

— THE —
UDESC

GUIA DE BOLSO

Processo de Enfermagem:
Guia de Bolso para Técnicos
de Enfermagem

PROGRAMA DE EXTENSÃO:
CONSULTORIA, ASSESSORIA E
AUDITORIA PARA IMPLANTAÇÃO E
IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO
DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL
REGIONAL DO OESTE

Autores/Orientadores:

Academica Débora Althaus Bonet

Profª Drª Edlamar Kátia Adamy

Profº Drº William Campo Meschial

Profª Drª Carla Argenta

Entidades envolvidas:

Universidade do Estado de Santa Catarina-UDESC

Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS

Universidade Comunitária da Região de Chapecó-UNOChapecó

COMPEnf- Comissão do Processo de Enfermagem

Hospital Regional do Oeste-HRO

Hospital da Criança-HC

P963

Processo de enfermagem: [livro eletrônico] guia de bolso para Técnico de enfermagem / Débora Althaus Bonet, Edlamar Kátia Adamy, William Campo Meschial, Argenta, Carla. Programa de Extensão: Consultoria Assessoria e Auditoria para Implantação e Implementação do Processo de Enfermagem no Hospital Regional do Oeste. - Florianópolis: UDESC, 2022.

ISBN-e:978-65-00-45326-3

Bibliografia p: 21.

1. Enfermagem - métodos .2. Técnico em enfermagem - guia. I. Bonet, Débora Althaus. II. Adamy, Edlamar Kátia. III. Meschial, William Campo. IV. Argenta, Carla. V. Programa de Extensão: Consultoria Assessoria e Auditoria para Implantação e Implementação do Processo de Enfermagem no Hospital Regional do Oeste. VI. Título.

CDD: 610.73 - 20.ed.

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Marilene dos Santos Franceschi CRB-14/812
Biblioteca UDESC/OESTE

ISBN: 978-65-00-45326-3

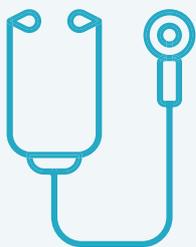
CRB



9 786500 453263

Sumário

Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	6
Processo de Enfermagem.....	6
Resolução 358/2009 do COFEN.....	9
Etapas do Processo de Enfermagem.....	8
Registro do Processo de Enfermagem.....	14
Participação do Técnico em etapas do Processo de Enfermagem.....	16
Aspectos legais do registro de enfermagem.....	17
Impactos do Processo de Enfermagem para o cuidado.....	20
Referências.....	22



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), caracteriza-se como uma metodologia sólida de formação tanto teórica como científica, permitindo assim planejar, organizar e sistematizar os cuidados de Enfermagem¹.

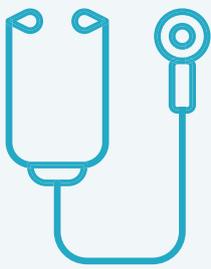
A SAE possibilita identificar as situações relacionadas ao processo de saúde doença, atentando para cada necessidade e individualidade de cada paciente, contribuindo assim para as atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade².

É regulamentada pela Resolução de nº 358/2009 do COFEN, sendo considerada como uma atividade privativa da classe de Enfermagem, que organiza o trabalho quanto ao método, pessoal e instrumentos utilizando estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações da assistência de Enfermagem³.

Deve ser fundamentada teoricamente e cientificamente, a fim de fortalecer e reconhecer o trabalho realizado pela classe de enfermagem, de forma organizada e planejada.⁴

A SAE é operacionalizada através de instrumentos como Protocolo Operacional Padrão (POP), manuais, impressos, dimensionamento de pessoal, Processo de Enfermagem, guiado pelas Teorias de Enfermagem⁵.





PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Processo de Enfermagem (PE) organiza o trabalho dos profissionais da enfermagem e indica uma série de ações dinâmicas, necessitando de um conhecimento técnico-científico e de um sistema de linguagens padronizado, para sua aplicabilidade⁶. É considerado um modelo de instrumento metodológico e sistemático do cuidado, organizado em cinco etapas interdependentes e inter-relacionadas, o que permite ao profissional de Enfermagem uma visão holística sobre o paciente, trazendo-lhe autonomia e reconhecimento profissional⁷.

