

## **Apresentação**

A presente publicação foi elaborada com o propósito de agrupar Leis e Resoluções que norteiam o exercício profissional, visando à prática de Enfermagem, respeitando os Princípios Éticos Legais. Desta forma, o Plenário do COREN-RJ, eleito para o triênio 2012/2014, consciente da importância deste documento frente aos desafios enfrentados pela Enfermagem Brasileira, espera atingir seu principal objetivo que é a luta constante para garantir a valorização do Profissional de Enfermagem e o pleno exercício profissional de toda categoria.

### **Plenário do COREN-RJ Gestão 2012/2014**

## **Plenário do COREN-RJ**

### **Diretoria:**

Pedro de Jesus Silva - Presidente  
Maria Therezinha Nóbrega da Silva - Vice-Presidente  
Maria José dos Santos Peixoto - Primeira Tesoureira  
Paulo Murilo de Paiva - Segundo-Tesoureiro  
Nádia Mattos Ramalho - Primeira-Secretária  
Glória Maria de Carvalho - Segunda-Secretária

### **Conselheiros efetivos:**

Ana Lucia Telles Fonseca - Coren-RJ nº 21039  
Fernando Rocha Porto - Coren-RJ nº 59988  
Glacy Kelly Gomes da Cunha Bisaggio - Coren-RJ nº 42163  
Gláucia Regina Motta da Silveira Castro - Coren-RJ nº 96344  
Glória Maria de Carvalho - Coren-RJ nº 14184  
José Aurino dos Santos Piassabussú - Coren-RJ nº 000749-TE  
Luiza Mara Correia de Amorim - Coren-RJ nº 46087  
Márcia Cristina Cid Araújo - Coren-RJ nº 24479  
Márcia Cristina Guimarães Oliveira - Coren-RJ nº 2607  
Marco Antônio Tinoco de Carvalho - Coren-RJ nº 82509-AE  
Maria da Glória do Desterro Costa - Coren-RJ nº 48374-AE  
Maria da Luz Barbosa Gomes - Coren-RJ nº 8165  
Maria José dos Santos Peixoto - Coren-RJ nº 28200-AE  
Maria Lúcia Tanajura Machado - Coren-RJ nº 9254-TE  
Maria Therezinha Nóbrega da Silva - Coren-RJ nº 2467  
Nádia Mattos Ramalho - Coren-RJ nº 31516  
Pedro de Jesus Silva - Coren-RJ nº 107171  
Paulo Murilo de Paiva - Coren-RJ nº 64694-AE  
Rosana Teixeira Affonso - Coren-RJ nº 072247-AE  
Rosimere Maria da Silva - Coren-RJ nº 29019-TE  
Sidênia Alves Sidrião de Alencar Mendes - Coren-RJ nº 23286

## **Conselheiros suplentes:**

Adriana dos Santos Silva - Coren-RJ nº 352045-AE  
Alderson José dos Santos Filho - Coren-RJ nº 086194-AE  
Danielle Bessler - Coren-RJ nº 158147  
Enir Braga dos Santos - Coren-RJ nº 36836-TE  
Fátima Virginia Siqueira de Menezes Silva - Coren-RJ nº 46076  
Georgina Rodrigues de Freitas - Coren-RJ nº 18805-AE  
Itaaci Brum Ruas - Coren-RJ nº 74492  
Jose Américo da Silva Ribeiro - Coren-RJ nº 42655-TE  
Lilian Prates Belem Behring - Coren-RJ nº 70540  
Lucia Helena de França Ferreira - Coren-RJ 39275  
Luciano de Oliveira Pinheiro - Coren-RJ nº 198460-TE  
Marta Sauthier - Coren-RJ nº 77275  
Neusa Maria de Azevedo - Coren-RJ nº 18087  
Regina Célia Carvalho Veras - Coren-RJ nº 56653  
Rita Maria de Oliveira Ribas Assis - Coren-RJ nº 2117  
Rogéria Maria Silva do Nascimento - Coren-RJ nº 63124  
Sara Miranda - Coren-RJ nº 107389-AE  
Shirley da Conceição Sizenando - Coren-RJ nº 39005-TE  
Sonia Silva Paiva Mota Gonçalves - Coren-RJ nº 55378  
Tereza Cristina Abrahão Fernandes - Coren-RJ nº 57717  
Valéria de Oliveira Lange- Coren-RJ nº 47623

## **Delegados Representantes no Cofen:**

Pedro de Jesus Silva, enfermeiro, COREN/RJ nº. 107.171 (Titular)  
Nádia Mattos Ramalho, enfermeira, COREN/RJ nº. 31.516 (Suplente)

## **INDICE**

Constituição Federal – art. 196 a art.200 .....  
Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973 .....  
Lei nº 7.498, de 25 de julho de 1986 .....  
Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987 .....  
Lei nº 8.967, de 28 de dezembro de 1994 .....  
Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 .....  
Emenda Constitucional nº 34/2001 .....

## **RESOLUÇÕES COFEN**

Nº 159/93 – Consulta de enfermagem .....  
Nº 172/94 – Normatiza a criação de Comissão de Ética  
de Enfermagem nas instituições de saúde .....  
Nº 223/99 – Atuação de enfermeiros na assistência à  
mulher no ciclo gravídico puerperal .....  
Nº 225/00 – Cumprimento de prescrição  
medicamentosa/terapêutica à distância.....  
Nº 281/03 – Repetição/cumprimento da prescrição  
medicamentosa por profissional da área de saúde .....  
Nº 293/04 – Fixa e estabelece parâmetros para o  
dimensionamento do quadro de profissionais de  
enfermagem nas unidades assistenciais das  
instituições de saúde e assemelhados .....  
Nº 302/05 – Baixa normas para anotação da  
responsabilidade técnica de enfermeiro (a) em virtude  
de chefia de serviço de enfermagem nos estabelecimentos  
das instituições e empresas públicas, privadas e filantrópicas.....  
Nº 306/06 – Normatiza a atuação do enfermeiro em hemoterapia .....  
Nº 311/07 – Aprova a reformulação do Código de Ética dos  
Profissionais de Enfermagem .....  
Código de Ética dos profissionais de enfermagem .....  
Nº 339/08 – Normatiza a atuação e a responsabilidade civil  
do enfermeiro obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou  
Casas de Parto e dá outras providências .....  
Nº 358/09 – Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de  
Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem  
em ambientes públicos ou privados onde ocorre o cuidado  
profissional de enfermagem e dá outras providências.....  
Nº 370/10 – Altera o Código de Processo Ético das Autarquias  
Profissionais de Enfermagem.....  
Código de Processo Ético-Disciplinar da Enfermagem .....

Nº 376/11 – Dispõe sobre a participação do profissional de enfermagem no transporte do paciente em ambiente interno aos serviços de saúde, obedecidos as recomendações deste normativo.....  
Nº 427/2012 -Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes.....  
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.....

#### **DECISÕES COREN-RJ**

Nº 1507/2005 – Dispõe sobre a Anotação de Certidão de Responsabilidade Técnica (CRT) do Enfermeiro.....  
Nº 1821/2012– Dispõe sobre a criação de Comissão de Ética de Enfermagem Institucional.....  
Informações importantes.....Nº 159/93 –  
Consulta de enfermagem .....27Nº 223/99 – Atuação de enfermeiros na .....74  
Código de Ética dos profissionais de enfermagem .....75

#### **Art. 196 a 200 da Constituição Federal de 1988**

##### 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.

§ 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:

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

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;

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.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que trata o § 2º;

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;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

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.

Código de Ética e Legislação

**Lei 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 Assembleia 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 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. 10º - 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. 11º - 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. 12º - Os membros dos Conselhos Regionais e respectivos suplentes serão eleitos por voto pessoal, secreto e obrigatório, em época determinada pelo Conselho Federal, em Assembleia 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 aplicado pelo Conselho Regional multa em importância correspondente ao valor da anuidade.

Art. 13º - 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. 14º - O mandato dos membros dos Conselhos Regionais será honorífico e terá duração de três anos, admitida uma reeleição.

Art. 15º - 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. 16º - 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. 17º - 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. 18º - 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 o referido 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. 19º - O Conselho Federal e os Conselhos Regionais terão tabela própria de pessoal,

cujo regime será o da Consolidação das Leis do Trabalho.

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

Art. 21º - A composição do primeiro Conselho Federal de Enfermagem, com mandato de um ano, será feita por ato do Ministro do Trabalho e Previdência Social mediante indicação, em lista tríplice, 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. 22º - 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. 23º - Esta Lei entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 12 de julho de 1973.

Emílio G. Médici

Presidente da República

Júlio Barata

Ministro do Trabalho e Previdência Social

Lei nº 5.905, de 12.07.73

Publicada no DOU de 13.07.73

Seção I fls. 6.825

cofen / coren-

**Lei nº 7.498/86, 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. 10º - (vetado)

Art. 11º 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 puérpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia;
- 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 distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 12º - 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. 13º - 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. 14º - (vetado)

Art. 15º - As atividades referidas nos Art. 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. 16º - (vetado)

Art. 17º - (vetado)

Art. 18º - (vetado)

Parágrafo único. (vetado)

Art. 19º - (vetado)

Art. 20º - 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. 21º - (vetado)

Art. 22º - (vetado)

Art. 23º - 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. 24º - (vetado)

Parágrafo único - (vetado)

Art. 25º - O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias

a contar da data de sua publicação.

Art. 26º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 27º - 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 nº 7.498, de 25.06.86, publicada no DOU de 26.06.86

Seção I - fls. 9.273 a 9.275

Código de Ética e

#### **Decreto 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.

O Presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o Art. 81º, item III,

da Constituição, e tendo em vista o disposto no Art. 25º 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 obstetritz ou de enfermeira obstétrica, conferido 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 obstetritz, 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 obstetritz;

IV - aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiveram título de

enfermeira conforme o disposto na letra “d” do Art. 3º. do decreto-lei 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 técnico 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 decreto 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 exijam 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 contrarreferência 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 obstetrix 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 distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

III - realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 10º - 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. 11º - 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) administrar medicamentos por via oral e parenteral;

b) realizar controle hídrico;

c) fazer curativos;

d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocлизма, 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. 12º - Ao parteiro incumbe:

I - prestar cuidados à gestante e à parturiente;

II - assistir ao parto normal, inclusive em domicílio; e

III - cuidar da puerpera 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. 13º - As atividades relacionadas nos Art. 10 e 11 somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de enfermeiro.

Art. 14º - 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. 15º- 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 às situações já existentes, com as disposições deste decreto, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 16º - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17º- Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 08 de junho de 1987;

José Sarney

Eros Antonio de Almeida

Dec. nº 94.406, de 08.06.87, publicado no DOU de 09.06.87

seção I - fls. 8.853 a 8.855

e Ética e Legislação

#### **Lei 8.967, de 28 de dezembro de 1994**

Altera a redação do parágrafo único do Art. 23º 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. 23º 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

cofen / coren-r

#### **Lei 8.080 - Lei Orgânica da Saúde de 19 de setembro de 1990**

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos LEI Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 Mensagem de veto Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

#### **DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

#### **TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais

e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos,

inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS) em caráter

complementar.

#### **CAPÍTULO I - Dos Objetivos e Atribuições**

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, no campo econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento

básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº 2.312, de 03 de setembro de 1954; a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990.

cofen / core

#### **Emenda Constitucional 34, de 13 de dezembro de 2001**

Dá nova redação à alínea c do inciso XVI do Art. 37º da Constituição Federal

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do Art.

60º da Constituição Federal, promulgam a seguinte emenda ao texto constitucional:

Art. 1º A alínea c do inciso XVI do Art. 37º da Constituição Federal passa a vigorar com

a seguinte redação:

“Art. 37º. XVI .....

c) a de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas; (NR) .....”

Art. 2º Esta emenda constitucional entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de dezembro de 2001

Mesa da Câmara dos Deputados

Deputado Aécio Neves

Presidente

Deputado Barbosa Neto

2º Vice-Presidente

Deputado Nilton Capixaba

2º Secretário

Deputado Paulo Rocha

3º Secretário

Mesa do Senado Federal

Senador Ramez Tebet

Presidente

Senador Edison Lobão

1º Vice-Presidente

Senador Antonio Calor Valadares

2º Vice-Presidente

Senador Carlos Wilson

1º Secretário

Senador Antero Paes de Barros

2º Secretário

Senador Ronaldo Cunha Lima

3º Secretário

Senador Mozarildo Cavalcanti

4º Secretário

Este texto não substitui o publicado no DOU 14.12.2001

cofen / cor

en-rj

#### **Resolução COFEN 159/1993**

Dispõe sobre a consulta de enfermagem

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de sua competência, tendo em vista as deliberações do Plenário em sua 214ª Reunião Ordinária, CONSIDERANDO caráter disciplinador e fiscalizatório do COFEN e dos Regionais sobre o exercício das atividades nos serviços de enfermagem do país;

CONSIDERANDO que a partir da década de 60 vem sendo incorporada gradativamente, em instituições de saúde pública, a consulta de enfermagem, como uma atividade-fim;

CONSIDERANDO o Art. 11º, inciso I, alínea "i" da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto 94.406/87, que a regulamenta, onde legitima a consulta de enfermagem e determina como sendo uma atividade privativa do enfermeiro;

CONSIDERANDO os trabalhos já realizados pelo COFEN sobre o assunto, contidos no PAD-COFEN nº 18/88;

CONSIDERANDO que a consulta de enfermagem, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade;

CONSIDERANDO que a consulta de enfermagem tem como fundamento os princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde;

CONSIDERANDO que a consulta de enfermagem compõe-se de histórico de enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de

enfermagem;

CONSIDERANDO a institucionalização da consulta de enfermagem como um processo da prática de enfermagem na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população;

RESOLVE:

Art. 1º - Em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta de enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na assistência de enfermagem

Art. 2º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua assinatura.

Rio de Janeiro, 19 de abril de 1993.

#### **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 Art. 2º e 8º, da Lei nº 5.905/73, e Art. 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 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.

C

#### **Resolução COFEN 223/1999**

Dispõe sobre a definição e especificação das atividades elementares de enfermagem executadas pelo pessoal sem formação específica regulada em Lei.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de suas atribuições legais e regimentais;

CONSIDERANDO o que dispõe o Artigo 5º, XIII, da Constituição da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO o que dispõe a Lei nº 7.498/86, inciso I, alíneas "l" e "m", c/c as alíneas "g", "h", "i", e "j", do inciso II, e ainda o disposto no parágrafo único, todos do art. 11;

CONSIDERANDO o Decreto nº 94.406/87, que regulamenta a Lei nº 7.498/86, que preceitua em seu Art. 8º, inciso I, nas alíneas "g" e "h", bem como no inciso II, nas alíneas "h", "i", "j", "l", "m", e "p";

CONSIDERANDO que a Portaria nº 2.815, de 29/05/1998, do Senhor

Ministro da Saúde, publicada no DOU nº 103, inclui, na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI/SUS), o Grupo de Procedimentos Parto Normal sem Distócia realizado por enfermeiro obstetra e a assistência ao parto sem distócia por enfermeiro obstetra, ambas visando à redução da morbimortalidade materna e perinatal;  
CONSIDERANDO que a Portaria nº 163, de 22/09/1998, do Senhor Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, publicada no DOU nº 183, regulamenta a realização do Procedimento Parto Normal sem Distócia realizado por enfermeiro obstetra e aprova o laudo de enfermagem para emissão de Autorização de Internação Hospitalar;  
CONSIDERANDO a resultante das discussões ocorridas nos trabalhos integrados entre o COFEN e a Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras (ABENFO Nacional);  
CONSIDERANDO deliberação do Plenário na 279ª Reunião Ordinária e tudo o que mais consta do PAD COFEN nº 56/94;

RESOLVE:

Art. 1º A realização do Parto Normal sem Distócia é da competência de enfermeiros e dos portadores de diploma, certificado de obstetrix ou enfermeiro obstetra, bem como especialistas em enfermagem obstétrica e na saúde da mulher;

Art. 2º Compete ainda aos profissionais referidos no artigo anterior:

- a) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- b) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- c) execução e assistência obstétrica em situação de emergência.

Art. 3º Ao enfermeiro obstetra, obstetrix, especialistas em enfermagem obstétrica e assistência à saúde da mulher, além das atividades constantes do artigo 2º, compete ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distócias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis para garantir a segurança do binômio mãe/filho;
- c) realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local quando couber;
- d) emissão do laudo de enfermagem para Autorização de Internação Hospitalar, constante do anexo da Portaria SAS/MS-163/98;
- e) acompanhamento da cliente sob seus cuidados, da internação até a alta.

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

Rio de Janeiro, 03 de dezembro de 1999.

### **Resolução COFEN 225/2000**

Dispõe sobre cumprimento de prescrição medicamentosa/terapêutica à distância.

