



cofen
conselho federal de enfermagem

**ASPECTO TÉCNICOS E LEGAIS
DAS ANOTAÇÕES DE
ENFERMAGEM e sua relevância
para a assistência de
Enfermagem**

PRONTUARIO DO PACIENTE

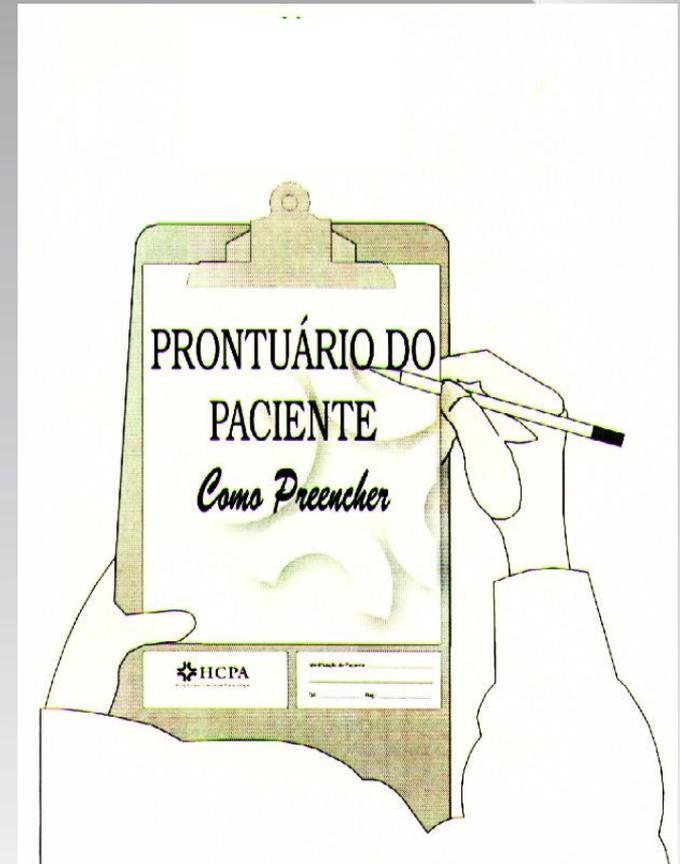
Valioso, e por tanto
Merece cuidados
Especiais

Documento Legal



Prontuário do paciente

- É todo acervo documental **padronizado, organizado e conciso**, referente ao registro dos cuidados prestado ao paciente, por todos os profissionais envolvidos na assistência



PRONTUARIO DO PACIENTE

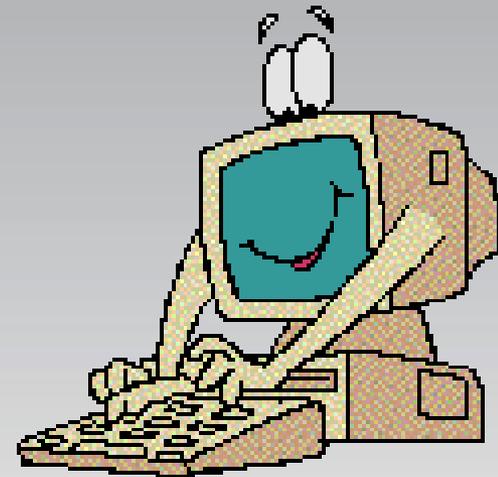
O prontuário, bem preenchido e detalhado, pode afastar as alegações de **imperícia, imprudência ou negligência** na prestação de serviços da equipe de enfermagem



PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

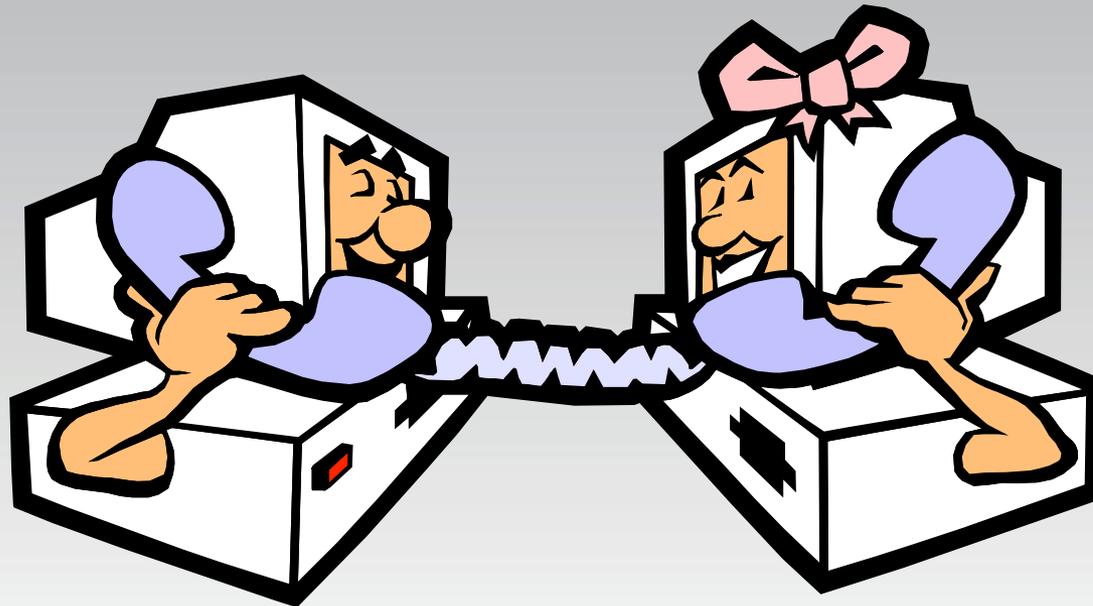
❖ Tecnologia estratégica para o País.