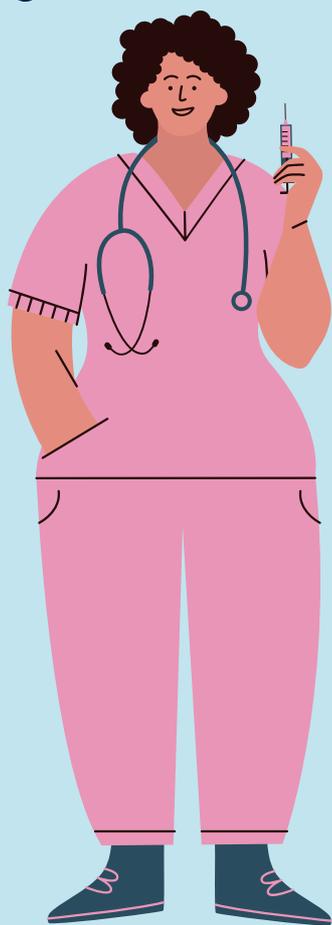
O PE é considerado como um modelo tecnológico que favorece o cuidado pois organiza a práxis da enfermagem além de toda a documentação das ações realizadas, ganhando assim reconhecimento na área da saúde. Não apenas organiza as condições de trabalho, bem como possibilita: identificar, descrever, compreender, prever as necessidades humanas básicas, tanto do indivíduo quanto da família e comunidade, estando presente em todo processo de saúde e doença, a fim de determinar problemas reais ou em potencial. O PE dentro das unidades hospitalares tem seu decorrer em 24 horas, e deve ser renovado sempre que necessário.⁶

PE é considerado um modelo de instrumento metodológico e sistemático do cuidado, organizado em cinco etapas.



No HRO e HC, a implantação do PE iniciou-se em 2014, tendo como movimento inicial a criação da Comissão do Processo de Enfermagem (COMPEnf) que possui como representantes: docentes das três Instituições de Ensino Superior (IES) de Chapecó, sendo elas Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOChapecó), com expertise relacionado ao tema PE, Enfermeiros gerentes e de educação permanente representando a gestão e Enfermeiros colaboradores de unidades, representando a assistência. A COMPEnf foi implantada com a finalidade de estudar, discutir, qualificar e analisar a assistência ofertada aos usuários do HRO e HC¹⁰.

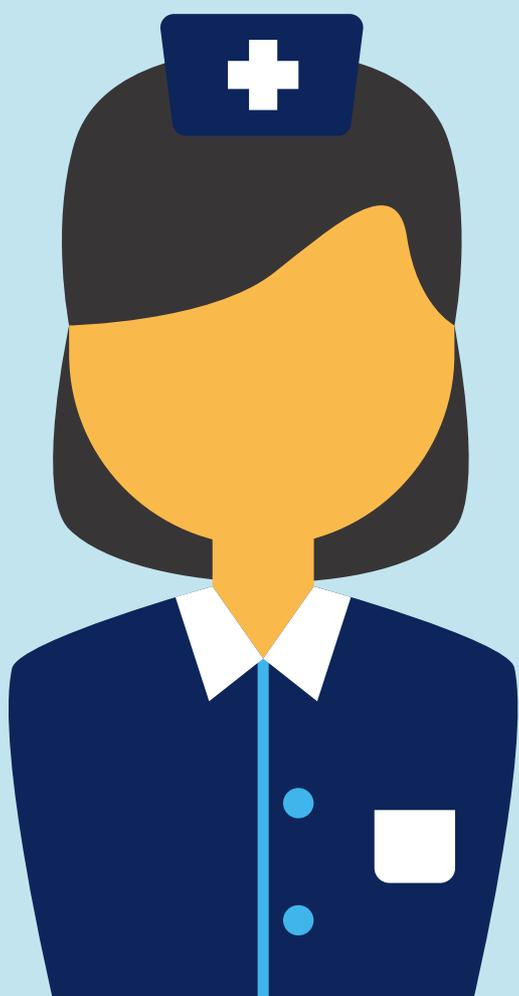
Após consolidar parceria entre ensino e serviço, mediante a criação da COMPEnf deu-se início ao processo de implantação e implementação do PE, começando pelas unidades: ambulatório de radioterapia, seguido da unidade de terapia intensiva e dando seguimento nas demais unidades hospitalares¹¹.