O Plenário do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso das suas atribuições legais e regimentais, em cumprimento ao deliberado na ROP 282;

CONSIDERANDO ser dever profissional cuidar do cliente sob nossa responsabilidade, oferecendo ao mesmo uma assistência de enfermagem segura e livre de riscos;

RESOLVE:

Art. 1º É vedado ao profissional de enfermagem aceitar, praticar, cumprir ou executar prescrições medicamentosas/terapêuticas oriundas de qualquer profissional da área de saúde, através de rádio, telefonia ou meios eletrônicos onde não conste a assinatura dos mesmos.

Art. 2º Não se aplica ao artigo anterior as situações de urgência na quais, efetivamente, haja iminente e grave risco de vida do cliente.

Art. 3º Ocorrendo o previsto no Art. 2º, obrigatoriamente deverá o profissional de enfermagem elaborar relatório circunstanciado e minucioso, onde devem constar todos os aspectos que envolveram a situação de urgência que o levou a praticar o ato vedado pelo artigo 1º.

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

Rio de Janeiro, 28 de fevereiro de 2000.

### **Resolução COFEN 281/2003**

Dispõe sobre a repetição/cumprimento da prescrição medicamentosa por profissionais da área de saúde

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 Art. 51;  
CONSIDERANDO várias situações vivenciadas por profissionais de enfermagem;  
CONSIDERANDO o deliberado na Reunião Ordinária do Plenário nº. 311;

RESOLVE:

Art. 1º É vedado a qualquer profissional de enfermagem executar a repetição de prescrição de medicamentos, por mais de 24 horas, salvo quando a mesma é validada nos termos legais.

Parágrafo único. A situação de exceção prevista no caput deverá estar especificada por escrito, pelo profissional responsável pela prescrição ou substituto, sendo vedada autorização verbal, observando-se as situações expostas na Resolução COFEN nº. 225/2000.

Art. 2º Quando completar-se 24 horas da prescrição efetivada, e não houver comparecimento para renovação/reavaliação da mesma pelo profissional responsável, deverá o profissional de enfermagem adotar as providências para denunciar a situação ao responsável técnico da instituição ou plantonista, relatando todo o ocorrido.

Parágrafo único Cópia do relatório será encaminhada ao COREN que jurisdiciona a área de atuação, que deverá, na salvaguarda do interesse público, adotar as medidas cabíveis.

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

Rio de Janeiro, 16 de junho de 2003

#### **Resolução COFEN 293/2004**

Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de suas atribuições legais e regimentais;

CONSIDERANDO o Art. 8º, incisos IV, V e XIII; Art. 15º, incisos II, III, IV, VIII e XIV da Lei nº 5.905/73;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN nº 242/2000, que aprova o Regimento Interno da autarquia, o disposto nos seus Art. 10º, inciso I, alínea a, Art.13º, incisos IV, V, XI, XIII e XVIII, e cumprindo deliberação do Plenário em sua 322ª Reunião Ordinária;

CONSIDERANDO inexistir matéria regulamentando as unidades de medida e a relação de horas de enfermagem por leito ocupado para estabelecer o quadro de profissionais de enfermagem;

CONSIDERANDO haver vacância na lei sobre a matéria;

CONSIDERANDO a necessidade requerida pelos gerentes e pela comunidade de enfermagem da revisão dos parâmetros assistenciais em uso nas instituições, face aos avanços verificados em vários níveis de complexidade do sistema de saúde e às atuais necessidades assistenciais da população;

CONSIDERANDO a necessidade imediata, apontada pelos gestores e gerentes das instituições de saúde, do estabelecimento de parâmetros como instrumento de planejamento, controle, regulação e avaliação da assistência prestada;

CONSIDERANDO a necessidade de flexibilizar, nas instituições de saúde públicas e privadas do país, a aplicação de parâmetros que possibilitem os ajustes necessários derivados da diferença do perfil epidemiológico e financeiro;

CONSIDERANDO a ampla discussão sobre o estabelecimento de parâmetros de cobertura assistencial no âmbito da enfermagem, que possibilitou a participação efetiva da comunidade técnico-científica, das entidades de classe, dos profissionais de saúde, dos gerentes das instituições de saúde, na sua formulação, através da Consulta Pública COFEN nº 01/2003, e a deliberação do Plenário do Conselho Federal de Enfermagem;

CONSIDERANDO que o caráter disciplinador e fiscalizador dos Conselhos de Enfermagem sobre o exercício das atividades nos serviços de enfermagem do país aplicam-se, também, aos quantitativos de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde;

CONSIDERANDO que, para garantir a segurança e a qualidade da assistência ao cliente, o quadro de profissionais de enfermagem, pela continuidade ininterrupta e a diversidade de atuação depende, para seu dimensionamento, de parâmetros específicos;

CONSIDERANDO os avanços tecnológicos e a complexidade dos cuidados ao cliente quanto às necessidades físicas, psicossomáticas, terapêuticas, ambientais e de reabilitação;

CONSIDERANDO que compete ao enfermeiro estabelecer o quadro quantitativo de profissionais, necessário para a prestação da assistência de enfermagem,

RESOLVE:

Art. 1º Estabelecer, na forma desta Resolução e de seus anexos I, II, III e IV, os parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de enfermagem para a cobertura assistencial

nas instituições de saúde.

§ 1º Os referidos parâmetros representam normas técnicas mínimas, constituindo-se em referências para orientar os gestores e gerentes das instituições de saúde no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas;

§ 2º Esses parâmetros podem sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras, desde que devidamente justificados e aprovados pelos respectivos Conselhos Regionais de Enfermagem e, posteriormente, referendados pelo COFEN.

Art. 2º O dimensionamento e a adequação quantiquantitativa do quadro de profissionais de enfermagem devem basear-se em características relativas:

I - à instituição/empresa: missão; porte; estrutura organizacional e física; tipos de serviços e/ou programas; tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas; política de pessoal, de recursos materiais e financeiros; atribuições e competências dos integrantes dos diferentes serviços e/ou programas e indicadores hospitalares do Ministério da Saúde.

II - ao serviço de enfermagem: Fundamentação legal do exercício profissional (Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87); Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resoluções COFEN e Decisões dos CORENs; Aspectos técnico-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); taxa de absenteísmo (TA) e taxa ausência de benefícios (TB) da unidade assistencial; proporção de profissionais de enfermagem de nível superior e de nível médio, e indicadores de avaliação da qualidade da assistência.

III - à clientela: sistema de classificação de pacientes (SCP), realidade Sociocultural e econômica.

Art. 3º O referencial mínimo para o quadro de profissionais de enfermagem, incluindo todos os elementos que compõem a equipe, referido no Art. 2º da Lei nº 7.498/86, para as 24 horas de cada unidade de internação, considera o SCP, as horas de assistência de enfermagem, os turnos e a proporção funcionário/leito.

Art. 4º Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de enfermagem, por leito, nas 24 horas:

- 3,8 horas de enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou autocuidado;
- 5,6 horas de enfermagem, por cliente, na assistência intermediária;
- 9,4 horas de enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva;
- 17,9 horas de enfermagem, por cliente, na assistência intensiva.

§ 1º - Tais quantitativos devem adequar-se aos elementos contidos no Art. 2º desta Resolução.

§ 2º - O quantitativo de profissionais estabelecido deverá ser acrescido de um índice de segurança técnica (IST) não inferior a 15% do total.

§ 3º - Para o serviço em que a referência não pode ser associada ao leito-dia, a unidade de medida será o sítio funcional, com um significado tridimensional: atividade(s), local ou área operacional e o período de tempo (4, 5 ou 6 horas).

§ 4º - Para efeito de cálculo deverá ser observada a cláusula contratual quanto à carga horária.

§ 5º - Para unidades especializadas, como psiquiatria e oncologia, deve-se classificar o cliente tomando como base as características assistenciais específicas, adaptando-as ao SCP.

§ 6º - O cliente especial ou da área psiquiátrica, com intercorrência clínica ou cirúrgica associada, deve ser classificado um nível acima no SCP, iniciando-se com cuidados intermediários.

§ 7º - Para berçário e unidade de internação em pediatria, caso não tenha acompanhante, a criança menor de seis anos e o recém-nascido devem ser classificados com necessidades de cuidados intermediários.

§ 8º O cliente com demanda de cuidados intensivos deverá ser assistido em unidade com infraestrutura adequada e especializada para este fim.

§ 9º - Ao cliente crônico com idade superior a 60 anos, sem acompanhante, classificado pelo SCP com demanda de assistência intermediária ou semi-intensiva, deverá ser acrescido de 0,5 às horas de enfermagem especificadas no art.4º.

Art. 5º A distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem deve observar as seguintes proporções e o SCP:

- 1 - Para assistência mínima e intermediária: de 33 a 37% são enfermeiros (mínimo de seis) e os demais, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem;
- 2 - Para assistência semi-intensiva: de 42 a 46% são enfermeiros e os demais, técnicos e auxiliares de enfermagem;
- 3 - Para assistência intensiva: de 52 a 56% são enfermeiros e os demais, técnicos de enfermagem.

Parágrafo único A distribuição de profissionais por categoria deverá seguir o grupo de pacientes de maior prevalência.

Art. 6º Cabe ao enfermeiro o registro diário da(s):- ausências ao serviço de profissionais de enfermagem; presença de crianças menores de 6 (seis)

anos e de clientes crônicos, com mais de 60 (sessenta) anos, sem acompanhantes; e classificação dos clientes segundo o SCP para subsidiar a composição do quadro de enfermagem para as unidades assistenciais.

Art. 7º Deve ser garantida a autonomia do enfermeiro nas unidades assistenciais para dimensionar e gerenciar o quadro de profissionais de enfermagem.

§ 1º - O responsável técnico de enfermagem da instituição de saúde deve gerenciar os indicadores de performance do pessoal de enfermagem.

§ 2º - Os indicadores de performance devem ter como base a infraestrutura institucional e os dados nacionais e internacionais obtidos por "benchmarking".

§ 3º - Os índices máximo e mínimo de performance devem ser de domínio público.

Art. 8º O responsável técnico de enfermagem deve dispor de 3 a 5% do quadro geral de profissionais de enfermagem para cobertura de situações relacionadas à rotatividade de pessoal e participação de programas de educação continuada.

Parágrafo único O quantitativo de enfermeiros para o exercício de atividades gerenciais, educação continuada e comissões permanentes deverá ser dimensionado de acordo com a estrutura da organização/empresa.

Art. 9º O quadro de profissionais de enfermagem da unidade de internação, composto por 60% ou mais de pessoas com idade superior a 50 (cinquenta) anos, deve ser acrescido de 10% ao IST.

Art. 10º O atendente de enfermagem não foi incluído na presente Resolução por executar atividades elementares de enfermagem não ligadas à assistência direta ao paciente, conforme disposto na Resolução COFEN nº 186/1995.

Art. 11º O disposto nesta Resolução aplica-se a todas as instituições de saúde e, no que couber, às outras instituições.

Art. 12º Esta Resolução entra em vigor após sua publicação, revogando as disposições em contrário, em especial a Resolução 189, de 25 de março de 1996.

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2004.

## RESOLUÇÃO COFEN Nº. 293/2004

### Anexo I

Quadro 1 - Profissionais de Enfermagem por turno e categorias de tipo de assistência, distribuídos em um espelho semanal padrão (ESP)

SCP	Nível	% M n	De 2ª a 6ª Feira				SF (x 5)	Sábado e Domingo				SF (x 2)	ST 1-2	Totais
			M	T	NI	N2		Sub. Tot.1	M	T	S1			
Cuidados Mínimos 20 leitos	NS	3/7	2	1	1	1	25	1	1	1	1	8	33	Total
	NM	--	2	2	2	2	40	2	2	2	2	16	56	33+56=89
Cuidados Intermediários 20 leitos	NS	3/8	3	2	1	1	35	2	2	1	1	12	47	Total
	NM	--	3	3	3	3	60	3	3	3	3	24	84	47+84=131
Cuidados Semi-Intensivos 20 leitos	NS	4/7	5	4	3	3	75	3	3	3	3	24	99	Total
	NM	--	5	5	4	4	90	4	4	4	4	32	122	99+122=221
Cuidados Intensivos 15 leitos	NS	5/2	7	6	6	6	123	6	6	6	6	48	173	Total
	NM	--	5	5	5	5	100	5	5	5	5	40	140	173+140=313

Nota 1- Foram avaliadas 76/220 sugestões de Espelhos Semanais Padrão sugeridos por enfermeiros gerentes de unidades assistenciais de várias partes do País, obtidas por emails, telefone, entrevistas e por fax.

Nota 2- Após consulta pública no site [www.portalcofen.com.br](http://www.portalcofen.com.br) feita por seis meses, foi realizado um ajuste no ESP de Cuidados Intensivos.

Quadro 2 - Cálculo de horas de Enfermagem necessárias para assistir pacientes, no período de 24 horas, com base no sistema de classificação de pacientes.

Sistema de Classificação de Pacientes. (SCP)	Total de Horas de Enfermagem por semana. (THE / Sem)	Total de Horas de Enfermagem por Dia. (HE /Dia)	Horas de Enfermagem por Cliente/Paciente. (RE/Pac)
CUIDADOS:	Fórmula: THE = Total de SF X Período de Tempo	Fórmula: HE = THE / Dias da Semana	Fórmula: HEP = HES / Nº de Pacientes
Mínimos	THE = 89 X 6 = 534 h / semana	HE = 534 / 7 = 76,28 h / dia	HEP = 76,28 / 20 = 3,814 e 3,8 h/pac
Intermediários	THE = 131 X 6 = 786 h / semana	HE = 786 / 7 = 112,28 h / dia	HEP = 112,28 / 20 = 5,614 e 5,6 h/pac
Semi-intensivos	THE = 221 X 6 = 1326 h / semana	HE = 1326 / 7 = 189,42 h / dia	HEP = 189,42 / 20 = 9,4714 e 9,4 h/pac
Intensivos	THE = 313 X 6 = 1878 h / semana	HE = 1878 / 7 = 268,28 h / dia	HEP = 268,28 / 15 = 16,857 e 17,9 h/pac

OBS.: Consideramos para efeito do cálculo os dados do Quadro 1.

Notas explicativas:

A - O cálculo para sete dias da semana deve ser realizado para os turnos da

manhã (M), tarde (T) e noite (N = N1 / N2 ), sendo seis horas para os períodos da manhã e tarde e doze horas para o noturno ( dois turnos de 6 horas).

B - O período noturno deve ser duplicado para completar quatro períodos iguais de 6 horas.

C - Para efeito de cálculo, classificar o pessoal de nível superior (NS) e médio (NM), devendo o de nível médio ser dividido em Técnico e Auxiliar de Enfermagem, a critério da instituição, pela demanda e oferta de mão de obra existente, obedecendo ao percentual estabelecido. Na assistência intensiva deve-se utilizar o Técnico de Enfermagem.

D - Ao total, apresentado no modelo acima, deverá ser acrescido 15% como Índice de Segurança Técnica (IST), sendo que 8,33% são para cobertura de férias. As férias é um dos componentes da Taxa Ausências de Benefícios, e os restantes 6,67% (valor empírico/ arbitrado) são para cobertura da Taxa de Absenteísmo.

D1- O Índice de Segurança Técnico (IST) poderá ser aumentado, quando:

1) Sessenta por cento (60%) ou mais do total de profissionais de enfermagem, que atuam nas Unidades de Internação, estiver com idades acima de 50 anos, aumentar de 10% ao IST.

2) A Unidade Assistencial apresentar a soma das Taxas de Absenteísmo e de Benefícios, comprovadamente, superior a 15% (8,33 % + X % > 15% ).

E - Deverá ser previsto 01(um) enfermeiro para atividades gerenciais, com atuação predominante na área administrativa (liderança, coordenação, supervisão, controle, treinamento, etc), já contemplado no sistema de cálculo (horas de enfermagem / paciente/ HEP)

F- A carga horária semanal para exercer as atividades assistenciais e administrativas será estabelecida nos respectivos contratos de trabalho, que devem ter como base os aspectos legais e os acordos conquistados pelos órgãos de classe da Enfermagem.

NOTAS:

1- Em uma Unidade de Internação encontram-se clientes com demandas enquadradas em todas as categorias do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP).

2- Os pacientes da categoria de Cuidados Intensivos deverão ser internados em unidades Especiais (UTI) com infraestrutura e recursos tecnológicos e humanos adequados.

3- O dimensionamento de profissionais de Enfermagem inicia-se pela quantificação de enfermeiros.

4- As atividades desenvolvidas por profissionais de enfermagem serão coordenadas pelo enfermeiro.

5- Um enfermeiro só pode coordenar as atividades de no máximo 15 profissionais de enfermagem, por turno de trabalho, salvo nas condições estabelecidas no tópico abaixo.

6- As Clínicas e/ou Hospitais com menos de 50 leitos, voltada para assistência de Cuidados Mínimos e Intermediários, localizados em regiões interioranas, em que, por diversas razões, houver dificuldades de contratar enfermeiros o COREN local, após avaliação, poderá autorizar a complementação das equipes com Técnicos de Enfermagem, respeitando se a presença Física de pelo menos um enfermeiro por período de trabalho.