O registro do evento saúde, desde o nascimento até a morte e o compartilhamento desta informação pela rede de atenção em saúde **é vital** para avaliação, vigilância e construção das bases epidemiológicas do país.



PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

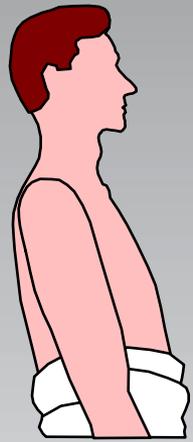
Sistemas integrados



Profissionais integrados

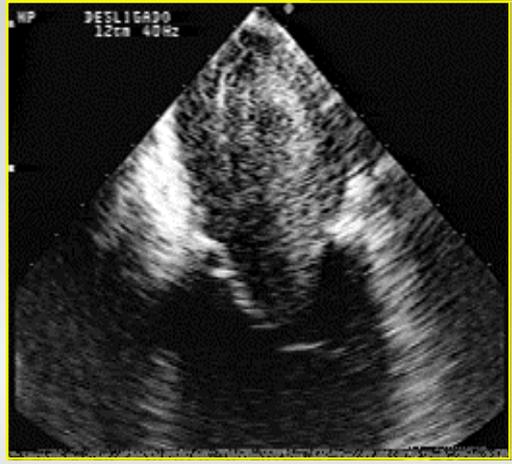
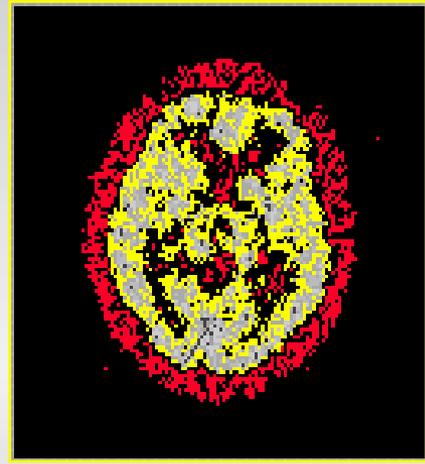
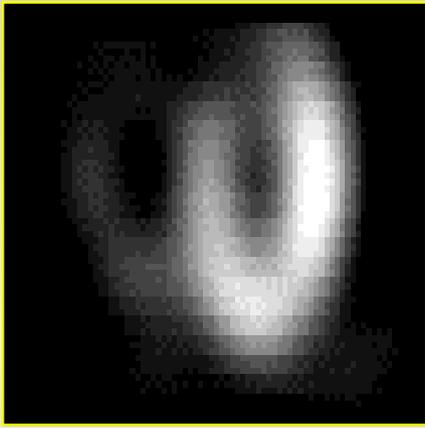


“Inteligente”



Paciente:
Juvêncio Jorge
Exame realizado
em 01/07/2004
Laudo: normal

existe exame
anterior !!!



PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

como iniciar???



- ✓ mudança comportamental;
- ✓ mudança nas práticas;
- ✓ mudança institucional;
- ✓ tecnologia;
- ✓ padrões;

REGISTROS DE ENFERMAGEM

Conceito

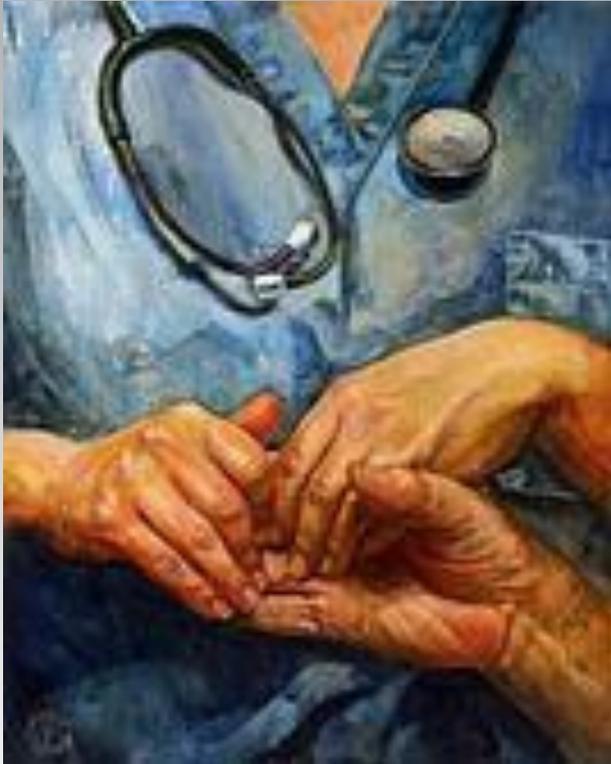
Os registros efetuados pela equipe de Enfermagem têm a finalidade essencial de fornecer **informações sobre a assistência prestada**, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e **garantir a continuidade** das informações nas 24 horas, condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global.