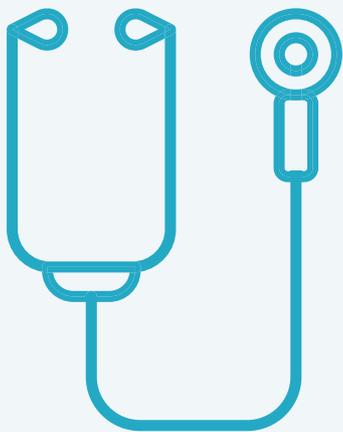
No HRO e HC iniciaram-se as atividades em 2014, tendo como movimento inicial a criação da Comissão do Processo de Enfermagem (COMPEnf).

As discussões acerca do PE tiveram início na década de 50, com o surgimento das teorias de enfermagem. Entretanto, algumas literaturas mais antigas já apontam que nos anos de 1920 e 1930 já existiam publicações sobre o tema, em formato de estudos de casos, em que eram desenvolvidos a análise e avaliação de forma sistemática referente a certo grupo de paciente ⁶.

No Brasil, iniciou-se por volta da década de 70, influenciando o ensino nas escolas de enfermagem ⁸. A primeira Enfermeira a introduzir o PE no Brasil foi Wanda de Aguiar Horta, com a teoria das Necessidade Humanas Básicas, contudo somente em 2002 o instrumento metodológico ganhou apoio das entidades de classe ⁹.



A primeira Enfermeira a introduzir o PE no Brasil foi Wanda de Aguiar Horta na década de 70, com a teoria das Necessidade Humanas Básicas.



Resolução 358/2009 do COFEN

A Resolução específica envolvendo toda a equipe de enfermagem é a de nº 358/2009 do COFEN, que trata sobre a implementação e implantação do PE nos ambientes onde ocorrer o cuidado de Enfermagem de forma deliberada, organizado em cinco etapas interdependentes e inter-relacionadas e recorrente, sendo estas: Coleta de Dados, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação de Enfermagem³.

O PE é determinado como uma obrigatoriedade legal que deve ser executada pela equipe de enfermagem.



ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM



1

Coleta de dados ou
Histórico de
enfermagem

2

Diagnóstico de
Enfermagem (DE)

3

Planejamento de
Enfermagem

4

Implementação do
cuidado

5

Avaliação de
Enfermagem

1

Coleta de dados ou Histórico de Enfermagem

A primeira etapa é denominada coleta de dados ou histórico de enfermagem, responsável pela obtenção de informações sobre o paciente, família, coletividade, doenças pregressas e atuais, de forma que constituem uma base de dados coletados com auxílio de métodos e técnicas variadas dentre elas anamnese e exame físico³.

É a fase inicial de todo processo, o primeiro contato com o paciente, e utiliza-se de técnicas propedêuticas para realizar o exame físico, são elas: inspeção, palpação, percussão e ausculta. É necessário conhecimentos sobre anatomia, fisiologia, patologia, exames diagnósticos por imagem e laboratoriais, dentre outros para o desenvolvimento do raciocínio clínico e tomada de decisão. Essa etapa é de suma importância para o desenvolvimento das demais etapas do PE¹².

O técnico de enfermagem participa da coleta de dados, contudo o exame físico é exclusivo do enfermeiro.



2

Diagnóstico de Enfermagem

A segunda etapa é denominada Diagnóstico de Enfermagem (DE), e caracteriza-se pela etapa de interpretação dos dados obtidos na primeira etapa. O DE permite a tomada de decisão com acurácia, pois leva em consideração a atual situação do paciente. Esta etapa serve como base para as intervenções e resultados desejados³. Essa etapa é exclusiva do enfermeiro.