7- Nas Unidades de Internação com clientes que exigem Cuidados de enfermagem de Alta Complexidade, independente da quantidade de clientes na unidade, exige-se a presença física do enfermeiro.

8- Os clientes internados em “Unidades Intermediárias” serão classificados como de cuidados intermediários.

9- Os clientes internados em Unidades de Terapia intensiva serão classificados como de cuidados semi-intensivos ou intensivos.

10- Os cálculos de profissionais para desenvolver atividade de especialistas terão tratamento diferenciado.

## **Resolução COFEN 293/2004**

### **Anexo II**

Metodologia de Cálculo de Pessoal de Enfermagem

#### **I) UNIDADE DE INTERNAÇÃO**

1-UNIDADE DE INTERNAÇÃO (UI): Local com infra-estrutura adequada para a permanência do paciente em um leito hospitalar.

2-SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES (SCP):

2.1-PACIENTE DE CUIDADO MÍNIMO (PCM): cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;

2.2-PACIENTE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS (PCI): cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, requerendo avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

2.3-PACIENTE DE CUIDADOS SEMI-INTENSIVOS (PCSI): cliente/paciente recuperável, sem risco iminente de morte, passíveis de instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica

permanente e especializada;

2.4-PACIENTE DE CUIDADOS INTENSIVOS (PCIt): cliente/ paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeitos à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

3-DIAS DA SEMANA (DS): 7 dias completos ou 168 horas redondas

4-JORNADA SEMANAL DE TRABALHO (JST): assume os valores de 20h; 24h; 30h; 32, 5h.; 36h. ou 40h. nas unidades assistenciais.

5-ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA (IST): admite-se o coeficiente empírico de 1,15 (15%), que considera 8,33% para cobertura de férias (item da Taxa de Ausências de Benefícios) e 6,67% para cobertura da Taxa de Absenteísmo.

Nota 1: o IST é composto de duas parcelas fundamentais, a taxa de ausências por benefícios (planejada, isto é, para cobertura de férias, licenças - prêmio, etc, ) e a taxa de absenteísmo (não - planejada ou seja para cobertura de ausências / faltas por diversos motivos).

6-TAXA DE OCUPAÇÃO (TO): expressa a razão entre a média do número de leitos ocupados por clientes e o número de leitos disponíveis, em um determinado período.

Nota 2: a quantidade de clientes é obtida da média aritmética de uma série histórica de leitos ocupados colhida diariamente, de acordo com o SCP e que devesse guardar correspondência com a taxa de ocupação (TO) da UI. Para reduzir a margem de variação os dados devem ser obtidos de 4 a 6 períodos (meses) padrões, isto é sem feriados ou interrupções significativas na tomada de dados.

6-QUANTIDADE DE PESSOAL (QP): é o número de profissionais de enfermagem necessárias na UI, com base no SPC e na TO.

7-TOTAL DE HORAS DE ENFERMAGEM (THE): é o somatório das horas necessárias para assistir os clientes com demanda de cuidados mínimos, intermediários, semi - intensivos e intensivos.

8-CONSTANTE DE MARINHO (Km): coeficiente deduzido em função de DS, da JST e do IST

$$KM = \frac{DS}{JST} \times IST = \frac{7}{JST} \times IST = \frac{7IST}{JST}$$

Por exemplo, utilizando - se o coeficiente IST igual a 1,15 (15%) e substituindo JST pelos seus valores assumidos de 20h.; 24h, 30 h.; 32,5h; 36h. ou 40h., a Km terá os valores respectivos de:

KM (20) = 0,4025;

KM (24) = 0,3354;

KM (30) = 0,2683;

KM (32,5) = 0,2476;

KM (36) = 0,2236;

KM (40) = 0,2012;

Considerando que:

THE = [(PCM x 3,8) + (PCI x 5,6) + (PCSI x 9,4) + (PCIt x 17,9)]

E finalmente substituindo THE e Km na equação abaixo, serão obtidas as correspondentes quantidades do pessoal de enfermagem.

QP(UI;SCP) = KM x THE

II) UNIDADES ASSISTENCIAIS ESPECIAIS

1-UNIDADE ASSISTENCIAL ESPECIAL (UE): Locais onde são desenvolvidas atividades especializadas por profissionais de saúde, em regime ambulatorial, OU para atendimento de demanda ou de produção de serviços, com ou sem auxílio de equipamentos de alta tecnologia.

2-SÍTIO FUNCIONAL (SF): é a unidade de medida que tem um significado tridimensional para o trabalho de enfermagem. Ele considera a(s) atividade(s) desenvolvida(s), a área operacional ou local da atividade e o período de trabalho, obtida da distribuição no decurso de uma semana padrão (espelho semanal padrão).

Nota 4: adotou-se a seguinte nomenclatura para os SF,

-SF1 significa um sítio funcional com um único profissional;

-SF2 consiste de um sítio funcional com dois profissionais;

-SF3 traduz o sítio funcional com três profissionais

Por exemplo, utilizando - se o coeficiente IST igual a 1,15 (15%) e substituindo JST pelos seus valores assumidos de 20h.; 24h, 30 h.; 32,5h; 36h. ou 40h., a Km terá os valores respectivos de:

KM (20) = 0,4025;

KM (24) = 0,3354;

KM (30) = 0,2683;

KM (32,5) = 0,2476;

KM (36) = 0,2236;

KM (40) = 0,2012;

Considerando que:

THE = [(PCM x 3,8) + (PCI x 5,6) + (PCSI x 9,4) + (PCIt x 17,9)]

E finalmente substituindo THE e Km na equação abaixo, serão obtidas as correspondentes quantidades do pessoal de enfermagem.

QP(Ui;SCP) = KM x THE

## II) UNIDADES ASSISTENCIAIS ESPECIAIS

1-UNIDADE ASSISTENCIAL ESPECIAL (UE): Locais onde são desenvolvidas atividades especializadas por profissionais de saúde, em regime ambulatorial, OU para atendimento de demanda ou de produção de serviços, com ou sem auxílio de equipamentos de alta tecnologia.

2-SÍTIO FUNCIONAL (SF): é a unidade de medida que tem um significado tridimensional para o trabalho de enfermagem. Ele considera a(s) atividade(s) desenvolvida(s), a área operacional ou local da atividade e o período de trabalho, obtida da distribuição no decurso de uma semana padrão (espelho semanal padrão).

Nota 4: adotou-se a seguinte nomenclatura para os SF,

-SF1 significa um sítio funcional com um único profissional;

-SF2 consiste de um sítio funcional com dois profissionais;

-SF3 traduz o sítio funcional com três profissionais

-SF<sub>n</sub> refere-se a um sítio funcional com "n" profissionais,

Nota 5: para evitar desvios sugere-se que se tome dados de uma série histórica de espelhos semanais de alocação de SF, escolhidos aleatoriamente durante 6 semanas, no mínimo.

Nota 6: o SF deve ser quantificado para as diversas categorias profissionais (enfermeiros, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem).

3-ATIVIDADE: pré - consulta, consulta, tratamento (curativo, quimioterapia, hemodiálise, diálise, instrumentação e circulação de cirurgias, atendimento / assistência), preparo de material, esterilização, chefia, coordenação ou supervisão, etc.

4-ÁREA OPERACIONAL: consultório, sala de exame, sala de tratamento, sala de trauma, sala de emergência, sala de pronto-atendimento, sala de imunização, sala de diálise hemodiálise, sala de cirurgia, sala de pré e pós-parto, sala de parto, sala de preparo de material, sala de esterilização, sala de ultrassom, sala de eletrocardiograma, etc.

5-PERÍODO DE TRABALHO (PT): é diferente e varia nas diversas Instituições e Unidades Assistenciais, com os valores típicos de 4h, 5h e 6h, decorrentes de jornadas diárias de 8, 10 e 12 horas.

6-Total de Sítios Funcionais(TSF)

$$TSF = [(SF_1) + (SF_2) + (SF_3) + \dots + (SF_n)]$$
$$TSF = \sum_{N=1}^N SF_N$$

7- Calculo da KM(SF) = Constante de Marinho para SF

$$KM(SF) = \frac{PT \times IST}{JST}$$

8 – Quantidade de profissionais = QP

$$QP_{(SF)} = KM_{(PT;JST)} \times TSF$$

Exemplo de Cálculo da Constante de Marinho para Sítios de Funcionais:

- Com IST de 15% ou coeficiente de 1,15.

Correspondendo a:

$$\rightarrow KM(SF) = PT/JST \times 1,15$$

KM (PT;32,5)	KM (PT;36)	KM (PT;40)
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;32,5)	KM (PT;36)	KM (PT;40)
KM(4;32,5)=0,1415	KM(4;36)=0,1277	KM(4;40)=0,1150
KM(5;32,5)=0,1769	KM(5;36)=0,1597	KM(5;40)=0,1437
KM(6;32,5)=0,2123	KM(6;36)=0,1916	KM(6;40)=0,1725

## III) CÁLCULO DO ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA (IST)

$$IST = TA + TB$$

- 6-Total de dias úteis do período de apuração (TD);  
 7-Total de dias úteis de ausência no período (TDUA), ausências planejadas decorrentes de benefícios ( férias, licença especial, etc.).  
 A- TAXA DE ABSENTEÍSMO (TA)

$$TA_{(JST)} = \frac{500 [(6FM1) + (8FM) + (12FP)]}{JST \times TF \times TD}$$

- B- TAXA AUSÊNCIAS POR BENEFÍCIOS ( TB )

$$TB = \frac{TDUA}{TD \times TF} \times 100$$

## RESOLUÇÃO COFEN293/2004

### Anexo III

#### Terminologia

**ÁREA OPERACIONAL** - consultório, sala de exame, sala de tratamento, sala de trauma, sala de emergência, sala de pronto-atendimento, sala de imunização, sala de diálise / hemodiálise, sala de cirurgia, sala de pré e pós parto, sala de parto, sala de preparo de material, sala de esterilização, sala de ultra-som, sala de eletrocardiograma etc.

**ATIVIDADE:** pré- consulta, consulta, tratamento (curativo, quimioterapia, hemodiálise, instrumentação e circulação de cirurgias, atendimento / assistência), preparo de material, esterilização, chefia, coordenação ou supervisão etc.

**BENCHMARKING** - é uma ferramenta prática de melhoria para a realização de comparações da empresa ou outras organizações que são reconhecidas pelas melhores práticas administrativas, para avaliar produtos, serviços e métodos de trabalho. Pode ser aplicado a qualquer nível da organização, em qualquer sítio funcional (SF).

**COMPLEXIDADE** - é o que abrange ou encerra elementos ou partes, segundo Mário Chaves, os Hospitais, pela sua complexidade, caracterizam-se como secundários terciários e quaternários, de acordo com a assistência prestada, tecnologia utilizada e serviços desenvolvidos.

**GRAU DE DEPENDÊNCIA** - é o nível de atenção quantiquantitativa requerida pela situação de saúde em que o cliente se encontra, exigindo demandas de cuidados mínimos, intermediários e semi intensivos e intensivos.

**INDICADORES** - instrumentos que permitem quantificar os resultados das ações.

São indicadores que devem nortear o dimensionamento de pessoal do Hospital, quanto a: número de leitos, número de atendimentos, taxa de ocupação, média de permanência, paciente/dia, relação empregado/leito, dentre outros.

**INDICADORES DE QUALIDADE** - instrumentos que permitem a avaliação da assistência de Enfermagem, tais como: sistematização da assistência de Enfermagem, taxa de ocorrência de incidentes (iatrogenias); anotações de Enfermagem quanto à frequência e qualidade; taxa de absenteísmo; existência de normas e padrões da assistência de Enfermagem, entre outros.

**ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA** - é um valor percentual que se destina a cobertura das taxas de absenteísmo e de ausências de benefícios. Ela destina-se à cobertura das ausências do trabalho, previstas ou não, estabelecidas ou não em Lei.

**MÉTODO DE TRABALHO** - relacionam-se à maneira de organização das atividades de Enfermagem, podendo ser através do cuidado integral ou outras formas.

**MISSÃO** - é a razão de ser (da existência) da instituição/empresa incorporada por todos os seus integrantes.

**MODELO ASSISTENCIAL** - metodologia estabelecida na sistematização da assistência de Enfermagem (Art. 4º da Lei nº7.498/86 e Art. 3º do Dec. nº 94.406/87).

**MODELO GERENCIAL** - compreende as atividades administrativas desenvolvidas pelos Enfermeiros nas unidades de serviço (Art. 3º da Lei nº 7.498/86 e Art. 2º do Dec. nº 94.406/87).

**PACIENTE DE CUIDADO MÍNIMO (PCM) / AUTO-CUIDADO** - cliente/paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e fisicamente autossuficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

**PACIENTE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS (PCI)** - cliente/ paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, requerendo avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.

**PACIENTE DE CUIDADOS SEMI-INTENSIVOS (PCSI)** - cliente/ paciente

recuperável, sem risco iminente de morte, passíveis de instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

**PACIENTE DE CUIDADOS INTENSIVOS (PCIt)** - cliente/ paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeitos à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

**PERÍODO DE TRABALHO (PT)** - é diferente e varia nas diversas instituições e Unidades Assistenciais, com os valores típicos de 4h; 5 h e 6 h, decorrentes de jornadas diárias de 8, 10 e 12 horas.

**PORTE** - é determinado pela capacidade instalada de leitos, segundo definição do Ministério da Saúde.

**POLÍTICA DE PESSOAL** - diretrizes que determinam as necessidades de pessoal, sua disponibilidade e utilização através do processo de recrutamento, seleção, contratação, desenvolvimento e avaliação, incluindo benefícios previstos na legislação e as especializações existentes.

**PROGRAMAS** - conjunto de atividades ordenadas para atingir objetivos específicos que signifiquem a utilização dos recursos combinados. Exemplo: Programa Integral de Saúde da Mulher, Programa de Transplante etc.

**QUANTIDADE DE PESSOAL (QP)** - é o número de profissionais de enfermagem necessárias na UI, com base no SPC e na TO.

**SERVIÇOS** - conjunto de especialidades na área da saúde oferecidas à clientela, cujas características podem sofrer influência da entidade mantenedora, tempo de permanência, entre outras (serviços médico hospitalares).

**SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES (SCP)** Categorias de pacientes por complexidade assistencial (adaptado de Fugulin, F.M, et. alli). Sistema de classificação de pacientes: (por complexidade assistencial) é um método para determinar, validar e monitorar o cuidado individualizado do paciente, objetivando o alcance dos padrões de qualidade assistencial.

(De Groot, H.A-J. Nurs. Adm, v.19, n.7, p.24-30, 1989).

**SÍTIO FUNCIONAL (SF)**- é a unidade de medida que tem um significado tridimensional para o trabalho de enfermagem. Ele considera a(s) atividade(s) desenvolvida(s), a área operacional ou local da atividade e o período de trabalho, obtida da distribuição no decurso de uma semana padrão (espelho semanal padrão).

-SF1 significa um sítio funcional com um único profissional;

-SF2 consiste de um sítio funcional com dois profissionais;

-SF3 traduz o sítio funcional com três profissionais

-SF<sub>n</sub> refere-se a um sítio funcional com "n" profissionais.

**TAXA DE ABSENTEÍSMO** - são ausências não programadas ao trabalho, em um determinado período (mês).

**TAXA DE AUSÊNCIAS DE BENEFÍCIOS** - são ausências programadas ao trabalho, em um determinado período (férias, licença prêmio etc),

**TAXA DE OCUPAÇÃO (TO)** - expressa a razão entre a média do número de leitos ocupados por clientes e o número de leitos disponíveis, em um determinado período.

**TOTAL DE HORAS DE ENFERMAGEM (THE)** - é o somatório das horas necessárias para assistir os clientes com demanda de cuidados mínimos, intermediários, semi - intensivos e intensivos.

**ROTATIVIDADE DE PESSOAL ("turn over")** - é a relação entre as admissões e os desligamentos de profissionais ocorridos de forma voluntária ou involuntária, em um determinado período.

**UNIDADE ASSISTENCIAL ESPECIAL (UE)** - locais onde são desenvolvidas atividades especializadas por profissionais de saúde, em regime ambulatorial, ou para atendimento de demanda ou de produção de serviços, com ou sem auxílio de equipamentos de alta tecnologia.

**UNIDADE DE INTERNAÇÃO (UI)** - local com infraestrutura adequada para a permanência do paciente em um leito hospitalar.

### **Resolução COFEN N° 293/2004**

#### **Anexo IV**

Curiosidades da Metodologia de Cálculo de Pessoal de Enfermagem

1- A Quantidade de Pessoal de Enfermagem (QPE) pode ser calculada utilizando-se o Total de Horas de Enfermagem por Dia (THE / Dia ) ou o Total de Sítios Funcionais / Semana (TSF/Sem).