REGISTROS DE ENFERMAGEM

- Os registros de enfermagem são essenciais para o processo do cuidar, além de possibilitar uma comunicação segura entre os profissionais de enfermagem e a equipe de saúde, servem ainda a inúmeras finalidades relacionadas ao **ensino, pesquisa, esclarecimento de processos éticos e judiciais, bem como para a avaliação da qualidade da assistência prestada, dentre outros**



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM



Anotações adequadas

Espelha a qualidade da
Assistência de
Enfermagem

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM



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. Os mesmos refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações e a segurança do paciente.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

+ Finalidades

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;

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Finalidades

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, podem constituir uma fonte alternativa de dados;

Auditoria: refere-se à análise das atividades realizadas pela equipe de enfermagem, através do prontuário do paciente.

**ASPECTOS
ÉTICOS E LEGAIS**



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- **Inciso X – Art. 5º da Constituição Federal** “São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito de indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”
- **Art. 186 e 187 do Código Civil Brasileiro** “Aquele que por ato ilícito, causar danos a outrem, fica obrigado a repará-lo”
- **do Art. 20, Parágrafo 1º do Código Penal** “O erro sobre elementos do tipo legal de crime exclui o dolo, mas permite a punição por crime culposo, se previsto em Lei”
- **Código de Defesa do Consumidor** “normas socializadas para assegurar direitos aos consumidores (pacientes), inclusive com a possibilidade de inversão do ônus da prova ao prestador de serviços hospitalares, ou seja, contrariando o princípio jurídico “quem alega, cabe provar”.



A Resolução COFEN n.º 311/2007, a qual dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, é responsabilidade e dever de todos os trabalhadores de enfermagem...



“ assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência ”

RESOLUÇÃO COFEN 311/07 CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS

DAS RELAÇÕES COM A PESSOA, FAMÍLIA E COLETIVIDADE.

RESPONSABILIDADES E DEVERES

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

DAS RELAÇÕES COM OS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM, SAÚDE E OUTROS PROIBIÇÕES

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

DAS RELAÇÕES COM AS ORGANIZAÇÕES DA CATEGORIA RESPONSABILIDADES E DEVERES

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

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Resolução Cofen nº 358/2009 – SAE

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

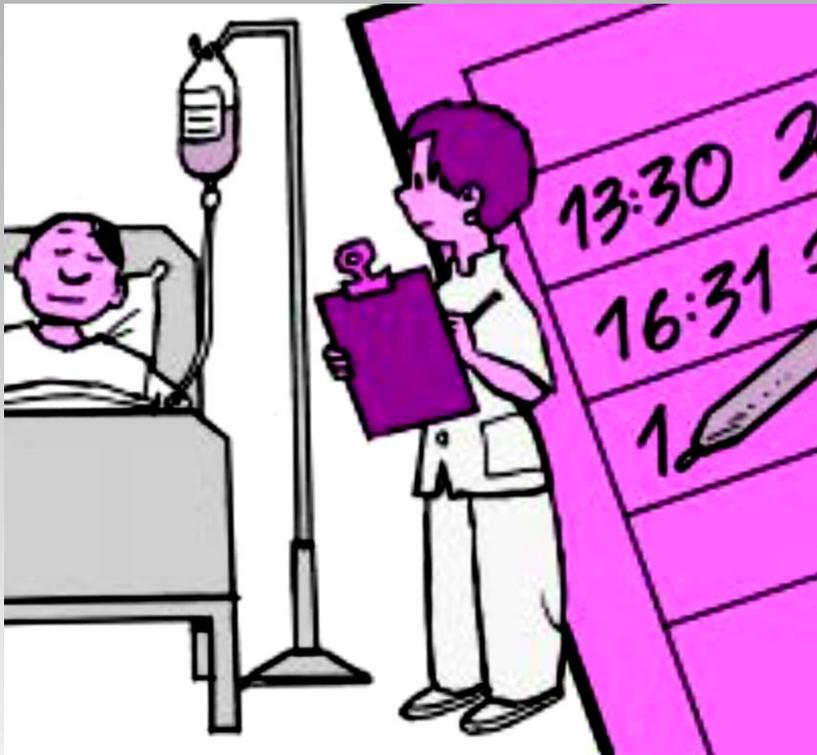
- a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- c) as ações ou intervenções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

ANOTAÇÕES 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.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM



**Valoriza o
profissional e a
profissão**

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Regras importantes

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.).

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Regras importantes

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 que ele refere, dados informados pela família ou responsável);

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Regras importantes

- 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;

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Regras importantes

- 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 frente aos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;
- 14) Devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Regras importantes

- 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 através 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.”