3

Planejamento de Enfermagem

A terceira etapa é denominada Planejamento de Enfermagem, momento que são orientações de como os cuidados devem ser implementados. Essa etapa determina os resultados que se espera alcançar com as ações e intervenções que serão realizadas frente às respostas da pessoa, família e coletividade³.

Envolve o Planejamento de todos os cuidados que serão prestados e procedimentos necessários com vistas a restaurar, melhorar, cuidar e promover a saúde, sendo utilizado para estabelecer resultados esperados de acordo com os diagnósticos elencados anteriormente¹². Nesta etapa o técnico participa, mas a responsabilidade de prescrever o cuidado é do enfermeiro.



4

Implementação do Cuidado

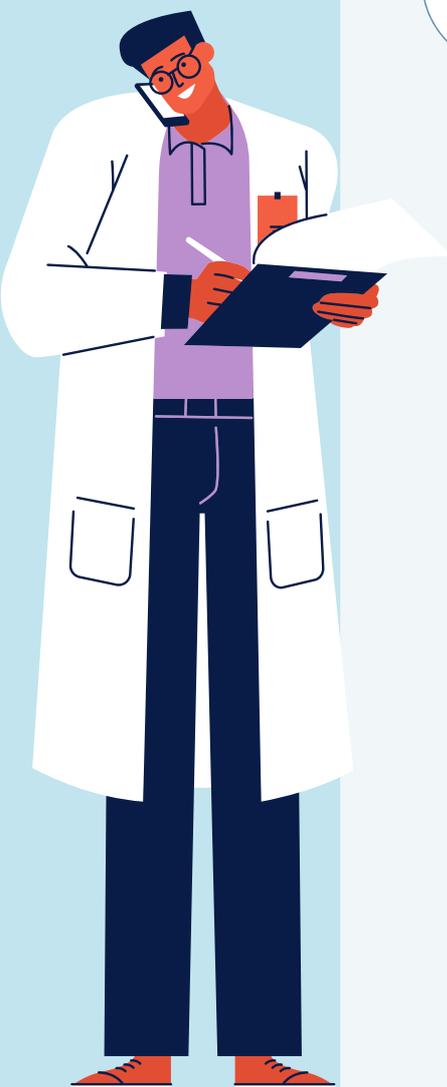
A quarta etapa é denominada implementação do cuidado, em que são efetivamente executadas as ações e intervenções planejadas e que estão diretamente relacionadas com os diagnósticos elencados e com os resultados esperados³. A execução das atividades prescritas pelo enfermeiro serão realizadas pela equipe de enfermagem.

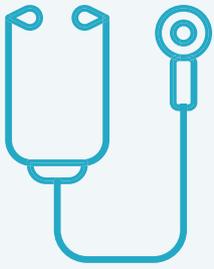
5

Avaliação de Enfermagem

A quinta etapa é denominada Avaliação de Enfermagem e consiste num processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação das intervenções feitas frente a pessoa, família ou comunidade com vistas ao resultado esperado, verificação de mudanças ou adaptações nas etapas do PE³.

Esta etapa refere-se ao julgamento clínico, pois exige a revisão do plano de cuidado, que deve respeitar e estar relacionado ao diagnóstico de Enfermagem, os resultados e as intervenções¹³. Compete ao enfermeiro, mas pode ter a participação do técnico de enfermagem.





Registro do Processo de Enfermagem

Todo o Processo de Enfermagem deve ser registrado no prontuário do paciente, seja ele eletrônico ou físico. Os registros de Enfermagem são elementos imprescindíveis do cuidar, presente na rotina de trabalho dos profissionais de enfermagem, tendo como objetivo: partilha de informações, garantia de qualidade, relatório permanente, evidência legal, ensino, pesquisa, auditoria. O registro é parte integrante do Processo de Enfermagem, pois autentica todas as informações e cuidados prestados ao paciente ¹⁴.

