:

Art. 3º Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.

14 (...)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. (BRASIL, 2009)

Quanto aos registros de procedimentos e cuidados de enfermagem a 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 define:

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;

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

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;

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;

Ensino e pesquisa: os registros do paciente contêm um grande número de informações e podem constituir uma fonte alternativa de dados; **Auditoria:** refere-se à análise das atividades realizadas pela equipe de enfermagem por meio do prontuário do paciente

Gestão de material e insumo - na gestão, os registros da equipe de enfermagem fornecem dados necessários à avaliação, controle, previsão e provisão de materiais e insumos. (COFEN, 2023)

Procedimentos de enfermagem – o que anotar?

- 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.

Nesse ínterim, faz-se necessário diferenciar Anotações de Enfermagem da Evolução de Enfermagem. Conforme observa-se no quadro a seguir 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

Fonte: COFEN, 2016

Em relação a Evolução de Enfermagem, para fins de diferenciação das anotações de enfermagem, esta deve ser elaborada privativamente pelo Enfermeiro e consiste no registro do quadro clínico do paciente. Nessa descrição o conhecimento técnico científico deve contemplar procedimentos realizados, utilizando uma linguagem científica. (COFEN, 2023)

Nesse documento, o profissional concentra informações básicas e específicas sobre as condições do enfermo. A abordagem realizada após a avaliação do estado geral, ajuda a guiar o planejamento da assistência que deverá ser prestada pela equipe de saúde nas 24 horas seguintes. (COFEN, 2023)

Os registros devem ser realizados a cada 12 ou 24 horas (ou de acordo com padronização da instituição, desde que não exceda 24h), com exceção das ocorrências e/ou intercorrências. Apresentar um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 12/24 horas subsequentes.(COFEN, 2023)

Em relação às ocorrências e ou intercorrências, registrar no prontuário do paciente, alterações de seu estado geral. Em casos de alterações sintomatológicas os registros devem ser realizados, em parte ou totalmente, de acordo com a necessidade, devendo registrar o horário de sua alteração. (COFEN, 2023)

A Evolução de Enfermagem é um dos componentes do Processo de Enfermagem. Trata-se de um processo que representa o 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. (COFEN, 2016)

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. (COFEN, 2016)

A Resolução COFEN Nº 754/2024 que Normatiza o uso do prontuário eletrônico e plataformas digitais no âmbito da Enfermagem: digitalização, utilização de sistemas informatizados para guarda e armazenamento nesta tecnologia dispõe que:

Art. 1º É responsabilidade e dever dos profissionais de Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional 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.

[...]

§ 1º O prontuário pode ser totalmente digital (paperless) desde que cumpridas as exigências relacionadas à assinatura digital qualificada, ou seja, os documentos que compõe o prontuário devem ter sido assinados

digitalmente pelo respectivo profissional responsável por meio de um certificado digital padrão ICP Brasil (Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira).

[...]

Art. 7º Os registros e anotações de Enfermagem realizados no prontuário do paciente, deverão obedecer ao disposto na Resolução Cofen nº 736/2024, que dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de Enfermagem, ou outra que sobrevir. (COFEN, 2024)

Por sua vez, a Resolução Cofen 736/2024, que dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem determina no Art. 4º que O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas, descritas a seguir:

§ 1º Avaliação de Enfermagem – compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico) inicial e contínua pertinentes à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática;

§ 2º Diagnóstico de Enfermagem – compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais;

§ 3º Planejamento de Enfermagem – compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para à pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde.

[...]

§ 4º Implementação de Enfermagem – compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem, respeitando as resoluções/pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem quanto a competência técnica de cada profissional, por meio da colaboração e comunicação contínua, inclusive com a checagem quanto à execução da prescrição de enfermagem

[...]

§ 5º Evolução de Enfermagem – compreende a avaliação dos resultados alcançados de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Esta etapa permite a análise e a revisão de todo o Processo de Enfermagem.

[...]

Art. 6º 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, no processo de enfermagem cabe-lhe privativamente o Diagnóstico de Enfermagem e a Prescrição de Enfermagem.