2 - A QPE pode ser obtida através da aplicação de duas equações matemáticas:

(1)  $QP = KMhe \times THE$  (2)  $QP = KM sf \times TSF$

3-A Constante de Marinho (KM) pode assumir duas configurações Constante de Marinho relacionado a Horas de Enfermagem (KMhe) e Constante de Marinho relacionado a Sítios Funcionais (KMsf).

4 - A KMhe é utilizada para QPE quando se estabelecem os tempos que são necessários para se desenvolver cada atividade nas 24 horas, como por exemplo: assistência a pacientes de acordo com o Sistema de Classificação

de Pacientes - SCP ( Cuidados Mínimos, Cuidados Intermediários, Cuidados Semi-intensivos e Cuidados Intensivos) com suas respectivas horas / dia.

5 - A KMsf é utilizada para QPE para cobertura nas operacionais na dimensão tridimensional (Atividade(s) , Período de Tempo e Local de Trabalho).

6 - A KMhe é estruturada com a variável "dias da semana (7 dias)" no numerador, já a KMsf é como Período de Tempo (PT), que pode ser de 4, 5 ou 6 horas.

$$KMhe = \frac{DS}{JST} \times IST \rightarrow \leftarrow KMsf = \frac{PT \times IST}{JST}$$

7 - O Relatório Diário de Enfermagem com os registros da Classificação dos

Pacientes (SCP) e da Taxa de Absenteísmo / Taxa de Benefícios (TA/TB), é a ferramenta utilizada para obter-se o Total de Horas de Enfermagem (THE).

8 - O THE é calculado pela aplicação da seguinte expressão matemática:

THE =  $\Sigma$  ( NMP x HE )

THE = [(NMPCMn x HECMn) + (NMPCInter x HECinterm) + (NMPCSI x HECSI) + (NMPCIntens x HE Cintens)]

Onde:

NMP > Número Médio de Clientes/ Pacientes por tipo.

HE > Horas de Enfermagem relacionadas a cada tipo.

NM CMn > Número Médio de Clientes/ Paciente de Cuidados Mínimos

NM Cinterm > Número Médio de Clientes/ Pacientes de Cuidados Intermediários.

NM CSI > Número Médio de Clientes/ Paciente de Cuidados Semi Intensivos

NM Cintens > Número Médio de clientes/ Paciente de Cuidados Intensivos

HE CMn > Horas de Enfermagem por dia para assistência de clientes/ pacientes de Cuidados Mínimos.

HECinterm > Horas de Enfermagem por dia para assistência de clientes/ pacientes de Cuidados Intermediários.

HE CSI > Horas de Enfermagem por dia para assistência de clientes/ pacientes de Cuidados Semi-Intensivos.

HE Cintens > Horas de Enfermagem por dia para assistência de clientes/ pacientes de Cuidados Intensivos.

9-A Média de clientes/ Paciente por Tipo (SCP) deve ser obtida de pelo menos por um série histórica de no mínimo 4 a 6 meses padrões (120 dias).

10-Correlação entre QPE relacionada a HE e a QPE relacionada a SF.

Pegando como parâmetros:

PT = 8/2 = 4 horas ( Jornada diária de 8 horas são dois Períodos de Trabalho de 4 horas)

JST= 30 horas

IST= 15% > 1,15

KM sf= 4 / 30 x 1,15 = 0,23

HE CMn = 3,8 horas

Total de Pacientes da Unidade =20 pacientes

THE = 20 x 3,8 = 76 horas

KM he = 7/30 x 1,15 =0, 2683332

TSF =89

Sítios Funcionais (SF) > QPE = KMsf x TSF 0,23 x 89 = 20,47 Pessoas (20)

Horas de Enfermagem (HE) > QPE = KMhe x THE = 0,2683 X 76 = 20,39 Pessoas (\*) (20)

Nota 1- (\*) > A diferença na fração decimal é devida a aproximações matemáticas.

Nota 2- Quando o SF exigir profissionais com atividades especializadas, isto é, competência e formação específica a QPE deve respeitar e ser ajustada às demandas da especialidade.

### **COFEN / COREN-RJ**

#### **Resolução COFEN 302/2005**

Baixa norma para anotação da responsabilidade técnica do enfermeiro(a) em Virtude de chefia de serviço de enfermagem nos estabelecimentos das Instituições e empresas publicas, privadas e filantrópicas.

O Conselho Federal de Enfermagem, no exercício de sua competência consignada no art. 8º, inciso IV, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, tendo em vista o disposto no Art. 11, inciso I, alíneas "a" e "b", da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986;

CONSIDERANDO a deliberação da assembleia realizada durante o Seminário Nacional do Sistema COFEN/COREN, nos dias 06 e 07 de maio de 2004, na cidade de Aracajú, que contou com a participação de todos os CORENs;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN nº 242/2000 em seu Art. 13º, incisos IV, V, e XIV;

CONSIDERANDO a definição de serviço de enfermagem como o conjunto de unidades de enfermagem que são constituídas pelos recursos físicos e

humanos em uma instituição de assistência à saúde;

CONSIDERANDO que as chefias de serviço e de unidade de enfermagem são privativas do(a) enfermeiro(a), conforme as expressas disposições do Art. 11º, inciso I, alíneas "a" e "b", da Lei nº 7498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87;

CONSIDERANDO que a direção de escolas de enfermagem, bem como o ensino, é atribuição do enfermeiro, conforme determina a Lei nº 2.604/55, em seu Art. 3º;

CONSIDERANDO que as atividades referidas nos Art. 12º, 13º e 23º da Lei nº 7.498/86, somente podem ser exercidas sob supervisão do enfermeiro, na forma do Art. 15º desta Lei, se praticados em instituições de Saúde, públicas, privadas e filantrópicas;

CONSIDERANDO ser do interesse do COREN representar junto ao órgão estadual de saúde quando constatar infringência ao disposto no Art. 10º, inciso XXVI, da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura como infração à legislação federal cometer o exercício de encargos relacionados com a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde a pessoa sem a mínima habilitação legal;

CONSIDERANDO que o aludido desempenho de chefia de serviço ou de unidade de enfermagem caracteriza, em seu grau mais alto, as referidas atividades ligadas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde;

CONSIDERANDO a deliberação da Plenária em sua 327ª Reunião Ordinária.  
RESOLVE:

Art. 1º A anotação, pelo COREN, da responsabilidade técnica do enfermeiro pela gestão do serviço de enfermagem de todos os estabelecimentos, onde houver atividade de enfermagem, passa a ser regida pela presente Resolução.

Art. 2º Todo estabelecimento onde existem atividades de enfermagem deve, obrigatoriamente, apresentar Certidão de Responsabilidade Técnica de Enfermagem, cuja anotação deverá ser requerida pelo profissional enfermeiro.

§ 1º - A Certidão de Responsabilidade Técnica (CRT) deverá ser renovada, a cada 12(doze) meses, após sua emissão.

§ 2º - Em caso de substituição do responsável técnico (RT), em período inferior a um ano, a direção do estabelecimento deverá encaminhar ao COREN, dentro de 15 dias, a partir da ocorrência, a eventual substituição da anotação da responsabilidade técnica, requerida ao COREN pelo novo enfermeiro, conforme disposto no Art. 3º.

§ 3º - As instituições de saúde, públicas e filantrópicas, poderão requerer dispensa do recolhimento da taxa referente à emissão da CRT.

Art. 3º O requerimento da anotação de responsabilidade técnica deverá estar acompanhado das seguintes documentações:

Denominação e endereço do estabelecimento prestador de assistência de enfermagem a que se refere a ANOTAÇÃO, bem como da respectiva instituição ou empresa proprietária, mantenedora ou conveniente;

Nome do (a) enfermeiro (a) e número de inscrição no COREN;

Endereço residencial do (a) enfermeiro (a), bem como indicação precisa de sua jornada de trabalho;

Cópia do comprovante de recolhimento, pelo enfermeiro (a), do valor da anuidade correspondente ao exercício anterior, caso estiver inscrito, na autarquia.

Cópia do comprovante de recolhimento da taxa referente à CRT, pelo requerente, em favor do COREN, em conformidade com o disposto nas Decisões dos Conselhos Regionais, obedecendo as Resoluções do COFEN.

Cópia da comprovação do vínculo existente entre empresa e o requerente.

Cópia do ato de designação do profissional para o exercício da chefia de serviço;

Relação nominal do pessoal de enfermagem em exercício na instituição, por categoria, contendo nº da autorização ou inscrição, data de admissão na instituição e endereço atualizado.

Declaração de outros vínculos empregatícios mantidos pelo enfermeiro responsável técnico de enfermagem, relacionando locais, dias e horários de trabalho.

No caso de inexistência do documento previsto na alínea anterior, o requerente deverá preencher termo próprio, assumindo tal responsabilidade.

Art. 4º O enfermeiro que deixar de responder pela chefia do serviço de enfermagem, obrigatoriamente, comunicará de imediato ao COREN para o cancelamento da anotação.

§ 1º Todo enfermeiro responsável técnico que se afastar do cargo por um período superior a 30 dias, obrigatoriamente, comunicará ao COREN para o procedimento de sua substituição.

§ 2º O responsável técnico que deixar de comunicar ao COREN em 15(quinze) dias o seu desligamento da chefia do serviço de enfermagem responderá automaticamente a processo administrativo, conforme

previsto na legislação vigente.

Art. 5º A carga horária máxima para cada responsabilidade técnica, bem como o quantitativo de CRT que o profissional poderá requerer, será avaliado pelo COREN, devendo, para tanto, ser baixado ato decisório específico, que será submetido ao COFEN para homologação.

Art. 6º A Certidão de Responsabilidade Técnica deverá ser afixada em local visível ao público, dentro do estabelecimento prestador de assistência de enfermagem.

Art. 7º Serão, adotados pelos COREN, modelos de CRT anexos ao presente ato.

Art. 8º O disposto nesta Resolução aplica-se, integralmente, aos estabelecimentos de ensino onde são ministrados cursos de enfermagem.

Art. 9º Os casos omissos neste Ato Resolucional serão resolvidos pelo COFEN

Art. 10º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, especialmente a Resolução COFEN nº 168/93.

Rio de Janeiro, 16 de março de 2005.

Carmem de Almeida da Silva	Zolândia Oliveira Conceição
COREN-SP Nº 2.254	COREN-BA Nº 0635
Presidente	Primeira-Secretária

### **Resolução COFEN 306/2006**

Normatiza a atuação do enfermeiro em hemoterapia

O Conselho Federal de Enfermagem, no exercício de sua competência consignada nos Art. 2º e 8º da Lei nº. 5.905, de 12 de julho de 1973.

CONSIDERANDO a Constituição da República Federativa do Brasil, nos Art. 197º e 199º, conforme descrito no seu parágrafo 4º, promulgada em 5 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, no Art. 8º, inciso I, alíneas g e h, no Art. 10º, inciso I, alínea b e inciso II; no Art. 11º, inciso III, alíneas a e h, e no Art. 13º; CONSIDERANDO a Resolução COFEN 240/2000 que estabelece o Código de Ética dos profissionais de enfermagem;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN 272/2002 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde;

CONSIDERANDO a Resolução CNE/CES (Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Ensino Superior) nº. 3, de 7/12/01, que institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação de Enfermagem;

CONSIDERANDO a Resolução RDC nº. 153, de 14/06/04, da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), que determina o regulamento técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso do sangue;

CONSIDERANDO a Resolução nº. 41, de 28/06/00, da diretoria colegiada da ANVISA e do regulamento técnico MERCOSUL dos níveis de complexidade dos serviços de medicina transfusional e unidades hemoterápicas;

CONSIDERANDO a Resolução nº 358, de 29/04/05, do CONAMA (Conselho Nacional do Meio Ambiente), que determina normas técnicas para o ato transfusional;

CONSIDERANDO os estudos realizados pela Câmara Técnica de Assistência do COFEN;

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário em sua 337ª Reunião Ordinária, RESOLVE:

Art. 1º Fixar as competências e atribuições do enfermeiro na área de Hemoterapia, a saber:

- a) Planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de Hemoterapia nas unidades de saúde, visando a assegurar a qualidade do sangue, hemocomponentes e hemoderivados;
- b) Assistir de maneira integral os doadores, receptores e suas famílias, tendo como base o Código de Ética dos profissionais de enfermagem e as normas vigentes;
- c) Promover e difundir medidas de saúde preventivas e curativas por meio da educação de doadores, receptores, familiares e comunidade em geral, objetivando à saúde e segurança dos mesmos;
- d) Realizar a triagem clínica, visando à promoção da saúde e à segurança do doador e do receptor, minimizando os riscos de intercorrências;
- e) Realizar a consulta de enfermagem, objetivando a integrar doadores aptos e inaptos, bem como receptores no contexto hospitalar, ambulatorial e domiciliar, minimizando os riscos de intercorrências;
- f) Planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar programas de captação de doadores;
- g) Proporcionar condições para o aprimoramento dos profissionais de

enfermagem atuantes na área, através de cursos, atualizações e estágios em instituições afins;

- h) Planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar programas de estágio, treinamento e desenvolvimento de profissionais de enfermagem dos diferentes níveis de formação;
- i) Participar da definição da política de recursos humanos, da aquisição de material e da disposição da área física necessária à assistência integral aos usuários;
- j) Cumprir e fazer cumprir as normas, regulamentos e legislações vigentes;
- k) Estabelecer relações técnico-científicas com as unidades afins;
- l) Participar da equipe multiprofissional, procurando garantir uma assistência integral ao doador, receptor e familiares;
- m) Assistir ao doador, receptor e familiares, orientando e garantindo-o durante todo o processo hemoterápico;
- n) Elaborar a prescrição de enfermagem nos processos hemoterápicos;
- o) Executar e/ou supervisionar a administração e a monitorização da infusão de hemocomponentes e hemoderivados, atuando nos casos de reações adversas;
- p) Registrar informações e dados estatísticos pertinentes à assistência de enfermagem prestada ao doador e receptor;
- q) Manusear e monitorizar equipamentos específicos de hemoterapia;
- r) Desenvolver pesquisas relacionadas à hemoterapia e à hematologia;

Art. 2º Em todas as unidades de saúde onde se realiza o ato transfusional, se faz necessária a implantação de uma equipe de enfermagem capacitada e habilitada para execução desta atividade;

§ 1º - O ato transfusional se compõe das seguintes etapas:

- a) Recebimento da solicitação;
- b) Identificação do receptor;
- c) Coleta de amostra (hemocomponentes) e encaminhamento para liberação do produto solicitado;
- d) Recebimento do hemocomponente/hemoderivado solicitado e checagem dos dados de identificação do produto e receptor;
- e) Instalação e acompanhamento de hemocomponente/hemoderivado solicitado;
- f) Identificação e acompanhamento das reações adversas
- g) Descarte dos resíduos gerados na execução do ato transfusional, respeitando as normas técnicas vigentes;
- h) Registro das atividades executadas;

Art. 3º As atribuições dos profissionais de enfermagem de nível médio serão desenvolvidas de acordo com a Lei do exercício profissional, sob a supervisão e orientação do enfermeiro responsável técnico do serviço ou setor de Hemoterapia.

Art. 4º Este ato resolucional entrará em vigor na data da sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, em especial, a Resolução COFEN nº 200/1997.

Dulce Dirclair Huf Bais  
COREN-MS Nº 10.244  
Presidente

Carmem de Almeida da Silva  
COREN-SP Nº 2.254  
Primeira-Secretária

### **Resolução COFEN 311/2007**

Aprova a reformulação do Código de Ética dos profissionais de enfermagem.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de sua competência estabelecida

pele Art. 2º, c.c. a Resolução COFEN 242/2000, em seu Art. 13º, incisos IV, V, XV, XVII

e XLIX;

CONSIDERANDO a Lei nº. 5.905/73, em seu Art. 8º, inciso III;

CONSIDERANDO o resultado dos estudos originais de seminários realizados pelo COFEN, com a participação dos diversos segmentos da profissão;

CONSIDERANDO o que consta dos PADs COFEN 83/91, 179/91, 45/92, 119/92 e 63/02;

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário em sua 346ª ROP, realizado em 30 e 31 de janeiro de 2007.

RESOLVE:

Art. 1º Fica aprovado o Código de Ética dos profissionais de enfermagem para aplicação na jurisdição de todos os Conselhos de Enfermagem.

Art. 2º Todos os profissionais de enfermagem deverão conhecer o inteiro teor do presente Código, acessando o site [www.portalcofen.gov.br](http://www.portalcofen.gov.br); [www.portalenfermagem.gov.br](http://www.portalenfermagem.gov.br) ou requerê-lo no Conselho Regional de Enfermagem do estado onde exercem suas atividades.

Art. 3º Este Código aplica-se aos profissionais de Enfermagem e exercentes das atividades elementares de enfermagem.

Art. 4º Este ato resolucional entrará em vigor a partir de 12 de maio de 2007, correspondendo a 90 (noventa) dias após sua publicação, revogando a Resolução COFEN nº. 240/00.