Os registros são documentos legais que devem ser datados e assinados, legíveis e sem apresentar rasuras, caracterizando a autenticidade do documento, sendo de responsabilidade do profissional de Enfermagem seus registros e consequências¹⁴.

Os registros de Enfermagem são uma atividade de toda a equipe, na qual de acordo com a resolução do COFEN N° 0514/2016, deve constar dados referentes a: nível de consciência, humor e atitude, estado nutricional, queixa relatadas pelo paciente, exame físico, cuidados realizados, intercorrências, dispositivos em uso, estado em que paciente chegou, procedência, acompanhante, condições de locomoção, orientações fornecidas, dentre outras informações.

Os registros são documentos legais que devem ser datados e assinados, legíveis e sem apresentar rasuras.



As anotações devem ser feitas imediatamente após a prestação do cuidado, devem conter data, hora, assinatura e identificação do profissional com número do COREN, sem rasuras, entrelinhas, linhas em branco, preenchidas a caneta, priorizar a descrição detalhada de características como tamanho mensurado (centímetros, milímetros ou metros), quantidade (mililitros, litros, etc.), forma e coloração. Não devem conter abreviaturas (exceto aquelas previstas em literaturas) e termos que deem conotação de valor como por exemplo bem, mal, muito, pouco¹⁴.

Em suma são dados brutos, pontuais que devem relatar momentos, observações, sendo estes objetivos e claramente discriminados, de forma a fornecer informações reais e concisas, eficazes para o planejamento do cuidado, e de atualização constante, de forma ordenada cronologicamente e organizada. É de competência de toda equipe de Enfermagem realizar as Anotações de Enfermagem¹⁴.

A evolução é a última etapa do PE, contendo dados devidamente analisados e contextualizados, sendo assim uma atividade privativa do Enfermeiro. Para realizar esta prática o Enfermeiro deve reunir dados sobre as condições atuais e pregressas do paciente, família e coletividade, com o intuito de analisar e emitir julgamento clínico, deve ser baseada nas respostas emitidas através das intervenções realizadas, deve conter os protocolos que foram inseridos, mantidos ou excluídos, identificando problemas de saúde, novos ou subsequentes¹⁴.

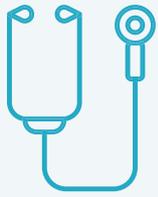


Anotação

- Dados pontuais
- Elaborado por toda equipe de Enfermagem
- Referente a um momento
- Registra uma observação

Evolução

- Dados analisados
- Privativo do Enfermeiro
- Referente ao período de 24 horas
- Dados processados e contextualizados
- Registra a reflexão e análise de dados



Participação do Técnico em etapas do Processo de Enfermagem

De acordo com a Lei nº 7. 489, de 25 de junho de 1986 do Decreto de 08 de junho de 1987, fica sob a responsabilidade da equipe de enfermagem a execução e avaliação do PE. São funções privativas do Enfermeiro as seguintes etapas: O exame físico, o Diagnóstico de Enfermagem acerca dos achados clínicos referentes à pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas e a Evolução de Enfermagem¹⁶.

Ao Técnico de Enfermagem e ao Auxiliar de Enfermagem conforme a Lei Nº 7. 498 de 25 de junho de 1986, e do decreto 94. 406, de 08 DE junho de 1987, cabe-lhes participar das seguintes etapas: busca de informações que integram a coleta de dados (anamnese), implementação dos cuidados prescritos pelo enfermeiro, Anotação de Enfermagem sob a supervisão e orientação do Enfermeiro¹⁶.

Tanto as anotações como evolução de enfermagem, não devem ser encaradas apenas como normas burocráticas, faz-se necessário o reconhecimento e noção da sua real importância e implicações¹⁶.

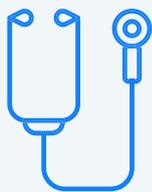


ENFERMEIRO

- Coleta de dados
- Diagnóstico de Enfermagem
- Prescrições das ações e intervenções de enfermagem
- Evolução de Enfermagem.

Técnico

- Coleta de dados
- Implementação dos cuidados
- Anotações de Enfermagem.



