

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

VALÉRIA COIMBRA DE BARROS MARTINS

**REVISÃO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE E SUA IMPORTÂNCIA PARA
MELHORIA DA ASSISTÊNCIA, ENSINO E PESQUISA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

VALÉRIA COIMBRA DE BARROS MARTINS

**REVISÃO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE E SUA IMPORTÂNCIA PARA
MELHORIA DA ASSISTÊNCIA, ENSINO E PESQUISA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem na área de concentração Atenção Psicossocial, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Vania Marli Schubert Backes

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado REVISÃO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE E SUA IMPORTÂNCIA PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA, ENSINO E PESQUISA: RELATO DE EXPERIÊNCIA de autoria do aluno **Valéria Coimbra de Barros Martins** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Dra. Vania Marli Schubert Backes
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

A Deus, por tudo que sou, tenho e represento.

À minha família, pela compreensão das horas em que
fiquei longe deles, para me dedicar a esta
Especialização.

SUMÁRIO

RESUMO	7
1 INTRODUÇÃO	8
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
3 MÉTODO.....	15
4 RESULTADO E ANÁLISE	18
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS.....	21

RESUMO

Este trabalho tem o objetivo de compreender a revisão de prontuários em um hospital especializado no atendimento a pacientes com transtorno mental. Executado em Hospital Especializado de Fortaleza, unidade pública, referência do estado, atende a pacientes portadores de transtorno mental. A unidade possui 240 leitos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, distribuídos em 5 unidades de internação. A instituição possui Comissões de Estágio e Revisão de Prontuários. A atividade de revisão de prontuário existe desde 2008. Visualiza a integração da equipe e as deficiências. A organização do prontuário, como documento em defesa dos profissionais e do estabelecimento de saúde deve ser ressaltada. A avaliação do processo se dá pelo prontuário, que identifica por meio das anotações registradas nos relatórios da enfermagem, a qualidade da assistência prestada ao paciente. O documento, considerado único pela Resolução do CFM nº 1638\2002, indica aspectos científicos, jurídicos e educacionais, de importância tanto para a instituição como para a enfermagem. O conceito de melhoria da qualidade se faz por meio de uma auditoria continuada, monitora os erros e realiza a correção e atua educativamente e não punitivamente. O monitoramento in loco, permite a correção imediata da inconformidade encontrada, como o erro em relação às transcrições de medicamentos e a falta de assinatura no Termo de Responsabilidade no impresso de Internação Voluntária. Essa prática, pouco utilizada, necessita do reconhecimento da equipe multiprofissional, com ênfase na auditoria em prontuários, sob o foco de educação continuada como crescimento da instituição, melhoria na qualidade e redução de custos.

Palavras chave: revisão de prontuário

1 INTRODUÇÃO

O prontuário constitui-se numa coleção de documentos normatizados, seqüenciados, precisos, indicados ao registro detalhado das informações dos cuidados prestados ao paciente. Nele consta a história do paciente durante a sua permanência na instituição hospitalar. Suas finalidades principais são de comunicação entre os membros da equipe multiprofissional prestada pelos serviços de saúde pública ou privada, para ensino, pesquisa, auditoria e contabilidade.

A etimologia de prontuário é originária do latim *prontuarium*, que significa lugar em que se guardam ou depositam coisas que devem estar à mão, de que se pode precisar a qualquer momento. Existem outras definições, tais como: manual de informações e indicações úteis, ficha com dados de uma pessoa ou lugar em que se guarda aquilo que poderá ser necessário.

Deste modo, o prontuário, não é apenas o registro da história do paciente, mas todo acervo documental padronizado, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados prestados, assim como aos documentos pertinentes a essa assistência (POSSARI, 2005).

Por meio de sua análise torna-se possível proceder à avaliação, não só do paciente, sob o enfoque médico – assistencial, como também do desempenho do trabalho médico e da equipe multiprofissional, avaliando também a instituição, por meio de critérios normativos pré-estabelecidos.

Os prontuários seguem legislação específica, que determinam as anotações, conservação, preservação, guarda, abrangendo os Códigos de Ética dos Profissionais da Saúde, os artigos da Constituição Federal, Direito Penal, Códigos de Processo Civil e Penal, Deontologia Médica e a Legislação Arquivista Brasileira.

Mesmo estando sob a guarda do Hospital, esta documentação pertence ao paciente e, somente com sua autorização ou de seu representante legalmente constituído para este fim, as

informações ali contidas poderão ser liberadas em forma de resumo ou cópia, porém o original, jamais será retirado da instituição, sob qual quer hipótese.