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

- **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

Evolução de enfermagem x Anotação

Anotação de Enfermagem	Evolução de Enfermagem
Dados brutos	Dados analisados
Elaborada por toda 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

Evolução

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:

- 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 oro-traqueais, traqueostomias, sondagens nasogástrica e enterais, cateterizações venosas, drenos, cateteres;

Evolução

- 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;

Evolução

- Deve ser realizada diariamente;
- A Evolução deve ser realizada referindo-se às últimas 24 horas baseando-se nas respostas frente às intervenções pré-estabelecidas através 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;

Evolução

- 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;

O que anotar?

Figura 6. Ilustração da entrevistada número 14



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 contusa, hematoma, úlceras de pressão ou crônicas, e outras;
- Descrever deficiências, se houver;
- Uso de próteses ou órteses se houver;

O que anotar?

1 – Admissão

- 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.



O que anotar?

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.

O que anotar?

9. Óbito

- Data e horário;
- Identificação do médico que 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.

O que anotar?



3. Administração de medicamentos

Item(ns) da prescrição medicamentosa que deverão ser registrados:

3.1 Via Parenteral: registrar o local onde foi administrado

- IM - 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;

O que anotar?

3.2 Via Oral

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

3.3 Via Retal

- Registrar tipo de dispositivo
- 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

O que anotar?

Obs.: Somente a checagem do(s) item(ns) cumpridos(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.

O que anotar?



- 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.

Registros de enfermagem na CMC

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

Registros de enfermagem na CMC

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 e nº do Coren e categoria profissional, data e hora do preparo.



Registros de enfermagem na CMC

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



Registros de enfermagem na CMC

10.4 Área de armazenagem e distribuição de materiais

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



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

As ações de indenização proliferaram em todos os tribunais pátrios, tendo como réus, principalmente, médicos, profissionais de enfermagem, hospitais e seus administradores



FRAGILIDADE DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Na análise de prontuários, quando de denúncias formuladas verificamos:

- ✓ Registros sem identificação clara e legal de quem executou tais ações;
- ✓ Ausência de identificação do paciente;
- ✓ Ausência de data e hora das anotações;
- ✓ Ausência de registro de ações executadas pela equipe de enfermagem.
- ✓ Anotações ilegíveis;

FRAGILIDADE DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

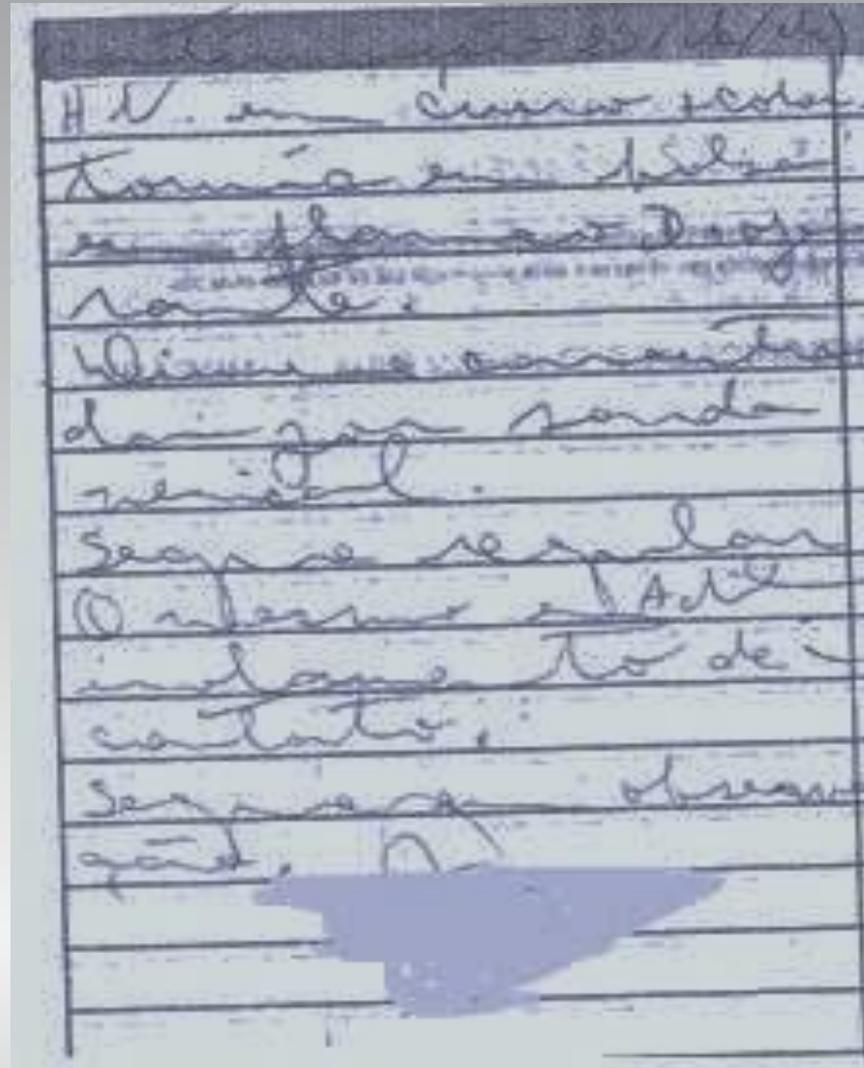
Na análise de prontuários, quando de denúncias formuladas verificamos:

- ✓ Anotações são realizadas por turno e não por horário;
- ✓ Rasuras nas escritas;
- ✓ Espaços em branco ao longo do impresso;
- ✓ Há prontuários em que a checagem de prescrições não ocorre ou é realizada de forma incorreta;
- ✓ Siglas incompreensíveis

EXEMPLO PRONTUÁRIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
① Dieta branda para diabético	5ND	Realizar dieta prescrita	
② Sol. glicose 5% 1000 ml IV	5ND	Realizar dieta prescrita - 14/9	
NaCl 20% 5ml/SG	5	de unidade	
Kcl 10% 10ml/SG	10		
③ Lispa 400mg IV 12/12h	12		
④ Flayl 30mg IV 8/8h	8		
⑤ Vit. K 10mg IV/dia	8		
⑥ Diguan 10mg IV 8/8h	8		
⑦ Zofran 4mg IV 8/8h (B/B/N)	8		
⑧ Ibuprofeno 2mg IV 8/8h (B/B/N)	8		
⑨ Oxamet 50mg SC 8/8h (B/B/N)	8		
⑩ Creme capilar 6/6h	12		
⑪ Insulina regular compacta (apenas para uso de 200-800 IU até 300 IU)	12		
200-300 IU 350-400 IU 400-500 IU	12		
500-600 IU 600-700 IU 700-800 IU	12		
800-900 IU 900-1000 IU	12		

EXEMPLO PRONTUÁRIO





EXEMPLO PRONTUÁRIO

(4) ~~Buicodina~~ SFOPH 12ml | 0,5ml/h
(0,7mcg/kg/min - 0,5ml/h)

(5) ~~Amitriptylina~~ 12mg (EU) 8/8h

(6) ~~Dormonid~~ 29mg } (EU)
SFOPH 12ml | 0,5ml/h

(0,7mg/kg/h - 0,5ml/h)

(7) ~~Fentanil~~ 288mcg } (EU)
SFOPH 12ml | 0,5ml/h

(0,5ml/h - 1mcg/kg/h)

(8) ~~Endorazepina~~ 120mg (btm) 8/8h

(9) ~~Solunodol~~ 12mg (EU) 6/6h

(10) ~~Fenobarbital~~ 30mg (EU) 12/12h

(11) ~~Fenitrim~~ 4mg (btm) 8/8h

9 12 2004

VARA ESPECIALIZADA DE DEFESA DO CONSUMIDOR - Ação: INDENIZATÓRIA

➤ **Resumo da ação** -” qualificado nos autos, sob o argumento de que sofreram danos morais e materiais em face do atendimento inadequado e falho que o Hospital demandado dispensou a sua genitora, que veio a falecer.....”

“10 – Houve atendimento e serviço de enfermagem adequados?”

R: NÃO. As anotações de enfermagem referentes à assistência prestada a paciente, além de insuficientes revela muito pouco ou quase nada sobre os procedimentos adotados pelos profissionais do plantão. Comprovam porém o longo tempo transcorrido entre as atuações destes profissionais, considerando a gravidade do quadro clínico diagnosticado”.

“15 – Quais os remédios ministrados à paciente?”

R: Inexiste anotação da medicação administrada no Pronto Socorro. Após a internação, já no apartamento, segundo as anotações na ‘Folha de Prescrição Clínica’, teriam sido administrados os seguintes medicamentos: 01:30 hora – Soro Glicosado à 10%, 1 ampola de Complexo B, 1 ampola IV de Lasix e 1 ml IV de Decadron; e, às 04:10 horas, 1 comprimido sub-lingual de Adalat 5 mg”. Foi prescrito também o medicamento Zylum 01 de ampola IV de 12/12 horas; não há anotação da enfermagem sobre sua administração”

“18 – A prescrição de enfermagem era compatível com o período de internação?”

R: **PREJUDICADA**, porque não existe qualquer registro de prescrição de enfermagem no Prontuário Médico.

“ 19 – O Prontuário reflete a verdade do atendimento e tratamento dispensado à paciente?”

R. NÃO. Tanto o prontuário ambulatorial como o da internação hospitalar foram preenchidos de maneira insuficiente. Seja em relação ao quadro clínico da paciente quanto aos procedimentos médicos, de enfermagem e hospitalares requeridos na ocasião”.

Qualquer semelhança



.... É mera coincidência



Trabalhar sob pressão!!!!



Pode provocar tensões prejudiciais aos funcionários e pacientes

Preste atenção aos sinais !!!!



Atualizar-se Sempre. Solução saudável



CRIATIVIDADE IMPAR???