Rio de Janeiro, 08 de fevereiro 2007

Dulce Dirclair Huf Bais

COREN-MS Nº 10.244

Presidente

Carmem de Almeida da Silva

COREN-SP Nº 2.254

Primeira-Secretária

Código de Ética e Legislação

## **CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

### **ANEXO**

#### **PREÂMBULO**

A enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas

que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços

à pessoa, à família e à coletividade no seu contexto e circunstâncias de vida.

O aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional configurado pela responsabilidade no plano das relações de trabalho com reflexos no campo científico e político.

A enfermagem brasileira, face às transformações socioculturais, científicas e legais, entendeu ter chegado o momento de reformular o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE).

A trajetória da reformulação, coordenada pelo Conselho Federal de Enfermagem com a participação dos Conselhos Regionais de Enfermagem, incluiu discussões com a categoria de enfermagem. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem está organizado por assunto e inclui princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais de enfermagem. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população. O presente Código teve como referência os postulados da Declaração Universal dos Direitos do Homem, promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1948) e adotada pela Convenção de Genebra

da Cruz Vermelha (1949), contidos no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiros (1953) e no Código de Ética da Associação Brasileira de Enfermagem (1975). Teve como referência, ainda, o Código de Deontologia de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (1976), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993) e as Normas Internacionais e Nacionais sobre Pesquisa em Seres Humanos [Declaração Helsinque (1964), revista em Tóquio (1975), em Veneza (1983),

em Hong Kong (1989) e em Sommerset West (1996) e a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (1996)].

cofen / coren-rj

#### **PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS**

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade.

O profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação

da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem a satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios

das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização

político-administrativa dos serviços de saúde.

O profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos em todas as suas dimensões. O profissional de enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.

#### **CAPÍTULO I**

#### **DAS RELAÇÕES PROFISSIONAIS**

##### **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 à sua prática profissional.

Art. 3º Apoiar as iniciativas que visem ao aprimoramento profissional e à defesa dos direitos e interesses da categoria e da sociedade.

Art. 4º Obter desagravo público por ofensa que atinja a profissão por meio do Conselho

Regional de Enfermagem.

#### **RESPONSABILIDADES E DEVERES**

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

Art. 6º Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade

e na diversidade de opinião e posição ideológica. Código de Ética e Legislação

Art. 7º Comunicar, ao COREN e aos órgãos competentes, fatos que infrinjam dispositivos

legais e que possam prejudicar o exercício profissional.

#### **PROIBIÇÕES**

Art. 8º Promover e ser conivente com a injúria, calúnia e difamação de membro da equipe de enfermagem, equipe de saúde e de trabalhadores de outras áreas, de organizações da categoria ou instituições.

Art. 9º Praticar e/ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato que infrinja postulados éticos e legais.

#### **SEÇÃO I**

#### **DAS RELAÇÕES COM A PESSOA, FAMÍLIA E COLETIVIDADE**

##### **DIREITOS**

Art. 10º 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.

Art. 11º Ter acesso às informações relacionadas à pessoa, à família e à coletividade necessárias ao exercício profissional.

##### **RESPONSABILIDADES E DEVERES**

Art. 12º Assegurar à pessoa, à família e à coletividade assistência de enfermagem livre

de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 13º Avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem.

Art. 14º Aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais em benefício

da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Art. 15º Prestar assistência de enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 16º 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. 17º Prestar adequadas informações à pessoa, à família e à coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem.

Art. 18º Respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem-estar.

Art. 19º Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte.

Art. 20º Colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento da pessoa, da família e da coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca de seu

estado de saúde e tratamento.

Art. 21º Proteger a pessoa, a família e a coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde.

Art. 22º Disponibilizar seus serviços profissionais à comunidade em casos de emergência, epidemia e catástrofe, sem pleitear vantagens pessoais.

Art. 23º Encaminhar a pessoa, a família e a coletividade aos serviços de defesa do cidadão, nos termos da lei.

Art. 24º Respeitar, no exercício da profissão, as normas relativas à preservação do meio

ambiente e denunciar aos órgãos competentes as formas de poluição e deterioração que comprometam a saúde e a vida.

Art. 25º Registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

##### **PROIBIÇÕES**

Art. 26º Negar assistência de enfermagem em qualquer situação que se caracterize como urgência ou emergência.

Art. 27º Executar ou participar da assistência à saúde sem o consentimento da pessoa ou de seu representante legal, exceto em iminente risco de morte.

Art. 28º Provocar aborto ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação.

Parágrafo único Nos casos previstos em lei, o profissional deverá decidir, de acordo com

a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo.

Art. 29º Promover a eutanásia ou participar em prática destinada a antecipar a morte do cliente.

Art. 30º Administrar medicamentos sem conhecer a ação da droga e sem certificar-se da possibilidade de riscos.

Art. 31º Prescrever medicamentos e praticar ato cirúrgico, exceto nos casos previstos na

legislação vigente e em situação de emergência. Código de Ética e Legislação

Art. 32º Executar prescrições de qualquer natureza que comprometam a segurança da pessoa.

Art. 33º Prestar serviços que, por sua natureza, competem a outro profissional, exceto em caso de emergência.

Art. 34º Provocar, cooperar, ser conivente ou omisso com qualquer forma de violência.

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

## **SEÇÃO II**

### **DAS RELAÇÕES COM OS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM, SAÚDE**

#### **E OUTROS DIREITOS**

Art. 36º Participar da prática multiprofissional e interdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade.

Art. 37º Recusar-se a executar prescrição medicamentosa e terapêutica onde não conste a assinatura e o número de registro do profissional, exceto em situações de urgência e emergência.

Parágrafo único O profissional de enfermagem poderá recusar-se a executar prescrição

medicamentosa e terapêutica em caso de identificação de erro ou ilegitimidade.

#### **RESPONSABILIDADES E DEVERES**

Art. 38º Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe.

Art. 39º Participar da orientação sobre benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos na condição de membro da equipe de saúde.

Art. 40º Posicionar-se contra falta cometida durante o exercício profissional seja por imperícia, imprudência ou negligência.

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

#### **PROIBIÇÕES**

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

Art. 43º Colaborar, direta ou indiretamente, com outros profissionais de saúde no descumprimento da legislação referente aos transplantes de órgãos, tecidos, esterilização humana, fecundação artificial e manipulação genética.

## **SEÇÃO III**

### **DAS RELAÇÕES COM AS ORGANIZAÇÕES DA CATEGORIA DIREITOS**

Art. 44º Recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem quando impedido de cumprir o presente Código, a legislação do exercício profissional e as resoluções e decisões emanadas do Sistema COFEN/COREN.

Art. 45º Associar-se, exercer cargos e participar de entidades de classe e órgãos de fiscalização do exercício profissional.

Art. 46º Requerer, em tempo hábil, informações acerca de normas e convocações.

Art. 47º Requerer, ao Conselho Regional de Enfermagem, medidas cabíveis para obtenção de desagravo público em decorrência de ofensa sofrida no exercício profissional.

#### **RESPONSABILIDADES E DEVERES**

Art. 48º Cumprir e fazer os preceitos éticos e legais da profissão.

Art. 49º Comunicar, ao Conselho Regional de Enfermagem, fatos que firam preceitos do

presente Código e da legislação do exercício profissional.

Art. 50º Comunicar, formalmente ao Conselho Regional de Enfermagem, fatos que envolvam recusa ou demissão de cargo, função ou emprego motivado pela necessidade

do profissional em cumprir o presente Código e a legislação do exercício profissional.

Art. 51º Cumprir, no prazo estabelecido, as determinações e convocações do Conselho

Federal e Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 52º Colaborar com a fiscalização de exercício profissional.

Art. 53º Manter seus dados cadastrais atualizados e regularizadas as suas obrigações financeiras com o Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 54º Apor o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem

em assinatura, quando no exercício profissional.

Art. 55º Facilitar e incentivar a participação dos profissionais de enfermagem no desempenho de atividades nas organizações da categoria.

#### **PROIBIÇÕES**

Art. 56º Executar e determinar a execução de atos contrários ao Código de Ética e as demais normas que regulam o exercício da enfermagem.

Art. 57º Aceitar cargo, função ou emprego vago em decorrência de fatos que envolvam

recusa ou demissão de cargo, função ou emprego motivado pela necessidade do profissional em cumprir o presente Código e a legislação do exercício profissional.

Art. 58º Realizar ou facilitar ações que causem prejuízo ao patrimônio ou comprometam

a finalidade para a qual foram instituídas as organizações da categoria.

Art. 59º Negar, omitir informações ou emitir falsas declarações sobre o exercício profissional quando solicitado pelo Conselho Regional de Enfermagem.

#### **SEÇÃO IV**

#### **DAS RELAÇÕES COM AS ORGANIZAÇÕES EMPREGADORAS DIREITOS**

Art. 60º Participar de movimentos de defesa da dignidade profissional, do aprimoramento técnico-científico, do exercício da cidadania e das reivindicações por melhores condições de assistência, trabalho e remuneração.

Art. 61º Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições dignas para o exercício profissional ou que desrespeite a legislação do setor saúde, ressalvadas as situações de

urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente por escrito sua decisão ao Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 62º Receber salários ou honorários compatíveis com o nível de formação, a jornada

de trabalho, a complexidade das ações e a responsabilidade pelo exercício profissional.

Art. 63º Desenvolver suas atividades profissionais em condições de trabalho que promovam a própria segurança e a da pessoa, da família e da coletividade sob seus cuidados, e dispor de material e equipamentos de proteção individual e coletiva segundo as normas vigentes.

Art. 64º Recusar-se a desenvolver atividades profissionais, na falta de material ou equipamentos de proteção individual e coletiva, definidas na legislação específica.

Art. 65º Formar e participar da comissão de ética da instituição pública ou privada onde

trabalha, bem como de comissões interdisciplinares.

Art. 66º Exercer cargos de direção, gestão e coordenação na área de seu exercício profissional e do setor saúde. Art. 67º Ser informado sobre as políticas da instituição e do serviço de enfermagem,

bem como participar de sua elaboração.

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

#### **RESPONSABILIDADES E DEVERES**

Art. 69º Estimular, promover e criar condições para o aperfeiçoamento técnico, científico

e cultural dos profissionais de enfermagem sob sua orientação e supervisão.

Art. 70º Estimular, facilitar e promover o desenvolvimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão devidamente aprovadas nas instâncias deliberativas da instituição.

Art. 71º Incentivar e criar condições para registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

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

#### **PROIBIÇÕES**

Art. 73º Trabalhar, colaborar ou acumpliciar-se com pessoas físicas ou jurídicas que desrespeitem princípios e normas que regulam o exercício profissional de enfermagem.

Art. 74º Pleitear cargo, função ou emprego ocupado por colega, utilizando-se de concorrência desleal.

Art. 75º Permitir que seu nome conste no quadro de pessoal de hospital, casa de saúde,

unidade sanitária, clínica, ambulatório, escola, curso, empresa ou estabelecimento congênere sem nele exercer as funções de enfermagem pressupostas.

Art. 76º Receber vantagens de instituição, empresa, pessoa, família e coletividade, além

do que lhe é devido, como forma de garantir assistência de enfermagem diferenciada ou benefícios de qualquer natureza para si ou para outrem.

Art. 77º Usar de qualquer mecanismo de pressão ou suborno com pessoas físicas ou jurídicas para conseguir qualquer tipo de vantagem.

Art. 78º Utilizar, de forma abusiva, o poder que lhe confere a posição ou cargo para impor ordens, opiniões, atentar contra o pudor, assediar sexual ou moralmente, inferiorizar pessoas ou dificultar o exercício profissional.

Art. 79º Apropriar-se de dinheiro, valor, bem móvel ou imóvel, público ou particular, de

que tenha posse, em razão do cargo, ou desviá-lo em proveito próprio ou de outrem.

Art. 80º Delegar suas atividades privativas a outro membro da equipe de enfermagem

ou de saúde que não seja enfermeiro.

## **CAPÍTULO II DO SIGILO PROFISSIONAL DIREITOS**

Art. 81º Abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional a pessoas ou entidades que não estejam obrigadas ao sigilo.

### **RESPONSABILIDADES E DEVERES**

Art. 82º Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto casos previstos em lei, ordem judicial ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal.

§ 1º - Permanece o dever mesmo quando o fato seja de conhecimento público e em caso de falecimento da pessoa envolvida.

§ 2º - Em atividade multiprofissional, o fato sigiloso poderá ser revelado quando necessário à prestação da assistência.

§ 3º - O profissional de enfermagem, intimado como testemunha, deverá comparecer perante a autoridade e, se for o caso, declarar seu impedimento de revelar o segredo.

§ 4º - O segredo profissional referente ao menor de idade deverá ser mantido mesmo quando a revelação seja solicitada por pais ou responsáveis, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, exceto nos casos em que possa acarretar danos ou riscos

ao mesmo.

Art. 83º Orientar, na condição de enfermeiro, a equipe sob sua responsabilidade sobre o dever do sigilo profissional.

### **PROIBIÇÕES**

Art. 84º Franquear o acesso a informações e documentos para pessoas que não estão diretamente envolvidas na prestação da assistência, exceto nos casos previstos na legislação vigente ou por ordem judicial.

Art. 85º Divulgar ou fazer referência a casos, situações ou fatos de forma que os envolvidos possam ser identificados. ofen / coren-rj

## **CAPÍTULO III DO ENSINO, DA PESQUISA E DA PRODUÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA DIREITOS**

Art. 86º Realizar e participar de atividades de ensino e pesquisa, respeitadas as normas ético-legais.

Art. 87º Ter conhecimento acerca do ensino e da pesquisa a serem desenvolvidos com as pessoas sob sua responsabilidade profissional ou em seu local de trabalho.

Art. 88º Ter reconhecida sua autoria ou participação em produção técnico científica.

### **RESPONSABILIDADES E DEVERES**

Art. 89º Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos segundo a especificidade da investigação.

Art. 90º Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa.

Art. 91º Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados.

Art. 92º Disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e à sociedade em geral.

Art. 93º Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas.

### **PROIBIÇÕES**

Art. 94º Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos.

Art. 95º Eximir-se da responsabilidade por atividades executadas por alunos ou estagiários na condição de docente, enfermeiro responsável ou supervisor.

Art. 96º Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, da família ou da coletividade.

Art. 97º Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como usá-los para fins diferentes dos pré-determinados.

Art. 98º Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

Art. 99º Divulgar ou publicar, em seu nome, produção técnico-científica ou instrumento de organização formal, do qual não tenha participado, ou omitir nomes de coautores e colaboradores.

Art. 100º Utilizar, sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, dados, informações ou opiniões ainda não publicados.

Art. 101º Apropriar-se ou utilizar produções técnico-científicas das quais tenha participado como autor ou não, implantadas em serviços ou instituições sem concordância ou concessão do autor.

Art. 102º Aproveitar-se de posição hierárquica para fazer constar seu nome como autor

ou coautor em obra técnico-científica.

## **CAPÍTULO IV DA PUBLICIDADE DIREITOS**

Art. 103º Utilizar-se de veículo de comunicação para conceder entrevistas ou divulgar eventos e assuntos de sua competência com finalidade educativa e de interesse social.

Art. 104º Anunciar a prestação de serviços para os quais está habilitado.

### **RESPONSABILIDADES E DEVERES**

Art. 105º Resguardar os princípios da honestidade, da veracidade e da fidedignidade no conteúdo e na forma publicitária.

Art. 106º Zelar pelos preceitos éticos e legais da profissão nas diferentes formas de divulgação.

### **PROIBIÇÕES**

Art. 107º Divulgar informação inverídica sobre assunto de sua área profissional.

Art. 108º Inserir imagens ou informações que possam identificar pessoas e instituições

sem sua prévia autorização.

Art. 109º Anunciar título ou qualificação que não possa comprovar.

Art. 110º Omitir, em proveito próprio, referência a pessoas ou instituições.

Art. 111º Anunciar a prestação de serviços gratuitos ou propor honorários que caracterizem concorrência desleal.cofen / coren-rj

## **CAPÍTULO V**

### **DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES**

Art. 112º A caracterização das infrações éticas e disciplinares e a aplicação das respectivas penalidades regem-se por este Código, sem prejuízo das sanções previstas em outros dispositivos legais.

Art. 113º Considera-se infração ética a ação, omissão ou conivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Art. 114º Considera-se infração disciplinar a inobservância das normas dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem.

Art. 115º Responde pela infração quem a cometer ou concorrer para a sua prática, ou dela obtiver benefício, quando cometida por outrem.

Art. 116º A gravidade da infração é caracterizada por meio da análise dos fatos do dano e de suas consequências.

Art. 117º A infração é apurada em processo instaurado e conduzido nos termos do Código de Processo Ético das autarquias profissionais de enfermagem.

Art. 118º As penalidades a serem impostas pelos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, conforme o que determina o Art. 18º, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, são as seguintes:

I - Advertência verbal;

II - Multa;

III - Censura;

IV - Suspensão do exercício profissional;

V - Cassação do direito ao exercício profissional.