Art. 7º Os Técnicos e Auxiliares 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 do Processo de Enfermagem, com Anotações de Enfermagem, bem como

na implementação dos cuidados prescritos e sua checagem, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

Art. 8º A documentação do Processo de Enfermagem deve ser realizada pelos membros da equipe formalmente no prontuário do paciente, físico ou eletrônico, cabendo ao Enfermeiro o registro de todas as suas etapas, e aos membros da equipe de enfermagem a Anotação de Enfermagem, a checagem da prescrição e a documentação de outros registros próprios da enfermagem. (COFEN, 2024; GRIFO NOSSO)

A Lei 13.003, de 2014, tornou a existência de contratos entre operadoras e prestadoras obrigatória. O Art. 3º refere que:

“Art. 17-A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço.

[...]

§ 2º O contrato de que trata o caput deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:

I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;

II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;

III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora; (BRASIL, 2014; GRIFO NOSSO)

No que diz respeito a auditoria de enfermagem a Resolução COFEN Nº 720/2023 – Alterada pela Resolução COFEN Nº 733/2023, Normatiza a atuação do Enfermeiro em Auditoria. Destacando-se as atividades a seguir:

Atuar na elaboração de Contratos, Adendos e Pacotes para a Prestação de Serviços públicos e privados que dizem respeito à assistência, atuando também na contratualização e nas negociações técnicas e comerciais entre prestadores de serviços e operadoras de Saúde;

Atuar nas atividades de controle, avaliação e auditoria especializada em Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)/Dispositivos Médicos implantáveis (DMI). Estas atribuições abrangem a análise da compatibilidade dos materiais com os procedimentos; análise das alternativas de produtos similares nos quesitos de qualidade e funcionalidade; proposição de medidas de racionalidade na utilização de OPME/DMI na atenção à Saúde; cadastro, negociação e liberação/compras dos materiais bem como a emissão de pareceres com fundamentos técnicos e científicos baseados em normas regulatórias/regulamentadoras vigentes, com enfoque na rastreabilidade, padronização e racionalização dos materiais utilizados nos procedimentos cirúrgicos.

[...]

Considerando a interface do serviço de Enfermagem com os diversos serviços de Saúde públicos e privados, **fica livre a conferência da**

qualidade no sentido de coibir o prejuízo relativo à assistência de Enfermagem prestada ao paciente, devendo o Enfermeiro registrar em relatório apropriado tal fato e sinalizar aos seus pares Auditores da equipe multidisciplinar, pertinentes à área específica.

O Enfermeiro poderá solicitar esclarecimentos para equipe multiprofissional sobre fatos que interfiram na clareza e objetividade dos registros, com a finalidade de coibir interpretações equivocadas sobre a assistência prestada, bem como que possam gerar glosas indevidas. (COFEN, 2023; GRIFO NOSSO)

Com relação a prontuário eletrônico, a Lei Nº 13.787/ 2018, dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente determina que:

Art. 2º O processo de digitalização de prontuário de paciente será realizado de forma a assegurar a integridade, a autenticidade e a confidencialidade do documento digital.

[...]

§ 2º No processo de digitalização será utilizado certificado digital emitido no âmbito da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil) ou outro padrão legalmente aceito.

[...]

§ 2º Os documentos de valor histórico, assim identificados pela comissão a que se refere o **caput** deste artigo, serão preservados de acordo com o disposto na legislação arquivística.

Art. 4º Os meios de armazenamento de documentos digitais deverão protegê-los do acesso, do uso, da alteração, da reprodução e da destruição não autorizados. (BRASIL, 2018; GRIFO NOSSO)

É primordial que todas as atividades de enfermagem sejam pautadas no Código de Ética definido pela Resolução Cofen nº 564/2017, onde salientamos os artigos:

CAPÍTULO I - DOS DIREITOS

Art. 14 Aplicar o processo de Enfermagem como instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade.

Art.22 Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

CAPÍTULO II - 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.

Art.59 Somente aceitar encargos ou atribuições quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem.

CAPÍTULO III – DAS PROIBIÇÕES

Art.62 Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

[...]

Art. 86 Produzir, inserir ou divulgar informação inverídica ou de conteúdo duvidoso sobre assunto de sua área profissional.

Art. 87 Registrar informações incompletas, imprecisas ou inverídicas sobre a assistência de Enfermagem prestada à pessoa, família ou coletividade. (COFEN, 2017)

3. CONCLUSÃO

A Lei n. 13.787/2018 rege que o prontuário do paciente deve ser mantido íntegro, sem rasuras ou alterações para manter sua autenticidade, qualquer modificação indevida caracteriza fraude. O COFEN, também faz referência ao código civil, para esclarecer que as ações registradas no prontuário do paciente devem ser **isentas de rasura, entrelinhas, emenda, borrão ou cancelamento**, que podem gerar a desconsideração jurídica do documento.

O Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente, publicado na Resolução COFEN 514/2016, deixa claro que as anotações de enfermagem, são pertinentes aos auxiliares e técnicos, devendo ser realizadas imediatamente após a oferta da assistência, enquanto o profissional ainda está responsável pelo paciente para descrever informações fidedignas em ordem cronológica.

Salienta-se que a evolução de enfermagem, é privativa do enfermeiro, realizada com base nas 24 horas de assistência ao paciente, devendo ser uma análise global, baseando se nas respostas frente às intervenções de enfermagem, servindo de base para manter ou alterar a prescrição de cuidados e, na vigência de alteração no estado do paciente, deve ser atualizada.

Diante disso, não se constata recomendação do sistema COFEN/CORENS para que seja realizada retificação das anotações de enfermagem anteriores em prontuário, para justificar faturamento de materiais, a fim de não caracterizar emenda de documentos.



No que diz respeito à justificativa de cobrança de materiais, cabe aos serviços de saúde desenvolver ferramentas complementares ao prontuário eletrônico ou físico que facilitem o registro de materiais utilizados, desde que cumpram os critérios definidos no contrato com operadoras de saúde e mantenham as características que validam documentos civis.

Curitiba, 23 de agosto de 2024.

Realizado pela Comissão de Pareceres Técnicos

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Recomendações para registros de enfermagem no exercício da profissão.** COFEN, 2023. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/02/Registros-de-Enfermagem-no-Exercicio-da-Profissao.pdf>> Acesso em 15 de agosto de 2024.

MANDIA, Luciane. **Os Registros de Enfermagem Retroativos em Prontuários Eletrônicos e a Auditoria.** LRMG Auditoria em Saúde, 17 set. 2017. Disponível em: <<https://www.lrmgauditoriaemsaude.com.br/post/os-registros-de-enfermagem-retroativos-em-prontu%C3%A1rios-eletr%C3%B4nicos-e-a-auditoria>> Acesso em 15 de agosto de 2024.

MANDIA, Luciane. **Registros de Enfermagem Retroativos em Prontuários feito pelos Hospitais para evitar glosa.** LinkedIn, 6 out. 2023. Disponível em: <<https://www.linkedin.com/pulse/registros-de-enfermagem-retroativos-em-prontu%C3%A1rios-feito-mandia/>> Acesso em 15 de agosto de 2024.

BRASIL. Lei nº 7498/1986 de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Legislação do Exercício Profissional de Enfermagem, 1986.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm Acesso em 15 de agosto de 2024.

_____. Decreto-lei 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.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 jun. 1987. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm#:~:text=DECRETO%20No%2094.406%2C%20DE,enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias. Acesso em 15 de agosto de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 564/2017. **Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 2017.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html Acesso em 15 de agosto de 2024.

BRASIL. Lei 13787, 27 de dezembro de 2018. **Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente.** Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/13787.htm > Acesso em 12 de agosto de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 720/2023 alterada pela Resolução Cofen 733/2023. **Normatiza a atuação do Enfermeiro em Auditoria.** Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-720-2023/> Acesso em: 15 de agosto de 2024.

_____. Resolução nº 754/2024. **Normatiza o uso do prontuário eletrônico e plataformas digitais no âmbito da Enfermagem: digitalização, utilização de sistemas informatizados para guarda e armazenamento nesta tecnologia.** Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-754-de-16-de-maio-de-2024/#:~:text=Normatiza%20o%20uso%20do%20prontu%C3%A1rio,guarda%20e%20armaz enamento%20nesta%20tecnologia>. > Acesso em: 15 de agosto de 2024.

Resolução Nº 736/2024 **Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem.** Disponível em: < <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/> > Acesso em: 15 de agosto de 2024.

BRASIL. Lei nº 13003/2014. **Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços.** Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13003.htm > Acesso em 15 de agosto de 2024.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM SÃO PAULO. **Anotação de enfermagem/ Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo.** São Paulo: Coren-SP, 2022. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/09/anotacao-de-enfermagem.pdf>

Acesso em: 15 de agosto de 2024.

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 orientar os profissionais de enfermagem.** Disponível em<<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016/>> Acesso em 15 de agosto de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. **Dispõe sobre direitos e deveres dos usuários da saúde.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2009/prt1820_13_08_2009.html. > Acesso em: 20 de agosto de 2024.