Buscar soluções eficientes



Pautado na Legislação vigente e normas Institucionais

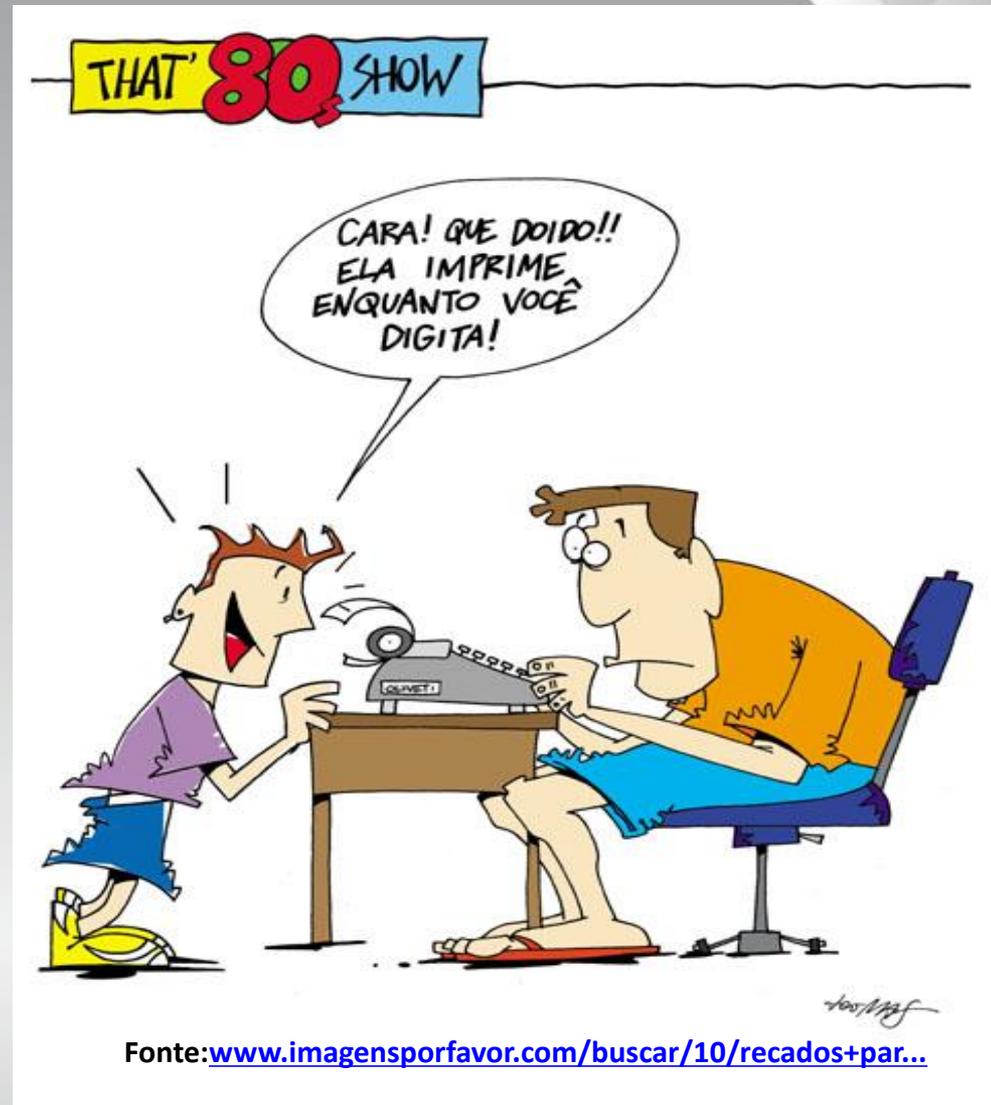
Tecnologias



Facilitador

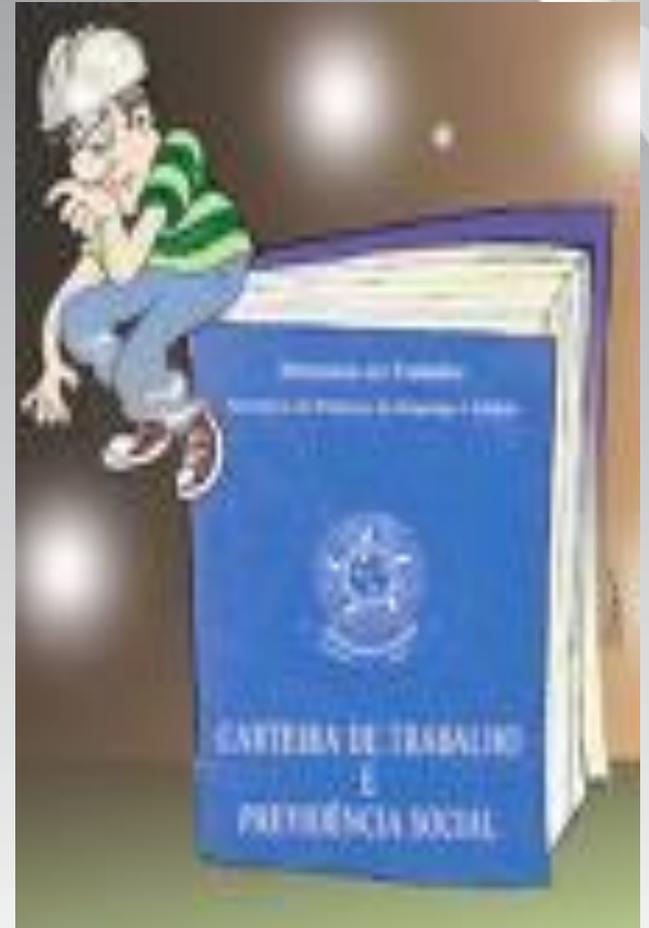
Quebrar de Paradigmas...