§ 1º A advertência verbal consiste na admoestação ao infrator, de forma reservada, que será registrada no prontuário do mesmo, na presença de duas testemunhas.

§ 2º A multa consiste na obrigatoriedade de pagamento de 1 (uma) a 10 (dez) vezes o valor da anuidade da categoria profissional à qual pertence o infrator, em vigor no ato do pagamento.

§ 3º A censura consiste em repreensão que será divulgada nas publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

§ 4º A suspensão consiste na proibição do exercício profissional da enfermagem por um

período não superior a 29 (vinte e nove) dias; será divulgada nas publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores.

§ 5º A cassação consiste na perda do direito ao exercício da enfermagem e será divulgada nas publicações dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

Art. 119º As penalidades referentes à advertência verbal, multa, censura e suspensão do exercício profissional são da alçada do Conselho Regional de Enfermagem e serão registradas no prontuário do profissional de enfermagem; a pena de cassação do direito ao exercício profissional é de competência do Conselho Federal de Enfermagem,

conforme o disposto no Art. 18º, parágrafo primeiro, da Lei nº 5.905/73.

Parágrafo único Na situação em que o processo tiver origem no Conselho Federal de Enfermagem terá como instância superior a Assembleia dos Delegados Regionais.

Art. 120º Para a graduação da penalidade e respectiva imposição consideram-se:

I - A maior ou menor gravidade da infração;

II - As circunstâncias agravantes e atenuantes da infração;

III - O dano causado e suas consequências;

IV - Os antecedentes do infrator.

Art. 121º As infrações serão consideradas leves, graves ou gravíssimas segundo a natureza do ato e a circunstância de cada caso.

§ 1º São consideradas infrações leves as que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa sem causar debilidade ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições.

§ 2º São consideradas infrações graves as que provoquem perigo de vida, debilidade temporária de membro, sentido ou função em qualquer pessoa ou as que causem danos patrimoniais ou financeiros.

§ 3º São consideradas infrações gravíssimas as que provoquem morte, deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido, função ou, ainda, dano moral irremediável em qualquer pessoa.

Art. 122º São consideradas circunstâncias atenuantes:

I - Ter o infrator procurado, logo após a infração, por sua espontânea vontade e com eficiência, evitar ou minorar as consequências do seu ato;

II - Ter bons antecedentes profissionais;

III - Realizar atos sob coação e/ou intimidação;

IV - Realizar ato sob emprego real de força física;

V - Ter confessado espontaneamente a autoria da infração.

Art. 123º São consideradas circunstâncias agravantes:

I - Ser reincidente;

II - Causar danos irreparáveis;

III - Cometer infração dolosamente;

IV - Cometer a infração por motivo fútil ou torpe;

V - Facilitar ou assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou a vantagem de outra infração;

VI - Aproveitar-se da fragilidade da vítima;

VII - Cometer a infração com abuso de autoridade ou violação do dever inerente ao cargo ou função;

VIII - Ter maus antecedentes profissionais.

## **CAPÍTULO VI**

### **DA APLICAÇÃO DAS PENALIDADES**

Art. 124º As penalidades previstas neste Código somente poderão ser aplicadas, cumulativamente, quando houver infração a mais de um artigo.

Art. 125º A pena de advertência verbal é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos Art. 5º a 7º; 12º a 14º; 16º a 24º; 27º; 30º; 32º; 34º; 35º; 38º a 40º; 49º

a 55º; 57º; 69º a 71º; 74º; 78º; 82º a 85º; 89º a 95º; 98º a 102º; 105º; 106º; 108º a 111º deste Código.

Art. 126º A pena de multa é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos Art. 5º a 9º; 12º; 13º; 15º; 16º; 19º; 24º; 25º; 26º; 28º a 35º; 38º a 43º; 48º a 51º; 53º; 56º a 59º; 72º a 80º; 82º; 84º; 85º; 90º; 94º; 96º; 97º a 102º; 105º; 107º; 108º; 110º e 111º deste Código.

Art. 127º A pena de censura é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido

nos Art. 8º; 12º; 13º; 15º; 16º; 25º; 30º a 35º; 41º a 43º; 48º; 51º; 54º; 56º a 59º; 71º a 80º;

82º; 84º; 85º; 90º; 91º; 94º a 102º; 105º; 107º a 111º deste Código.

Art. 128º A pena de suspensão do exercício profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 8º; 9º; 12º; 15º; 16º; 25º; 26º; 28º; 29º; 31º; 33º a 35º; 41º a 43º; 48º; 56º; 58º; 59º; 72º; 73º; 75º a 80º; 82º; 84º; 85º; 90º; 94º; 96º a 102º; 105º; 107º e 108º deste Código.

Art. 129º A pena de cassação do direito ao exercício profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos Art. 9º; 12º; 26º; 28º; 29º; 78º e 79º deste Código.ódigo de Ética e Legislação

## **CAPÍTULO VII**

### **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 130º Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 131º Este Código poderá ser alterado pelo Conselho Federal de Enfermagem, por iniciativa própria ou mediante proposta de Conselhos Regionais.

Parágrafo único A alteração referida deve ser precedida de ampla discussão com a categoria, coordenada pelos Conselhos Regionais.

Art. 132º O presente Código entrará em vigor 90 dias após sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007.

### **Resolução COFEN 339/2008**

Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do enfermeiro obstetra nos Centros de Parto

Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de suas atribuições legais e regimentais, comandadas pela Lei nº 5.905/1973, e:

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário do COFEN em sua 365ª Reunião Ordinária de Plenário;

CONSIDERANDO o disposto nos Art. 11º e 12º da Lei nº 7.498/86; e Art. 8º e 9º do Decreto nº 94.406/87;

CONSIDERANDO o instituto da responsabilidade civil e da obrigação de

indenizar por danos a terceiros previstos no Art. 927º e seguintes do Código Civil Brasileiro;

CONSIDERANDO a literal disposição do Art. 5º, inciso III, da Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde);

CONSIDERANDO os mandamentos impostos na Resolução COFEN nº 223/1999, dispondo sobre a atuação dos profissionais enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal;

CONSIDERANDO o disposto na Portaria nº 985/GM, de 05/08/99, que instituiu os Centros de Parto Normal no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde);

CONSIDERANDO o Código de Ética dos profissionais de enfermagem, instituído pela Resolução COFEN nº 311/2007;

CONSIDERANDO ainda a Resolução COFEN nº 272/2002, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras;

CONSIDERANDO o que fora contemplado no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, firmado no ano de 2004;

CONSIDERANDO a RDC nº 36, de 03/06/08, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que regulamenta o Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal;

CONSIDERANDO a Resolução Normativa RN nº 167, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de 09/01/08, que demandou a Atualização do Rol de **COREN-** Procedimentos e Eventos em Saúde, em especial na Seção IV, do Plano Hospitalar com Obstetrícia, Art. 16º, parágrafo único;

CONSIDERANDO, por fim, todas as evidências científicas e os resultados dos estudos empreendidos pelo Grupo Técnico de Obstetrícia da Câmara Técnica de Assistência do COFEN,

**RESOLVE:**

Art. 1º Normatizar a atuação dos profissionais enfermeiros obstetras e delimitar as suas responsabilidades no âmbito dos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Partos.

Parágrafo único. Os profissionais enfermeiros deverão atuar nos estabelecimentos referidos no caput deste artigo, nos exatos termos de que dispõem os manuais e informes técnicos do Ministério da Saúde.

Art. 2º Para os fins colimados no artigo anterior, são considerados Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto, os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento à parturiente, ao recém-nascido, assim como aos seus familiares no período gravídico-puerperal.

§ 1º Nos estabelecimentos referidos nos Art. 1º e 2º desta Resolução, deverá ser prestado um atendimento humanizado e de qualidade, a fim de proporcionar um parto normal sem distocia.

§ 2º Tais Centros de Parto Normal e/ou Casa de Parto deverão compor a estrutura do sistema de saúde local, atuando de forma sintonizada e integrada às demais unidades de saúde existentes, e deverão ser organizadas com o fim precípua de promover a ampliação do acesso da clientela, assim como do vínculo dos profissionais a estes, demandando-se um atendimento humanizado à parturiente, ao recém-nascido, assim como a seus familiares no período pré-natal, no parto e no puerpério.

§ 3º Poderão, ainda, o Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto, atuar fisicamente integrados a um estabelecimento assistencial de saúde, unidade intra-hospitalar, peri-hospitalar, unidade mista ou estabelecimento extra-hospitalar.

Art. 3º Os profissionais enfermeiros obstetras deverão NOTIFICAR todos os óbitos maternos e neonatais aos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil/Neonatal da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Saúde, em atendimento ao imperativo da Portaria GM/MS nº 1119, de 05/06/08.

Art. 4º Ao profissional enfermeiro obstetra, atuando no Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto, ficam conferidas as seguintes atribuições:

- I - Acolher a mulher e seus familiares no ciclo gravídico-puerperal e avaliar todas as condições de saúde materna, assim como a do feto;
- II - Garantir o atendimento à mulher no pré-natal e puerpério por meio da consulta de enfermagem;
- III - Desenvolver atividades sócio-educativas e de humanização, fundadas nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania;
- IV - Garantir a presença de acompanhante(s), da estrita escolha da mulher, desde o pré-natal até a sua alta, ao final dos procedimentos;
- V - Avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições fetais, utilizando-se dos recursos do parto gramado e dos exames complementares;
- VI - Priorizar a utilização de tecnologias apropriadas ao parto e nascimento, respeitando a individualidade da parturiente;
- VII - Prestar assistência ao parto normal sem distocia ao recém-nascido;
- VIII - Assegurar a remoção da mulher no caso de eventual intercorrência do parto e do puerpério em unidades de transporte adequadas, no prazo máximo de 1 (uma) hora, acompanhando-a durante todo o percurso até a ultimateção de todos os procedimentos;
- IX - Prestar assistência imediata ao recém-nascido que apresente

intercorrência clínica e, quando necessário, garantir a sua remoção em unidades de transporte adequadas, no prazo máximo de 1 (uma) hora, acompanhando-o durante todo o percurso até a últimação de todos os procedimentos;

X - Acompanhar a puérpera e seu recém-nascido por um período mínimo de 10 (dez) dias;

XI - Fazer registrar todas as ações assistenciais e procedimentais de enfermagem, consoante normatização pertinente.

Art. 5º O enfermeiro responsável técnico deverá garantir recursos humanos / mínimos necessários ao funcionamento do Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto.

Art. 6º O enfermeiro responsável técnico pelo Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto deverá promover, junto às autoridades competentes, todos os documentos legais à regularização do funcionamento de tais unidades.

Art. 7º Os Conselhos Regionais de Enfermagem, em suas respectivas jurisdições, deverão promover uma ampla divulgação desta Resolução e zelar pelo seu cumprimento.

Art. 8º Os casos omissos deverão ser resolvidos pelo COFEN.

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução COFEN nº 308/2006.

Brasília, 23 de julho de 2008.

Manoel Carlos Néri da Silva

Coren-RO n.º 63.592

Presidente

Carlos Rinaldo Nogueira Martins

Coren-AP n.º 49.733

Primeiro-Secretário

### **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 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 o Art. 5º, inciso XIII, e o Art. 196º da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988;

CONSIDERANDO a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto nº 94.406, de 8 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 8 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 evidenciam 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 de 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;/ **COREN-RJ Código de Ética e Legislação**

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 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 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 8 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 no Decreto nº 94.406, de 8 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-DF, 15 de outubro de 2009.

MANOEL CARLOS NERI DA SILVA    GELSON LUIZ DE ALBUQUERQUE  
COREN-RO nº 63.592                      COREN-SC nº. 25.336  
Presidente                                      Primeiro-Secretário

### **Resolução COFEN Nº 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 envolve 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/DF, 03 de novembro de 2010.

Manoel Carlos Neri da Silva  
COREN-RO nº. 63.592  
Presidente

Gelson Luiz de Albuquerque  
COREN-SC nº 63.592  
Primeiro Secretário

Código de Ética e Legislação

## **Código de Processo Ético-Disciplinar da Enfermagem**

Resolução Cofen nº 370, de 03 de novembro de 2010.

### **SUMÁRIO**

DISPOSIÇÕES GERAIS .....	
DO SISTEMA DE APURAÇÃO E DECISÃO DAS INFRAÇÕES ético-disciplinares	
DA COMPETÊNCIA .....	
DO IMPEDIMENTO E DA SUSPEIÇÃO .....	
DAS PARTES .....	
DOS PROCEDIMENTOS E DO PROCESSO ÉTICO-DISCIPLINAR .....	
DA ADMISSIBILIDADE .....	
DA AVERIGUAÇÃO PRÉVIA .....	
DOS ATOS PROCESSUAIS .....	
DA COMUNICAÇÃO DOS ATOS .....	
DA CITACÃO .....	
DA INTIMAÇÃO .....	
DAS NOTIFICAÇÕES .....	
DA CARTA PRECATÓRIA .....	
DOS PRAZOS .....	
DA COMISSÃO DE INSTRUÇÃO .....	
DA INSTRUÇÃO .....	
DAS TESTEMUNHAS .....	
DO INTERROGATÓRIO DO DENUNCIADO .....	
DA ACAREACÃO .....	
DA PROVA DOCUMENTAL .....	
DA PROVA PERICIAL .....	
DO JULGAMENTO EM PRIMEIRA INSTÂNCIA .....	
DO JULGAMENTO .....	
DA DECISÃO .....	
DAS NULIDADES E ANULABILIDADES .....	
DO JULGAMENTO EM SEGUNDA INSTÂNCIA .....	
DOS RECURSOS .....	
DO RECURSO PARA A ASSEMBLEIA GERAL DOS DELEGADOS REGIONAIS .....	
DO JULGAMENTO NA SEGUNDA INSTÂNCIA.....	
DA EXECUÇÃO DA PENA .....	
DA REVISÃO DA PENA.....	
DA REABILITAÇÃO.....	
DA PRESCRIÇÃO.....	
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS.....	
DECISÃO COREN-RJ .....	

cofen / coren-rj

## **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**

### **A 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**

### **DO 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 irretroatável, 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

IV- 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 com a 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 éticos disciplinares iniciados de ofício; e

IX- a fotocópia da Decisão do Plenário pela instauração do processo ético-disciplinar, acompanhada do Parecer do relator 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, 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 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 certificado 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. Código de Ética 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 éticodisciplinar.

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 progressa, 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. Concorrando 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. Código de Ética e Legislação

#### **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 e 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.

#### **RESOLUÇÃO COFEN Nº 376/2011**

Dispõe sobre a participação do profissional de enfermagem no transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde obedecidas as recomendações deste normativo.

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 Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, artigo 8º, incisos IV e V;

CONSIDERANDO a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o Exercício da Enfermagem, em seus artigos 2º, 3º, 4º, 11 e seus incisos;

CONSIDERANDO os princípios fundamentais do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução Cofen nº 311, de 8 de fevereiro de 2007, especialmente em seu artigo 12;

CONSIDERANDO a Resolução Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem;

CONSIDERANDO as possíveis intercorrências que põem em risco a integridade do paciente durante o transporte em ambiente interno aos serviços de saúde; e,

CONSIDERANDO tudo o mais que consta do PAD-COFEN nº 368/2010 e a deliberação do Plenário em sua 400ª Reunião Ordinária de Plenário,

RESOLVE:

Art. 1º Os profissionais de Enfermagem participam do processo de transporte do paciente em ambiente interno aos serviços de saúde, obedecidas as recomendações deste normativo:

I – na etapa de planejamento, deve o Enfermeiro da Unidade de origem:

a) avaliar o estado geral do paciente;

- b) antecipar possíveis instabilidades e complicações no estado geral do paciente;
- c) prover equipamentos necessários à assistência durante o transporte;
- d) prever necessidade de vigilância e intervenção terapêutica durante o transporte;
- e) avaliar distância a percorrer, possíveis obstáculos e tempo a ser despendido até o destino;
- f) selecionar o meio de transporte que atenda as necessidades de segurança do paciente;
- g) definir o(s) profissional(is) de Enfermagem que assistirá(ão) o paciente durante o transporte; e
- h) realizar comunicação entre a Unidade de origem e a Unidade receptora do paciente;

II – na etapa de transporte, compreendida desde a mobilização do paciente do leito da Unidade de origem para o meio de transporte, até sua retirada do meio de transporte para o leito da Unidade receptora:

- a) monitorar o nível de consciência e as funções vitais, de acordo com o estado geral do paciente;
- b) manter a conexão de tubos endotraqueais, sondas vesicais e nasogástrica, drenos torácicos e cateteres endovenosos, garantindo o suporte hemodinâmico, ventilatório e medicamentoso ao paciente;
- c) utilizar medidas de proteção (grades, cintos de segurança, entre outras) para assegurar a integridade física do paciente; e
- d) redobrar a vigilância nos casos de transporte de pacientes obesos, idosos, prematuros, politraumatizados e sob sedação;

III – na etapa de estabilização, primeiros trinta a sessenta minutos pós-transporte, deve o Enfermeiro da Unidade receptora:

- a) atentar para alterações nos parâmetros hemodinâmicos e respiratórios do paciente, especialmente quando em estado crítico.