O Código de Ética Médica no Art. 69 informa que é vedado ao médico deixar de elaborar o Prontuário Médico para cada paciente e em seu artigo nº 70, negar ao paciente acesso a seu prontuário, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias. O teor do prontuário do paciente do paciente é sigiloso e as informações contidas têm caráter confidencial, o que caracteriza o segredo profissional. (Parecer do CFM Nº 24, aprovado em 11.08.90).

O Conselho de Enfermagem, por meio da Resolução COFEN nº 358/2009, artigo nº 3, refere que a sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente, cliente, usuário, devendo ser composta por: histórico de enfermagem, exame físico diagnóstico de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, evolução da assistência de enfermagem, relatório de enfermagem.

Os fundamentos legais das anotações de enfermagem são: Art. 5º, inciso X – Constituição Federal; Lei 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem; Resolução COFEN 311/07 – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem; Arts. 186, 927,951 – Código Civil; Art. 18, inciso II – Código Penal ; Lei 8.078/90 e Código de Defesa do Consumidor .

O atual conceito de prontuário está ligado ao registro do processo de trabalho fundamentando a informação clínica, administrativa para tomada de decisão e como meio de comunicação, compartilhada ente todos os profissionais. É o registro legal das ações médicas, de enfermagem, e de outros profissionais.

O prontuário é de grande valor para o paciente, porque registra todas as anotações que possibilitam um atendimento, diagnóstico e tratamento mais rápidos, eficientes e econômicos, sempre que houver necessidade de reinternação ou transferência de setores de outras especialidades, dispensar ou simplificar interrogatórios e exames complementares, reduzindo o custo do atendimento e o tempo de permanência no hospital. Seus registros indicam para o

paciente, o grande instrumento de defesa, em caso de possíveis prejuízos e de reivindicação de direitos perante o médico, o hospital e os poderes públicos.

A importância do prontuário para hospital é referente a ser um documento de defesa contra possíveis acusações; permite a qualquer tempo um conhecimento exato do tratamento feito e do resultado alcançado e demonstra o padrão de atendimento prestado no hospital.

Para a equipe de saúde o prontuário é utilizado como instrumento eficiente de intercomunicação, por meio do qual os profissionais se comunicam, fornecendo informações dentro ou não da especialidade, mais com um único objetivo, que é a prestação do cuidado.

Desse modo, o prontuário é o grande fator de integração da equipe de saúde do hospital. Na medida em que um hospital progride, melhora também o serviço de prontuário.

O prontuário do paciente reúne todas as informações do paciente durante os momentos em que ele precisou do atendimento hospitalar. No passado o prontuário era reduzido a apontamentos sobre a história da doença, alguns dados sociais do paciente, ou pouco mais que isso. Com a evolução foi surgindo o valor e a importância de prontuários e arquivos organizados, principalmente em hospitais de formação profissional.

Visando atender a Resolução CFM nº. 1.638/2002, que no “Art. 3º - Torna obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica”, foi instituída no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto-HSM, por Portaria editada em 2008 e renovada em 2013, a Comissão de Revisão de Prontuários do HSM. Esta Comissão está constituída por quatro membros, três membros e uma coordenadora. Os três participantes realizam a Revisão de Prontuários no SAME uma enfermeira nas unidades de internação.

O Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto-HSM é um hospital especializado no atendimento a pessoas com transtorno mental. É o único de natureza estadual de referência para os 184 municípios do estado. Está situado no município de Fortaleza do Estado do Ceará. A

população deste Estado é de 8.778.576 habitantes, sendo que 2.551.806 pessoas residem no município citado, segundo o a população estimada 2013 do IBGE. Tem um fluxo de clientela com atendimento de demanda espontânea e referenciada. Destina 100% dos seus leitos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) – sua única fonte de financiamento.

Tem como missão “Prestar assistência interdisciplinar e promover atividades de ensino e pesquisa na área de saúde mental a fim de contribuir para a reabilitação biopsicossocial e reintegração dos portadores de transtornos mentais ao contexto sócio familiar”.

O HSM dispõe de atendimento a nível ambulatorial, hospitalar e de emergência, para tratamento a psicóticos e dependentes químicos, contando com 180 leitos hospitalares e 60 leitos para hospital dia, totalizando 240 leitos, conforme registra o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES.

Possui uma vocação acadêmica, desenvolvendo atividades de hospital-escola, com o Programa de Residência Médica do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto – HSM tem o objetivo geral de formar Médicos Especialistas na Área de Concentração em Psiquiatria, buscando a excelência na assistência aos pacientes portadores de transtornos mentais, em consonância com a missão da instituição.