A alta tecnologia não garante a qualidade do cuidado e nem a segurança do paciente. O que nos traz garantia é o conhecimento como matéria prima e as tecnologias como ferramentas!





COMO VENCER NESTE MERCADO COMPETITIVO??

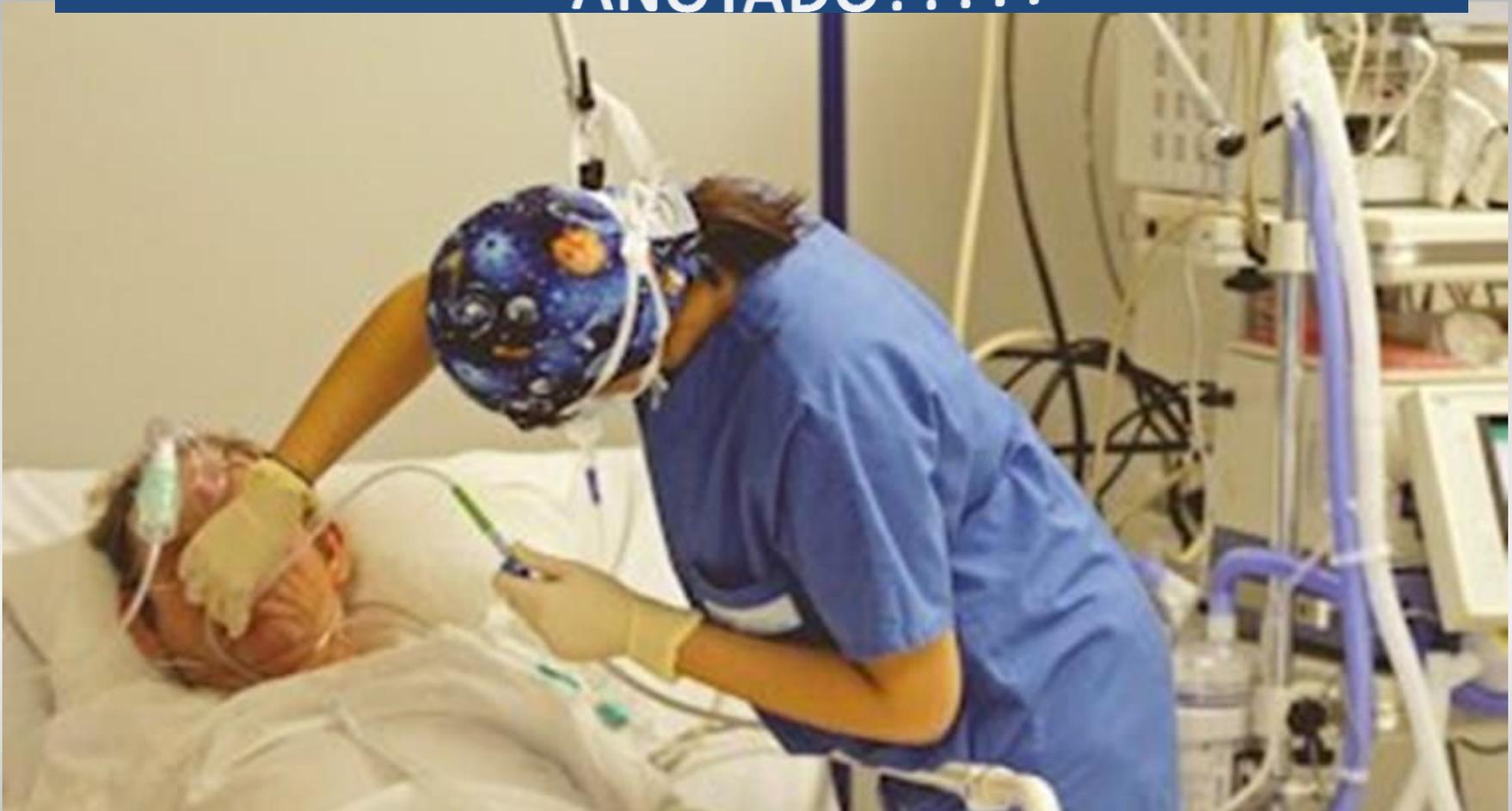




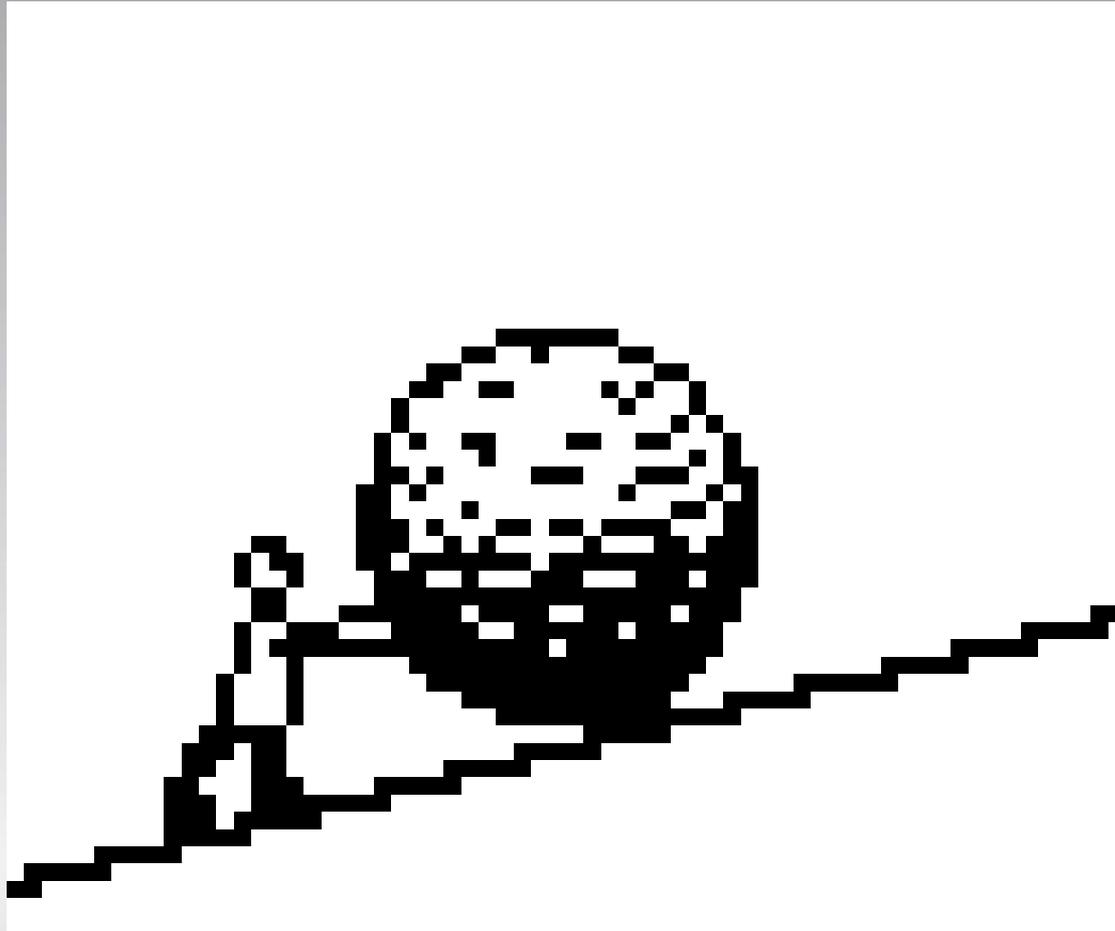


cofen
Conselho Nacional de Enfermagem

**DE QUE VALE UMA ASSISTENCIA, TECNICA,
CIENTIFICA E COMPLEXA, SE NADA FOR
ANOTADO?????**



. qual rumo queremos seguir...



REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- **CIANCIARULLO, T.I. ET AL.** Sistema de Assistência de Enfermagem-evolução e tendências – Icone Ed., 2001
- **CARRARO, T.E.** Tecnologia e humanização: da sua união as possibilidades de prevenção de infecções. Florianópolis. Ver.Texto e Contexto Enfermagem, v.09, nº 01, p.42-62, 2000
- **COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. Brasília (DF) 2000
- **COREN-SP** – Conselho Regional de Enfermagem – DECISÃO COREN-SP-DIR/001/2000
- **DANIEL, L.F.** A enfermagem planejada. 3ª ed.São Paulo: EPU, 1981
- **DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS** – OMS. Disponível em: <http://www.boes.org/un/porhr-b.html>.
- **ITO, E.E. et al** – Manual de Anotações de Enfermagem – São Paulo:Ed.Atheneu, 2004
- **FERNANDES, R.A.Q. et al.** Anotações de Enfermagem. Rev.Esc.Enf.,USP, v 5, n., p.63-6, 1981
- **GUTIÉRREZ, M.G.R., GONÇALVES, L.H.T.** Aplicação do Processo de Enfermagem:Tempo Necessário. Enf.Novas Dimens. São Paulo, v.5, p.23-6, 1979
- **HORTA, W.A.** O processo de enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979
- **MARIN,H.F.** Informática em enfermagem, São Paulo (SP): EPU, 1995
- **PATRÍCIO, Z.M.** O processo de trabalho da enfermagem frente às novas concepções de saúde: repensando o cuidado/propondo o cuidado (holístico). Texto e Contexto Enf. Florianópolis, v.2, p.67-81, jan./jun. 1993
- **POSSO, M.B.S.** Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem. Ed.Atheneu, 2002