Aspectos legais do registro de Enfermagem

01

Constituição Federal de 1988 artigo 5º

São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação²⁰.

02

Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM)
Nº 1.638 de 10 de julho de 2002

O prontuário é documento valioso tanto para o paciente bem como para as instituições, além de instrumento de defesa legal, sendo um documento único, dotado de informações sobre a saúde do paciente, onde se tem imagens, sinais e relatos de toda assistência prestada, de caráter legal, sigiloso e científico¹⁹.

03 Código de Processo Civil Art. 368

Sobre as declarações constantes em documento particular, escrito e assinado, presumem-se verdadeiras em relação ao signatário, sendo o documento legal particular prova a declaração mas não o fato declarado, cabendo ao interessado provar sua veracidade, já no Art. 386 cabe ao Juiz apreciar livremente o documento, quando em ponto substancial e sem ressalva contiver entrelinhas, emendas, borrões ou cancelamentos¹⁸.



04

resolução COFEN
Nº429/2012 art. 1º

É dever dos profissionais de Enfermagem registrar, no prontuário do paciente, todas as informações inerentes ao processo de cuidar, garantindo a qualidade e continuidade da assistência ²¹.

05

Resolução COFEN
Nº 564/2017

Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Art.25 tem como dever do profissional de Enfermagem registrar no prontuário e outros documentos próprios da enfermagem, informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Art. 72º Registrar as informações de forma clara, objetiva e completa

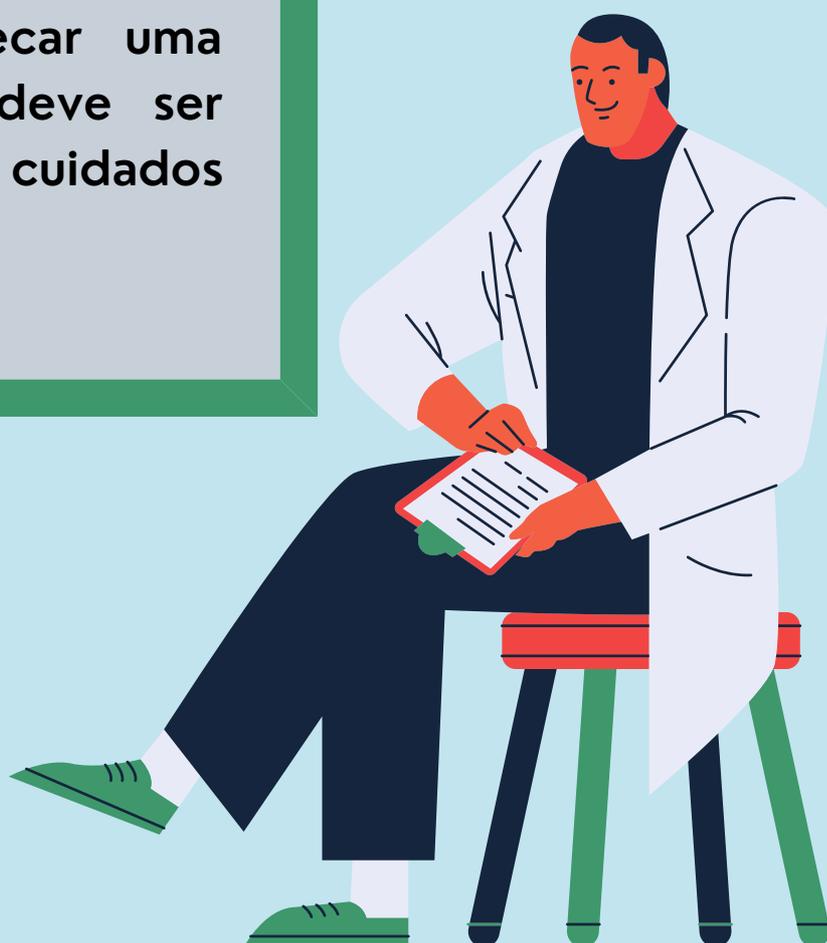
Art. 35 a proibição de registrar informações parciais e inverídicas sobre a assistência prestada ²².