Seu campo de estágio recebe uma média mensal de 1.000 estudantes, conforme estatística da Comissão de Estágio do HSM, nas profissões de medicina, enfermagem, serviço social, psicologia, terapia ocupacional e outros da área de saúde, com atividades de visitas técnicas, ensino e pesquisa.

Considerando a instituição como campo de estágio, formador de diversas categorias profissionais, na modalidade de estágio curricular, de visitas à instituição, e consciente da importância da organização e acompanhamento dos prontuários, a Comissão de Revisão de Prontuários do HSM, estabelece normatizações para o seu monitoramento para atingir o seu objetivo.

Em relação às Instituições de Ensino, verificamos que a maior procura ao HSM, se deve às instituições de Nível Superior 82%, seguidas pelas Escolas de Nível Médio 12% e as Escolas de Formação Técnica em Enfermagem 6% no ano de 2013.

O expressivo quantitativo de estagiários circulantes na instituição motivou o relato deste artigo sobre a descrição do procedimento revisão de prontuário, considerando a sua relevância, o cumprimento de seus atos normativos, as possíveis proposições de melhorias, sendo utilizada como instrumento para monitoramento de prontuário, possibilitando a detecção de subsídios para correções contínuas, que possibilitem benefícios, visando manter um padrão de excelência, sendo usada como ferramenta para melhoria do atendimento ao usuário.

Objetivo:

Relatar a experiência de revisão do prontuário do paciente do HSM e sua importância para a melhoria da assistência, ensino e pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Resolução do CFM N° 1.638, de 10 de Julho de 2002 – define prontuário, como o “documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”. Esta resolução indica os elementos obrigatórios do prontuário que são: identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado; evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos ao qual o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico.

As Anotações de Enfermagem, do COREN SP, registra que “prontuário do paciente é todo acervo documental padronizado, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente por todos os profissionais envolvidos na assistência”.

Desse modo verifica-se que não se pode ter atendimento ao paciente, sem o seu devido registro, configurando – se então toda a sua história quer ser ambulatorial como hospitalar.

Para uma assistência de qualidade, o profissional de saúde precisa de acesso a informações: corretas; organizadas; seguras; completas; disponíveis, com o objetivo de atender as Legislações vigentes; garantir a continuidade da assistência; segurança do paciente; segurança dos profissionais; ensino pesquisa; e auditoria.

O estudo procurou apontar a importância do registro no prontuário, demonstrando a sua importância enquanto documento, para a instituição, profissionais e o paciente.

O atual prontuário é composto por diferentes áreas de interesse, como administrativa, resultados de exames laboratoriais e de imagem, histórico da doença do paciente e familiar, prescrições, evoluções e procedimentos médicos, evoluções e ocorrências do paciente registradas pela equipe de enfermagem, e demais profissionais que registram seu atendimento no prontuário. Na saúde psicossocial, com foco na internação, temos três tipos de internações, que foi determinada pela Lei 10.216 de 2001, com anotação visível, tanto no Laudo Médico como nos seus impressos específicos, e registros nas evoluções dos profissionais. Existe ainda, uma determinação no Art. 10. da citada Lei, que evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento, devem ser comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência. Afirma-se assim, que o registro no prontuário é uma fonte de informação fundamental, para o atendimento ao paciente.

Os registros de enfermagem são fonte de informação a todos os profissionais, considerando que esta categoria passa 24 horas com o paciente, e que suas anotações correspondem a cerca de 50 % dos registros junto ao paciente, necessitando assim, que seus registros sejam reais, fidedignos, constantes e adequados. Esses registros além de proporcionar a comunicação com a equipe de trabalho indicam respaldo legal e segurança, considerando que é o único documento que descreve todas as ações realizadas com o paciente.

Evidencia-se assim a importância do correto preenchimento do prontuário, com letra legível, registro coerente, pois se constitui na defesa dos profissionais que informam de forma legível o atendimento e ações realizadas ao paciente.

O prontuário corretamente preenchido, dirimi qualquer dúvida sobre o atendimento prestado, servindo de defesa a qualquer profissional, que soube utilizar devidamente o prontuário. Nele são avaliadas as denúncias de maus tratos, falta de imperícia, imprudência, negligência e falta de compromisso profissional dos integrantes da equipe de saúde.

3 MÉTODO

DESCRIÇÃO DA REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

A revisão de prontuários, de modo geral, é uma atividade que ocorre após a alta do paciente.

No Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto- HSM, estabelecemos duas modalidades de Revisão de Prontuários: uma que é realizada na unidade de internação, considerada como uma ação de controle e de correção “in loco”, e a outra de verificação final da conformidade do prontuário, que é efetuada no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico - SAME.