Art. 2º Na definição do(s) profissional(is) de Enfermagem que assistirá(ão) o paciente durante o transporte, deve-se considerar o nível de complexidade da assistência requerida:

I - assistência mínima (pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, fisicamente autossuficientes quanto ao atendimento de suas necessidades), no mínimo, 1 (um) Auxiliar de Enfermagem ou Técnico de Enfermagem;

II - assistência intermediária (pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, com dependência parcial das ações de Enfermagem para o atendimento de suas necessidades), no mínimo, 1 (um) Técnico de Enfermagem;

III - assistência semi-intensiva (pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, com dependência total das ações de Enfermagem para o atendimento de suas necessidades), no mínimo, 1 (um) Enfermeiro; e

IV - assistência intensiva (pacientes graves, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de sinais vitais, que requeiram assistência de Enfermagem permanente e especializada), no mínimo, 1 (um) Enfermeiro e 1 (um) Técnico de Enfermagem.

Art. 3º Não compete aos profissionais de Enfermagem a condução do meio (maca ou cadeira de rodas) em que o paciente está sendo transportado.

Parágrafo Único. As providências relacionadas a pessoal de apoio (maquieiro) responsável pela atividade a que se refere o caput deste artigo não são de responsabilidade da Enfermagem.

Art. 4º Todas as intercorrências e intervenções de Enfermagem durante o processo de transporte devem ser registradas no prontuário do paciente.

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições contrárias.

Brasília/DF, 24 de março de 2011.

Manoel Carlos Neri da Silva  
Presidente

Gelson Luiz de Albuquerque  
Primeiro Secretário

Código de Ética e

### **Resolução COFEN Nº 427/2012**

Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes.

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 Interno da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012, e CONSIDERANDO o art. 5º, inciso III, da Constituição Federal de 1988, segundo o qual “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”; CONSIDERANDO a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, em seu art. 11, inciso I, alínea “m”, que dispõe ser privativo do Enfermeiro “cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica, e capacidade de tomar decisões imediatas”;

CONSIDERANDO o art. 11, inciso II, alínea “f”, da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, segundo o qual é atribuição do Enfermeiro, como integrante da equipe de

saúde, “prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de Enfermagem”;

CONSIDERANDO os artigos 12 e seguintes da Seção I – Das Relações com a Pessoa, Família e Coletividade, do 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 ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem;

CONSIDERANDO a missão, os valores e a visão do Cofen e tudo o mais que consta dos autos do PAD nº 424/2009,

**RESOLVE:**

Art. 1º Os profissionais da Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro e, preferencialmente, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, a que estejam vinculados.

Art. 2º A contenção mecânica de paciente será empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais.  
Parágrafo único. Em nenhum caso, a contenção mecânica de paciente será prolongada além do período estritamente necessário para o fim previsto no caput deste artigo.

Art. 3º É vedado aos profissionais da Enfermagem o emprego de contenção mecânica de pacientes com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde.

Art. 4º Todo paciente em contenção mecânica deve ser monitorado atentamente pela equipe de Enfermagem, para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente.

§ 1º Quando em contenção mecânica, há necessidade de monitoramento clínico do nível de consciência, de dados vitais e de condições de pele e circulação nos locais e membros contidos do paciente, verificados com regularidade nunca superior a 1 (uma) hora.

§ 2º Maior rigor no monitoramento deve ser observado em pacientes sob sedação, sonolentos ou com algum problema clínico, e em idosos, crianças e adolescentes.

Art. 5º Todos os casos de contenção mecânica de pacientes, as razões para o emprego e sua duração, a ocorrência de eventos adversos, assim como os detalhes relativos ao monitoramento clínico, devem ser registrados no prontuário do paciente.

Art. 6º Os procedimentos previstos nesta norma devem obedecer ao disposto na Resolução Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009.

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília/DF, 7 de maio de 2012.

MARCIA CRISTINA KREMPEL – Presidente

GELSON LUIZ DE ALBUQUERQUE – Primeiro Secretário

Legislação

### **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

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.

MARCIA CRISTINA KREMPEL

Presidente

GELSON L. DE ALBUQUERQUE

Primeiro-Secretário

Publicada no DOU nº 110, de 8 de junho de 2012, pág. 288 – Seção 1

### **Código de Ética e Legislação COFEN / COREN-RJ**

Sai todas as decisões COREN-RJ

#### **DECISÃO COREN/RJ N.º 1507/2005**

Dispõe sobre a Anotação de Certidão de Responsabilidade Técnica (CRT) do Enfermeiro.

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, no uso de sua competência estabelecida pelo artigo 15, inciso II da Lei 5.905 de 12 de junho de 1973, tendo em vista a deliberação do Plenário em sua 344ª Reunião Ordinária, baixa normas para ANOTAÇÃO da Responsabilidade Técnica de Enfermeiro (a), em virtude de Chefia de Serviço de Enfermagem, nos estabelecimentos das instituições e empresas públicas, privadas e filantrópicas onde é realizada atividades de Enfermagem.

CONSIDERANDO a Constituição Federal de 1998, que preconiza o respeito e a valorização da dignidade da pessoa humana (C.F. Art. 1º, Inciso III);

CONSIDERANDO o Art. 5º, Inciso II, do mesmo preceito legal “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da Lei”;

CONSIDERANDO o Art. 5º, Inciso XVIII: “é livre o exercício de qualquer trabalho ou profissão atendidas as qualificações profissionais que a Lei Federal nº 5905/73, que determina ao Conselho Federal de Enfermagem e aos Conselhos Regionais de Enfermagem, a Fiscalização e normatização ao Exercício Profissional;

CONSIDERANDO a Lei Federal nº 7498/86, que dispõe sobre o exercício de Enfermagem, bem como o Decreto Lei nº 94406/87, que estabelecem as competências técnicas e legais dos Profissionais de Enfermagem;

DECIDE:

Art. 1º - Todo o estabelecimento onde existam atividades de enfermagem sendo desenvolvidas, o Enfermeiro Responsável que atua exclusivamente como:

- a) Chefia ou Gerência de Enfermagem;
- b) Direção e/ou Coordenação de curso de enfermagem de níveis médio ou superior;

- c) Auditoria, assessoria, consultoria de enfermagem;
- d) Representação e divulgação de produtos e equipamentos da área de saúde; obrigatoriamente deve requerer anotação de Certidão de Responsabilidade Técnica.

Art. 2º - O requerimento da Anotação de Responsabilidade Técnica deverá estar acompanhado das seguintes documentações:

- . Denominação e endereço do estabelecimento prestador de Assistência de Enfermagem a que se refere a ANOTAÇÃO, bem como da respectiva instituição ou empresa proprietária, mantenedora ou conveniente;
- . Nome do (a) Enfermeiro (a) e número de inscrição no COREN;
- . Endereço residencial do (a) Enfermeiro (a) bem como indicação precisa de sua jornada de trabalho;
- . Cópia do comprovante de recolhimento, pelo Enfermeiro (a), do valor da anuidade correspondente ao exercício anterior, caso estivesse inscrito, na Autarquia;
- Cópia do comprovante do recolhimento da taxa referente à CRT, pelo requerente, em favor do COREN, em conformidade com o disposto nas Decisões dos Conselhos Regionais, obedecendo as Resoluções do COFEN;
- Cópia da comprovação do vínculo existente entre empresa e o requerente;
- Cópia do ato de designação do profissional para o exercício na Instituição, por categoria, contendo número da autorização ou inscrição, data de admissão na instituição e endereço atualizado;
- Declaração de outros vínculos empregatícios, mantidos pelo Enfermeiro Responsável Técnico de Enfermagem, relacionados locais, dias e horários de trabalho;

Art. 3º - A Certidão de Responsabilidade Técnica terá validade de 12 meses, podendo ser prorrogada mediante requerimento;

Art. 4º - A carga horária semanal mínima de jornada de trabalho do Enfermeiro Responsável Técnico, para emissão da CRT é a seguinte:

- a) Em atividade de chefia e gerência de enfermagem – 20 horas semanais;
- b) Em atividade de Direção e Coordenação de Curso de Enfermagem – 20 horas semanais;
- c) Em atividades de auditoria, assessoria, consultoria de enfermagem – 15 horas semanais;
- d) Em atividades de representação e divulgação de produtos e equipamentos da área de saúde – 10 horas semanais;

Art. 5º O Enfermeiro poderá possuir no máximo três CRT's desde que os horários de trabalho não sejam conflitantes e com jornada de trabalho de até cinquenta e cinco horas semanal;

Art. 6º - A CRT poderá ser cancelada por pedido escrito pelo Enfermeiro Responsável, quando declinar do cargo, e a pedido da Chefia de Fiscalização ou Assessoria Técnica, por escrito com justificativa, mediante o não cumprimento da jornada de trabalho declarado no requerimento da CRT, por decisão do Plenário do COREN/RJ;

Art. 7º - O Enfermeiro Responsável Técnico que descumprir a Legislação de Enfermagem a esta Decisão COREN/RJ, está sujeito à instauração de Processo Ético Disciplinar;

Art. 8º -Os casos omissos serão analisados pelo plenário do COREN/RJ, podendo ser encaminhados ao Plenário do COFEN;

Art. 9º -Esta Decisão entrará em vigor após aprovação em Plenário, homologação pelo COFEN e sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2005.

SERGIO LUIZ SOARES DE OLIVEIRA

Presidente

ELIANE SALGUEIRO PETITO

Primeira Secretária

DECISÃO COREN/RJ N.º 1821/2012

Dispõe sobre a criação de Comissão de Ética de Enfermagem Institucional.

CONSIDERANDO o disposto no artigo 8º, I, da Lei 5.905/73, que possibilita ao COFEN aprovar seu regimento interno de forma a criar e adaptar normas à realidade do Sistema COFEN/Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO o artigo 8º, IV, da Lei 5.905/73 que atribui ao COFEN a competência de baixar normas para padronizar a atuação dos Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO os termos do artigo 3º da Lei 5.905/73, que reconhece a subordinação dos CORENs ao COFEN;

CONSIDERANDO os termos dos artigos 11, 12, 13 e 15 da Lei 7.498/86 que

estabelece as competências das diversas categorias profissionais da enfermagem;

CONSIDERANDO o artigo 55, II do Regimento Interno do Conselho Federal, aprovado pela Resolução COFEN n.º 421/2012, que determina que o COFEN poderá expedir decisões para deliberar matérias de caráter normativo;

CONSIDERANDO que a Resolução COFEN n.º 172/94 autoriza que os CORENs normatizem e fomentem a criação de Comissão de Ética de Enfermagem em nível local;

CONSIDERANDO os princípios da razoabilidade, eficiência e celeridade;

CONSIDERANDO a Portaria COREN-RJ N.º 626/09 que instituiu o grupo de trabalho encarregado da revisão do Manual de Orientação de Comissão de Ética de Enfermagem nas Instituições de Saúde do COREN-RJ.

CONSIDERANDO a experiência de implantação de comissões de ética institucionais no âmbito do estado do Rio de Janeiro e avaliação do grupo de trabalho, diante da necessidade de ajuste do Artigo 4º da proporcionalidade do número dos profissionais que comporão a comissão.

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário do COREN-RJ, em sua 213ª Reunião Extraordinária de Plenário, realizada em 18 de outubro de 2012.

O Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro decide o seguinte:

#### Capítulo I Disposições Gerais

Artigo 1º – A presente decisão fixa normas gerais de instalação, eleição e procedimento de trabalho da Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde públicas e privadas em que haja profissionais de enfermagem em seu quadro de pessoal.

§1º O COREN/RJ fomenta a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições, oportunidade na qual realizará trabalhos de conscientização dos profissionais de enfermagem e sensibilização dos gestores das instituições empregadoras quanto à aplicação e cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

§2º Para realização deste evento, poderá buscar apoio em instituições de representação dos profissionais de enfermagem.

§3º A implantação dos termos deste ato decisório se fundamenta nos princípios básicos da democracia, da liberdade e equidade numa perspectiva de atuação conciliadora e educativa.

Artigo 2º – A Comissão de Ética de Enfermagem será independente, ou seja, não submeterá seus atos à apreciação da Direção da instituição em que esteja instalada, do Enfermeiro Responsável Técnico, nem do COREN/RJ.

#### Capítulo II Da Constituição da Comissão de Ética de Enfermagem

Artigo 3º – A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por Enfermeiros e Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem.

§1º: Os cargos de membros da Comissão são de natureza honorífica, não ensejando aumentos salariais, flexibilização de horários, estabilidade e/ou quaisquer outras vantagens.

§2º: Em Municípios ou Regiões onde haja instituição com menos de 05 (cinco) profissionais de enfermagem, poderá ser constituída Comissão de Ética de Enfermagem por Região Administrativa, conforme mapeamento a ser realizado pelo COREN/RJ.

Artigo 4º - A Comissão deverá seguir a seguinte proporcionalidade:

I – Instituições compostas de 05 a 200 profissionais na equipe de enfermagem: 03 membros efetivos, sendo 02 enfermeiros e 01 técnico e/ou auxiliar de enfermagem e até 03 suplentes;

II – Instituições compostas de acima de 201 profissionais na equipe de enfermagem: 05 membros efetivos, sendo 03 enfermeiros e 02 técnicos e/ou auxiliar de enfermagem e até 05 suplentes;

III – Instituições compostas de acima de 500 profissionais na equipe de enfermagem: 07 membros efetivos, sendo 04 enfermeiros e 03 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e até 07 suplentes.

Artigo 5º – Caberá ao Enfermeiro a Presidência da Comissão.

Artigo 6º – Não poderão fazer parte da Comissão de Ética de Enfermagem os Enfermeiros Responsáveis Técnicos ou que exerçam função de gestão.

Artigo 7º – Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem em nível local serão eleitos por voto facultativo, direto e secreto para um mandato de 02 (dois) anos, sendo

possível uma reeleição.

Artigo 8º – Os interessados candidatar-se-ão de forma individual conforme os seguintes procedimentos:

§1º: O Enfermeiro Responsável Técnico, mediante solicitação dos profissionais de enfermagem, convocará as eleições e designará uma Comissão Eleitoral, devendo comunicar ao COREN-RJ.

§2º: A Comissão Eleitoral convocará os candidatos para que, num prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, submetam suas candidaturas.

§3º: Os candidatos deverão apresentar o registro de inscrição definitiva do COREN/RJ.

§4º: Finalizado o prazo da candidatura, a Comissão Eleitoral fixará em até 07 (sete) dias quadro com os nomes dos candidatos, divididos em 02 (dois) grupos: Quadro I (Enfermeiros) e Quadro II e III (Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, respectivamente).

§5º: As eleições ocorrerão 15 (quinze) dias após a fixação do quadro de candidatos na forma do parágrafo anterior.

§6º: As eleições realizar-se-ão em apenas um turno.

§7º: A votação poderá ocorrer de 01 (um) a 03 (três) dias, conforme realidade da instituição.

§8º: Os Enfermeiros votarão apenas nos candidatos do Quadro I e os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem votarão somente nos candidatos dos Quadros II e III.

§9º: Encerrada a votação, os votos serão contados e a lista dos eleitos será organizada por ordem decrescente de votação.

§10: Em caso de empate, o desempate se dará na seguinte ordem:

I – maior tempo de trabalho na instituição;

II – maior tempo de inscrição definitiva no COREN/RJ;

§11: Serão efetivos os votados nos primeiros lugares e suplentes aqueles que lhes sucederem;

§12: Encerrado o processo eleitoral, a Comissão encaminhará o resultado ao COREN-RJ;

§13: A Direção do COREN/RJ, o Enfermeiro Responsável Técnico e o Diretor da Instituição darão posse aos eleitos.

Artigo 9º – Em caso de impedimento de qualquer membro da Comissão de Ética, a substituição obedecerá a ordem da lista de eleitos, de acordo com o Artigo 8º - §9º desta Decisão.

Artigo 10 – A Comissão Eleitoral será independente em relação à Direção da instituição, ao Enfermeiro Responsável Técnico e ao COREN/RJ.

Parágrafo único: O COREN/RJ funcionará como órgão consultivo e orientador do processo eleitoral, sem deter qualquer poder de infringência em sua organização e condução.

Artigo 11 – Após a posse dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem na forma do artigo 6º, §12 desta Decisão, o COREN/RJ enviará representantes para realizar treinamento sobre os trabalhos a serem realizados na gestão.