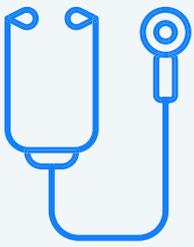


Mediante informações vale ressaltar a importância dos dados descritos no prontuário do paciente, uma vez que serve de evidência legal, cabendo a cada profissional que registra no prontuário do paciente a responsabilidade pela informação ali anotada¹⁴.

Vale frisar a responsabilidade dos profissionais de Enfermagem sobre seus registros, sendo que todos têm o mesmo valor legal, desta forma cabe a mesma atenção e cuidado que é dispensada ao checar uma medicação, também ao checar os cuidados de enfermagem, uma vez que são dados importantes e presentes no prontuário do paciente¹⁴.

A mesma atenção e cuidado que é dispensada ao checar uma medicação, também deve ser realizada ao checar os cuidados de enfermagem.





Impactos do Processo de Enfermagem para o cuidado

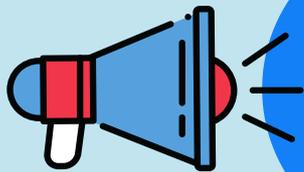
O Processo de Enfermagem é um instrumento de trabalho da equipe de enfermagem, como método consegue sistematiza/organiza a assistência com fundamentação teórica, o que traz cientificidade à profissão, além de trazer autonomia e reconhecimento profissional. É uma ferramenta que promove o cuidado de forma segura e humanizada²².

Um instrumento metodológico valioso que organiza o trabalho da enfermagem e institucional, auxilia na comunicação interdisciplinar, diminui as margens de erros cometidos pela equipe de enfermagem, elabora um plano de cuidado individualizado e qualificado ao paciente, não visa apenas doença, podendo ter foco a prevenção, recuperação e reabilitação, além de otimizar os registros de enfermagem, gerando valorização e autonomia profissional e satisfação do paciente²³.

O PE é um instrumento metodológico, que documenta toda a prática profissional, podendo ser utilizado para auditoria, pois através dos registros de enfermagem é possível obter informações seguras e claras, de todas as atividades prestadas, em diferentes turnos de trabalho, desde a admissão do paciente até a alta hospitalar²⁴.

A auditoria em enfermagem diz respeito a uma avaliação da qualidade da assistência prestada ao paciente, onde são analisados indicadores assistenciais e de gestão, através dos registros encontrados nos prontuários, visando identificar falhas no processo de trabalho, e orientar a equipe quanto a melhorias na assistência²⁴.





SAE

Resolução Cofen 358/2009

Instrumentos

Instrumento
Metodológico

Dimensionamento
de pessoal
Resolução Cofen
543/2017

Protocolos
Manuais

Processo de Enfermagem
Resolução Cofen 358/2009

1. Coleta de dados
2. Diagnóstico de Enfermagem
3. Planejamento de Enfermagem
4. Implementação de Enfermagem
5. Avaliação de Enfermagem