Neste trabalho nos prontificamos a relatar as ações referentes à Revisão de Prontuários realizada nas unidades de internação.

A ação Revisão de Prontuários com foco corretivo é realizada por uma enfermeira, que mensalmente percorre as unidades de internação da instituição, indo à unidade de serviço a cada semana, buscando a conformidade ou não dos prontuários.

O prontuário contém um impresso denominado de Mapa de Medicamentos, utilizado para a equipe de enfermagem checar a medicação que foi prescrita pelo médico. Composta pelos itens de medicamentos, miligramas, dosagem e os dias da semana. Esse formulário demonstra a checagem dos medicamentos que foram administrados ao paciente pelos profissionais da enfermagem. Desse modo, o Mapa de Medicamentos deve refletir a prescrição médica, de modo *ipsis litteris*. Ao analisar os prontuários, começamos a verificar que existiam equívocos relativos a essa transcrição, aliado à observação, vem uma ação de correção imediata e o registro do que foi encontrado no Livro de Ordens e Ocorrências, visando prevenir esse tipo de erro encontrado.

ESCOLHA DA UNIDADE, DO PRONTUÁRIO E DA AMOSTRAGEM PARA A REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS.

Em cada unidade de internação de 40 pacientes, são escolhidos cinco prontuários, perfazendo 13% de análise.

Na unidade de internação de 20 pacientes são escolhidos cinco prontuários, perfazendo 25% de análise.

De um modo geral a escolha se dá, com pacientes internados nas primeiras semanas, visando à verificação da PT GM ° 251 de 2002, que indica o início das evoluções pelos técnicos até o terceiro dia útil da semana.

A escolha das unidades segue um rodízio, iniciando pela primeira unidade vista no mês anterior.

DA REVISÃO DOS PRONTUÁRIOS

Para de realizar a análise dos prontuários, foram elaborados quatro impressos.

1º Impresso: destinado ao Relatório Mensal de Revisão de Prontuários, para o registro das informações dos pacientes que são analisados, constam os seguintes itens: número de ordem, data da revisão, unidade de serviço, nome do paciente, número do leito e do registro. Este impresso demonstra a relação dos prontuários analisados a cada unidade, resultando no produto final mensal.

2º Impresso: Possibilitar uma análise pontual nos prontuários, com foco nas anotações, para que se possa analisar o início e a frequência das evoluções dos pacientes, em conformidade com a PT GM ° 251 de 2002. Esta análise permite avaliar se o atendimento ao paciente está ocorrendo dentro dos padrões desejáveis.

3º Impresso: Protocolo de Revisão de Prontuários, consta num checklist baseado na Resolução do CFM nº 1.638/2002, da PT GM ° 251 de 2002, e do PNASH-PSIQUIATRIA, utilizado como instrumento norteador para que se possa proceder a análise. Este instrumento fica anexo ao prontuário analisado. É composto por três fases; a primeira se refere ao cumprimento dos impressos obrigatórios, conforme a Resolução do CFM nº 1.638/2002. A segunda e a terceira são referente à Resolução do CFM nº 1.638/2002 e a PT GM ° 251 de 2002. Ao término da análise, este impresso é anexado ao prontuário do paciente, dando visibilidade aos demais profissionais da revisão de prontuários realizada.

4º Impresso: Roteiro para coleta de dados do prontuário. Contém as informações necessárias para que se possa elaborar o Relatório Mensal da unidade analisada. Contém os seguintes dados: identificação do paciente: Tipo de AIH, Projeto Terapêutico Singular- TPS, Mapa de Medicamentos. Este instrumento favorece a análise do TPS e a análise dos medicamentos administrados. Caso se encontre inconformidades, como falta de assinatura no impresso da internação voluntária, equívocos no medicamento, e outros, são corrigidos no momento da análise na unidade.

Ao final dos trabalhos na unidade de internação, registra-se a informação da presença da Comissão de Revisão de Prontuário no Livro de Ordens e Ocorrência da unidade, com os números dos prontuários analisados, um breve relato das impropriedades encontradas e se foram resolvidas ou se necessitam de solução.

RELATÓRIO FINAL DE CADA UNIDADE

Após estar com todos os impressos, é elaborado um Relatório Mensal de cada unidade, apontando as suas inconformidades, e encaminhado para a Coordenadora de Revisão de Prontuários e para a Coordenação de Enfermagem do HSM, para conhecimento e providências.