### Capítulo III

#### Da Competência da Comissão de Ética de Enfermagem

Artigo 12 – Compete à Comissão de Ética de Enfermagem:

I – Elaborar seu regimento interno;

II – Realizar reunião ordinária mensal e extraordinária, quando necessário;

III – Junto ao Centro de Estudos/Setor de Educação Permanente/Continuada da Instituição, realizar cursos, seminários, palestras e outros eventos que visem contribuir para o crescimento dos profissionais de enfermagem da instituição, no aspecto técnico e ético, solicitando apoio ao COREN-RJ e as entidades de representação classista;

IV – Receber e esclarecer dúvidas quanto aos aspectos éticos e técnicos da prática profissional, encaminhando as dúvidas para o COREN/RJ quando não houver consenso sobre a matéria;

V – Elaborar relatório anual de atividade a ser encaminhado ao COREN/RJ;

VI – Cumprir e fiscalizar o correto cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

VII – Encaminhar semestralmente ao COREN/RJ listagem dos profissionais de enfermagem lotados na instituição, devendo conter nome completo e número de inscrição no Conselho.

Artigo 13 – O Regimento Interno deverá prever os cargos das Comissões de Ética de Enfermagem, suas funções, forma de eleição interna dos cargos, dentre outros aspectos.

Parágrafo único: Toda Comissão de Ética deverá haver um Presidente cujas funções precípua são:

I – presidir e orientar as reuniões ordinárias e extraordinárias;

II – convocar os membros para as reuniões ordinárias e extraordinárias;

III – organizar e encaminhar os relatórios;

IV – deter o “voto de qualidade Minerva”, quando ocorrer de empate em deliberações diversas.

Artigo 14 – As reuniões ordinárias mensais deverão ocorrer conforme cronograma deliberado pela Comissão em sua primeira reunião.

§1º: São assuntos a constarem na pauta da reunião ordinária:

- I – votação dos relatórios de casos em aberto, conforme artigo 21 desta Decisão;
- II – discussões sobre possibilidade de realização de cursos, seminários, palestras e outros eventos;
- III – discussões sobre problemas existentes na instituição e formas de resolvê-los;
- IV – outras deliberações.

§2º: A critério de cada Comissão de Ética de Enfermagem poderá ser realizada, em reunião ordinária, a defesa dos investigados e oitiva das testemunhas, desde que observada a antecedência mínima de 15 (quinze) dias, prevista no artigo 18, §5º desta Decisão.

Artigo 15 – Caso ocorra algum evento que demande reunião da Comissão de Ética de Enfermagem antes da próxima reunião ordinária, poderá ocorrer reunião extraordinária desde que haja requisição de 2/3 dos membros.

#### Capítulo IV

Dos Procedimentos de Trabalho da Comissão de Ética de Enfermagem

Artigo 16 – A Comissão de Ética de Enfermagem terá como objetivo apurar previamente as infrações e irregularidades em que estejam envolvidos profissionais de enfermagem, de modo a verificar a natureza destas.

Parágrafo único: O objetivo primordial da Comissão de Ética de Enfermagem é exercer a função educativa, consultiva e fiscalizadora de modo a resolver questões pessoais, de relacionamento e técnicas.

Artigo 17 – O trabalho da Comissão de Ética de Enfermagem se pautará nos princípios da oralidade, da simplicidade das formas, legalidade, finalidade, motivação, razoabilidade, proporcionalidade, moralidade, ampla defesa, contraditório, segurança jurídica, interesse público e eficiência, buscando primeiramente a conciliação e a reeducação.

Artigo 18 – A Comissão de Ética de Enfermagem ao constatar, através de denúncia ou outro meio quaisquer irregularidades envolvendo profissionais de enfermagem, realizará procedimentos de sindicância em que será conferido aos investigados a ampla defesa e o contraditório.

§1º: Todos os atos deverão ser escritos e compor os autos do procedimento de sindicância, que terá a forma de processo administrativo em conformidade com a Lei Federal n.º 9.784, de 01/02/1999.

§2º: Os investigados poderão nomear advogados para representá-los. Na falta destes, e a requerimento, será nomeado defensor dativo que realizará defesa técnica.

§3º: A denúncia deverá ser escrita, identificada e fundamentada ainda que minimamente, devendo constar o máximo de detalhes possíveis, bem como nomes dos envolvidos, rol de testemunhas e quesitos de perícia, se for o caso.

§4º: Constatado o fato irregular, será sorteado um membro Relator que deverá conduzir as investigações e formalizar o relatório final, que será submetido a julgamento dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem.

§5º: O relator poderá declarar-se impedido se for amigo, inimigo capital ou mesmo por razões de foro íntimo, ato para o qual será sorteado novo membro para conduzir o processo e elaborar o relatório.

§6º: O membro da Comissão que declarar-se impedido também não poderá votar pela condenação ou absolvição do investigado.

§7º: Na ausência de membros suficientes que possam ser Relatores do caso, a Comissão de Ética poderá solicitar auxílio ao COREN-RJ.

§8º: O Relator mandará notificar pessoalmente os envolvidos e as testemunhas arroladas pelo denunciante para comparecerem em audiência com, no mínimo, 15 (quinze) dias de antecedência, onde apresentarão suas defesas, provas e rol de testemunhas.

§9º O denunciado deverá levar para audiência defesa escrita, quesitos de perícia, se for o caso, bem como testemunhas.

§10: Após defesa, que deverá ser escrita, na mesma oportunidade será realizado oitiva das testemunhas do acusador, quando for o caso e após, as do profissional de enfermagem investigado.

§11: Estando ausente o investigado, perderá o direito de defesa prevista no §5º deste artigo, e não será notificado de nenhum ato posterior à defesa. Poderá, todavia, acompanhar o processo se assim o desejar, bem como apresentar quesitos de perícia, se for o caso.

§12: Se for necessária à realização de perícia técnica, o Relator nomeará dois enfermeiros da instituição de saúde regularmente inscritos no COREN/RJ, desde que não façam parte da Comissão de Ética de Enfermagem. Na impossibilidade, requisitará ao COREN/RJ auxílio na referida inspeção.

§13: Os peritos terão o prazo de 15 (quinze) dias para concluírem os laudos, podendo esse prazo ser prorrogado por igual período a pedido dos peritos e com aprovação dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem.

§14: O laudo será juntado aos autos do processo e será submetido à apreciação das partes por prazo de 15 (quinze) dias, primeiramente para a acusação, se for o caso, e depois para o investigado.

§15: Após a realização das diligências, o Relator elaborará seu relatório em até 15 (quinze) dias, que será submetido à votação dos membros das Comissões de Ética de Enfermagem.

Artigo 19 – Após finalização do relatório, este será anexado aos autos e será julgado

na próxima reunião ordinária.

§1º: O Relator lerá seu relatório e apresentará seu voto.

§2º: Os outros membros da Comissão votam acompanhando ou não o voto do Relator, com exceção do Presidente.

§3º: O Presidente somente manifestará sua opinião no caso de empate.

§4º: Para realização do julgamento é necessário quórum mínimo de 2/3 dos membros da Comissão.

Artigo 20 – O relatório, devidamente instruído e votado, poderá concluir pela existência ou não de responsabilidade do profissional de enfermagem.

§1º: Se o caso for de irregularidades administrativas perante o COREN/RJ, por exemplo, anuidades inadimplentes ou inscrição provisória vencida, o Relator intimará o investigado para num prazo de 72 (setenta e duas) horas, regularizar sua situação, encaminhando ao COREN/RJ cópias dos principais atos do processo para ciência.

§2º: Se a conclusão for infração ética, os autos serão remetidos ao COREN/RJ para instauração de processo ético.

## Capítulo V

### Disposições Finais

Artigo 21 – Esta Decisão homologada pelo COFEN por meio da Decisão COFEN nº 015/2013 entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 22 – Os casos omissos serão decididos pela Presidência do COREN/RJ.

Artigo 23 – Revoga-se a Decisão COREN/RJ n.º 1755/10.

Rio de Janeiro, 18 de outubro de 2012.

PEDRO DE JESUS SILVA  
Presidente  
COREN/RJ Nº 107.171

NADIA MATTOS RAMALHO  
Primeira Secretária  
COREN-RJ Nº 14.184

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

#### **O que é Sistema COFEN/ Conselhos Regionais:**

A fiscalização das diversas profissões é uma função do Governo Brasileiro, mas este não exerce diretamente esta fiscalização. Ela é feita através de órgãos que são vinculados ao poder público. Estes órgãos são os Conselhos Federais, que são representados em cada Estado pelos Conselhos Regionais. Então, para representar a Enfermagem, temos o COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) que delega a função

para os CORENs (Conselhos Regionais de Enfermagem). Portanto, o COREN-RJ, por

exemplo, é uma autarquia com autonomia administrativa e financeira, mas não é esse fator que confere aos Conselhos caráter de autarquias, e sim o tipo de atividade que exercem. Antes dos Conselhos de Enfermagem existir, esta profissão era fiscalizada pelo serviço de fiscalização da medicina, que não contava com enfermeiros no seu setor de fiscalização. Assim, partindo da necessidade de termos um órgão específico da

enfermagem, foi promulgada a Lei nº 5.905 de 05 de julho de 1973, criando, em cada Estado do Brasil, um Conselho Regional regido pelo Conselho Federal de Enfermagem,

dando origem ao sistema COFEN/CONSELHOS REGIONAIS.

#### **Participação nos Corens:**

Todo profissional tem o direito de participar do plenário do CONSELHO, como Conselheiro ou como profissional atuante. Portanto, para ser conselheiro é preciso, no período determinado pelo COFEN, que ocorre a cada três anos, formar chapas onde deve constar todos profissionais de enfermagem das três categorias, ou seja, enfermeiro (3/5), técnico e auxiliar de enfermagem (2/5). É importante conhecer a legislação para uma participação eficaz. Os conselheiros eleitos ou indicados pelo Cofen NÃO TÊM SALÁRIO. O trabalho é honorífico, isto também é estabelecido por Lei.

Os profissionais que não conhecem a Legislação, o Código de Ética, e não participam das atividades do Conselho, não sabem qual a finalidade do Coren. Trabalhar sem estar

em dia com o Coren é exercício irregular; sem inscrição no Coren é exercício ilegal da

profissão, o que constitui crime.

Os profissionais de Enfermagem que não conhecem a Legislação que regulamenta o exercício profissional, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e não participam das atividades do Conselho, não sabem qual a finalidade do Sistema COFEN/

Conselhos Regionais de Enfermagem. Nas leis estão contidas todas as orientações sobre o funcionamento do Conselho e as obrigações dos Profissionais. É importante conhecer a LEI que criou os Conselhos (LEI FEDERAL n° 5.905/73), do Exercício Profissional da Enfermagem (LEI FEDERAL n° 7.498/86), o Decreto n° 94.406/87, a Resolução COFEN n° 311/2007, que aprova Código de Ética de Enfermagem, Resolução COFEN 370/2010 que regulamenta o Código de Processo Ético dos Profissionais de Enfermagem.

#### **Sobre o COREN-RJ**

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro – Coren-RJ – é uma autarquia federal criada pela lei n° 5.905, de 12 de julho de 1973, para disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão na área de Enfermagem. O Coren-RJ também é responsável pela emissão dos documentos de inscrição aos profissionais que executam serviços de Enfermagem, habilitando-os legalmente para atuar no mercado de trabalho.

#### **O que compete ao Coren-RJ, conforme a Legislação vigente:**

- Deliberar sobre inscrição/ cancelamento dos profissionais no Conselho;
- Disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observando as diretrizes gerais do COFEN e o Código de Ética;
- Manter o registro dos profissionais em exercício na jurisdição do Conselho;
- Zelar pelo bom conceito da profissão e dos profissionais que a exercem;
- Expedir a carteira profissional indispensável ao exercício da profissão, que tem validade em todo território nacional, vale como documento de identidade e tem fé pública;
- Publicar relatório anual de seus trabalhos e a relação de profissionais registrados;
- Propor ao COFEN medidas que visem a melhoria do exercício profissional;
- Eleger sua diretoria e seus delegados eleitorais junto ao COFEN.

Objetivos Básicos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais:

- Fiscalizar o cumprimento da Lei do Exercício Profissional;
- Fiscalizar o cumprimento do Código de Ética;
- Zelar pelo bom conceito da profissão;
- Garantir a qualidade de Assistência de Enfermagem;

#### **Quem se inscreve no Coren-RJ?**

Segundo a Resolução Cofen 372/2010 para o exercício da profissão, estão obrigados ao registro dos títulos no Cofen e inscrição nos Conselhos Regionais de Enfermagem em cuja jurisdição exerça suas atividades: Enfermeiros; Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem. Ao Atendente de Enfermagem de acordo com a Lei 8.967 de dezembro de 1994 é assegurado o exercício das atividades elementares da enfermagem, desde que admitidos antes da Lei 7.498 de junho de 1986.

A Resolução Cofen – 186/95 dispõe sobre a definição das Atividades Elementares.

[cofen / coren-rj](#)

#### **Por que é preciso se inscrever no Conselho?**

O curso prepara e dá formação ao profissional, mas somente após sua inscrição no Conselho é que ele estará legalizado, apoiado na Lei 7.498/86 em seu artigo 2º que especifica: “a enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício”. O Conselho é uma conquista dos profissionais de Enfermagem, pois permite o registro e o controle dos que estão exercendo a profissão.

#### **Cédula Profissional**

O documento de identidade profissional é um instrumento oficial que tem a finalidade de provar a identificação do profissional de enfermagem. São classificados como documento de identidade todos os documentos oficiais que têm o poder de comprovar inequívoca e irrefutavelmente a identidade de um indivíduo, seja perante órgãos públicos ou privados. A cédula de identidade profissional é normatizada pela lei N° 6.206, de maio de 1975, que dá valor de documento de identidade e são expedidas pelos órgãos fiscalizadores do exercício profissional, sendo dotada de fé pública válida em todo o Território Nacional

#### **Como obter o registro profissional?**

O profissional deve apresentar-se pessoalmente com os documentos necessários na sede do Coren-RJ, ou em uma das subseções do conselho, dependendo da jurisdição em que for atuar profissionalmente.

Inscrição Definitiva

Documento fornecido pelo Coren-RJ ao profissional que já recebeu seu diploma ou certificado. Deve ser solicitada antes do vencimento da inscrição provisória (caso

possua), apresentando originais e fotocópias:

1. Diploma (para Enfermeiros e Técnicos) ou Certificado (para Auxiliares de Enfermagem): original, uma fotocópia autenticada e uma fotocópia simples;
2. Certidão de Nascimento ou Casamento (conforme estado civil), Documento de Identidade (como RG, CNH, CTPS) e CPF;
3. Título de Eleitor e comprovante de votação na última eleição (ou certidão de quitação eleitoral);
4. Comprovante atual de residência com CEP;
5. Uma foto 3x4 recente, colorido ou preto e branco (com fundo branco, sem data);
6. Comprovante do pagamento da taxa e anuidade do ano em curso;
7. Para homens: cert. de reservista ou comprovante de quitação com o serviço militar

C

#### **Quais os deveres dos profissionais de Enfermagem?**

Inscriver-se no Conselho Regional de Enfermagem em cuja jurisdição exerça suas atividades. Conhecer as atividades desenvolvidas pelo Coren-RJ. Efetuar pagamento da anuidade até 31 de janeiro. Votar para a composição do Plenário a cada 3 anos. Manter atualizado os endereços residencial e profissional. Solicitar transferência em caso de mudança de Estado. Solicitar o cancelamento de inscrição quando encerrar as atividades profissionais. Atender a toda convocação do Coren-RJ. Comunicar ao Coren-

RJ os casos de infrações éticas.

ódigo de Ética e Legislação

#### **Quem já se aposentou, precisa continuar pagando a anuidade ao Coren?**

Não. Desde que realmente encerre suas atividades profissionais. Deverá solicitar o cancelamento da inscrição, caso contrário continuará com a mesma responsabilidade junto ao Conselho Regional. O profissional que solicitar a inscrição remida, não poderá exercer a profissão, mas poderá participar das eleições do Sistema COFEN/Conselhos Regionais, podendo votar e ser votado. Se a qualquer momento, mesmo aposentado, o profissional voltar a trabalhar, deverá procurar o Conselho Regional do seu Estado para reativar sua inscrição. Para requerer sua inscrição remida, o profissional deverá estar em dia com o COREN.

#### **Como proceder para fazer uma denúncia ao Coren-RJ?**

A pessoa deve procurar o COREN, preencher um formulário descrevendo os motivos, fazer um relatório de próprio punho ou e-mail, através do site [www.coren-rj.org.br](http://www.coren-rj.org.br), e-mail [cometica@coren-rj.org.br](mailto:cometica@coren-rj.org.br). A denúncia deverá conter nome e qualificação do denunciante; narração objetiva dos fatos com a indicação da localidade dia e hora e circunstância com exposição clara e precisa do autor da infração; nome e endereço de testemunhas se houver e assinatura do denunciante ou do representante legal.

Portal cofen: [www.cofen.org.br](http://www.cofen.org.br)

Portal Coren-RJ: [www.coren-rj.org.br](http://www.coren-rj.org.br)