REFERÊNCIAS

- 1.Costa, Ana Caroline da; SILVA, José Vitor da. Representação sociais da sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de enfermeiros. Revista de Enfermagem Referência, on line Coimbra 2018 JAN;4.(16) 139-146
- 2.Truppel, Thiago Cristel et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Enfermagem REBEN on line Brasília 2009. MAR; 62 (2).22- 27
- 3.CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implantação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível para consulta no sítio eletrônico do Conselho Federal de Enfermagem. Diário Oficial da União. 23 de Outubro de 2009
- 4.Somariva, Vanessa Cristina Alves et al. Percepção das equipes de enfermagem na atenção básica frente à sistematização da assistência de enfermagem. Revista Enfermagem em Foco on line 2019 JAN; 10. (4);142-147
- 5.CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM BAIA. SAE um guia para a prática on line Baía 2016 MAR;1. 11-29
- 6.Garcia, Telma Ribeiro. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. Escola de Enfermagem Anna Nery on line Rio de Janeiro 2016, JAN; 20. (1), 5-10,
7. Chaves, Rodson Ribeiro Glauber et al. Sistematização da assistência de enfermagem: visão geral dos enfermeiros. Revista de Enfermagem UFPE On line Recife 2016, FEV.10, (4),1280-1285
- 8..Hermida, Patrícia Madalena Viera. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem on line Brasília 2021, JAN; 57, N. 6, p. 733-737
- 9.Hermida, Patrícia Madalena Viera. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. Revista Brasileira de Enfermagem on line Brasília,2006 JAN;59. (5) 657-659
- 10.Garcia, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam lima da. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Escola de Enfermagem Anna Nery on line Rio de Janeiro 2009, JAN;13. (1);188-193
- 11.Argenta, Carla; Adamy, Edlamar Katia; Bitencourt, Julia Valeria de Oliveira. Processo de Enfermagem da Teoria à Prática. Editora UFFS Coleções. Santa Catarina 2020, 1.(1);47-69
- 12.Silva, Rudval Souza da et al.Elaboração de um instrumento para coleta de dados de paciente crítico: Histórico de Enfermagem. Revista Enfermagem UERJ on line,Rio de Janeiro 2012.FEV;20. (2);267-273
- 13.Gonzaga, Márcia Féldreman Nunes; JOICE, da Silva; SILVA, Julia Janaina. Etapas do processo de Enfermagem. Revista saúde em foco on line Piauí, 2017, FEV; 9, 594-603
- 14.CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 0514/2016 de 06 de Junho de 2016. Guia de Recomendação para registros de Enfermagem no prontuário do paciente, disponível para consulta no sítio eletrônico do Conselho Federal de Enfermagem. COFEN 05 de Maio de 2016.
- 15.CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº94.406 de Junho de 1987. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível para consulta no sítio eletrônico do Conselho Federal de Enfermagem. Diário Oficial da União. 09 de junho de 1987.
- 16.Ferreira, Tânia S. et al. O impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. Aquichán On line Colômbia 2009. v. 9, n. 1, p. 38-49.
- 17.Brasil. Código de Processo Civil. Disponível para consulta no sítio eletrônico do Planalto. Gov. Diário Oficial da União. 11 de Janeiro de 1973.
- 18.CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM N º1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Disponível para consulta no sítio eletrônico do Conselho Federal de Medicina. Diário Oficial da União. 09 de Agosto de 2002.
- 19.Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível para consulta no sítio eletrônico do Planalto. Gov. Diário Oficial da União. 05 de Outubro de 1988.
- 20.CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 429/2012 de 11 de junho de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte-tradicional ou eletrônico. Disponível para consulta no sítio eletrônico do Conselho Federal de Enfermagem. Diário Oficial da União.08 de junho de 2012.
- 21.CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 564/2017 de 06 de Dezembro de 2017. Código de ética dos profissionais de Enfermagem. Disponível para consulta no sítio eletrônico do Conselho Federal de Enfermagem. Diário Oficial da União. 06 de dezembro de 2017.
- 22.Abreu, Rita Neuma Dantas Cavalcante et al. Utilização do processo de enfermagem e as dificuldades encontradas por enfermeiros. Revista Cogitare Enfermagem on line Paraná 2013, 12; FEV.18, (2); 351-357.
- 23.NETA, Akie Fujii et al. Processo de Enfermagem; Vantagens e desvantagens para a prática clínica do enfermeiro. Revista Nursing on line São Paulo,2019 FEV 22. (1); 257-262.
23. Santos, Maria Izelta da Silva; Santos, Walquiria Lene dos. Uso da sistematização da assistência de enfermagem (SAE): uma ferramenta para realização da auditoria de qualidade. Revista de Divulgação Científica Sena Aires, on line Goiás 2013.JAN;1, (2) 179-182.
- 24.Sousa, Maria das Graças de Mello et al. A sistematização da assistência de Enfermagem no contexto da auditoria hospitalar. Revista Uningá Review on line Paraná 2016.JAN;25(3).1-4.



UDESC
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DE
SANTA CATARINA

ISBN-e:978-65-00-45326-3