4 RESULTADO E ANÁLISE

A Comissão de Revisão de Prontuário-CRP tem como propósito cumprir as normas de natureza técnica e administrativa, relativas ao prontuário médico. Foi estabelecido o padrão de impressos que deverão compor o prontuário e a frequência de registros, tendo como fundamento a Resolução do CFM nº 1.638/2002 e PT GM ° 251 de 2002. A comissão realiza a revisão de prontuários de modo in loco, ou seja, na unidade de serviço de internação, enquanto o paciente está internado, e após a sua alta, com a análise no SAME. São avaliados os documentos que compõe o prontuário e a frequência de registro pelos profissionais, por meio de um protocolo elaborado.

Conforme Regimento Interno a CRP desenvolve atividades de verificar e avaliar:

- 1) A identificação do usuário: endereço; nome completo; sexo; nome da mãe; naturalidade, data, município e estado de nascimento;
- 2) Frequência de registro dos profissionais e o início do registro até o terceiro dia útil de internação do paciente
- 3) Ordenação dos formulários, fichas e páginas no prontuário;
- 4) Formulários, sugerindo modificações, adaptações e correções;
- 5) A legibilidade, do uso de siglas, assinatura, carimbo e o número de registro no Órgão de Classe;
- 6) Estabelecemos uma parceria com a Chefia do Serviço de Enfermagem, quando passamos o Relatório Mensal e são verificados as não conformidades do serviço, utilizada como uma medida educativa, preventiva, e corretiva e não uma atitude de punição.

No decorrer dos trabalhos da CRP, foram elaborados impressos, um denominado de Mapa de Medicação Clínica, onde se registra apenas a medicação clínica, constado da identificação do paciente, com nome, número de leito, enfermaria, nome da medicação, mg, dose e marcação para a checagem dos horários. Este item suscita reuniões a título de educação permanente com os servidores. Medicação é um item que ser monitorado continuamente.

Outro impresso elaborado foi o de SSVV, junto com a medição da glicemia capilar, que precisa de acompanhamento contínuo.

Em função da CRP e de seus achados, foram elaborados contínuos treinamentos, de modo formal e informal, procurando discutir e apresentar aos profissionais o registro nos prontuários.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação do enfermeiro na CRP evidencia a responsabilidade e o compromisso com o fazer correto e de ser agente transformador de uma realidade, com empenho e determinação. Mudar hábitos antigos é um grande desafio ao ser humano. Com dedicação e mostrando os resultados do trabalho, vão ocorrendo as transformações. O trabalho na CRP exige atenção com o documento que é analisado, e de propor melhorias, que diretamente refletem na assistência ao paciente.

O trabalho da CRP do HSM está saindo de sua fase inicial, partindo uma para fase de transição, estando mais consistente, com metodologia própria para o desenvolvimento do trabalho.

Na busca de um trabalho mais efetivo, está sendo desenvolvido um estudo para manter um melhor padrão do atendimento ao usuário, com sugestão, de medidas para melhorá-lo; verificando a atuação dos profissionais, com postura de orientação e não fiscalização, a convocação de profissionais para esclarecimentos sobre seus registros, sempre que necessário.

Busca-se estabelecer um trabalho em conjunto com a Comissão de Ética Médica e com as demais categorias profissionais. Está sendo desenvolvido um estudo de indicadores de resultados e a sua divulgação, visando estimular e divulgar a unidade de internação que apresentar um melhor desempenho.

Desse modo, a CRP tem proporcionado a formulação e implementação de medidas que ampliam e valorizam o espaço construído para reflexão, avaliação e planejamento acerca do registro em saúde no HSM, possibilitando a visualização de resultados, que se traduzem em contribuições para a prática das equipes no cotidiano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, DF, 21 set. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm>. Acesso em: 13 jan. 2014.

BRASIL. Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, DF, 21 set. 2009. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm>. Acesso em: 13 jan. 2014.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 02 fevereiro 2014.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. 2007. [citado 2008 Abr 14]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>. Acesso em: 10 fevereiro 2014.

BRASIL Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Novo Código Civil Brasileiro. Legislação Federal. Disponível em <http://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/leis/2002/lei10406.htm>. Acesso em: 10 fevereiro 2014.

BRASIL Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Legislação Federal. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm. Acesso em: 03 março de 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1638/02, Brasília, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ato Portaria nº 251/GM. Diretrizes e Normas para Assistência Hospitalar Psiquiátrica. 31/01/2002. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/GM251diretrizes%20e%20normas%20para%20assist.hosp.psiquiatria.pdf>. Acesso em: 20 fevereiro 2014.

POSSARI, J. F. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem**. São Paulo: Iátria, 2005.
1ª ed. 246p.