

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NOS PROCEDIMENTOS DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES¹

ETHICAL AND LEGAL ASPECTS OF THE NURSING RECORDS OF ORGAN DONORS FOR TRANSPLANT

Maria Célia Barcelos Dalri*
Lídia Aparecida Rossi**
Emília Campos de Carvalho***

DALRI, M.C.B. et al. Aspectos éticos e legais das anotações de enfermagem nos procedimentos de doação de órgãos para transplantes. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.33, n.3, p. 224-30, set. 1999.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar os registros de enfermagem de pacientes doadores de órgãos quanto aos aspectos éticos e legais. Foram analisados os registros de enfermagem de 12 prontuários de pacientes doadores de órgãos internados em um Hospital Universitário do interior do estado de São Paulo, no período de janeiro de 1992 a agosto de 1996. Foi identificada a informação quanto ao consentimento para doação de órgãos nos registros de enfermagem em 16,7% dos prontuários. Observamos, em 91,7% dos prontuários, falta de data, de assinaturas, ou presença de rasuras nos registros de enfermagem.

UNITERMOS: Registros de enfermagem. Ética. Doadores de órgãos.

ABSTRACT

The objective of this study was to verify the ethical and legal aspects concerning the documentation of nursing practice in the organ donor's records. The records of the 12 organ donors admitted in a Brazilian University Hospital, from January/1992 to August/1996 were analysed. The donor consent was reported by nurses in 16,7% of the records. Defects that preclude legal value for the charting such as missing date or signature, erasures were found in 91,7% of the records.

UNITERMS: Nursing records. Ethics. Tissue donors.

INTRODUÇÃO

Com o avanço da tecnologia a enfermagem tem enfrentado mudanças que envolvem diferentes aspectos da sua prática. Os enfermeiros, que atuam em unidades de atendimento de urgência principalmente, têm se deparado com o paciente que a partir de uma situação traumática torna-se doador de órgãos.

Nesse contexto, o nosso alvo de atenção é o conteúdo das anotações de enfermagem. Assim, temos procurado por padrões que possam orientar os profissionais de enfermagem na realização dos

registros de enfermagem nessas circunstâncias. Neste sentido, é importante lembrar que os registros de enfermagem retratam a prática desses profissionais e portanto esses padrões devem ser adotados como guia para assistência de enfermagem a ser realizada.

A documentação das ações de enfermagem tem se constituído em foco de atenção de diferentes estudos (GWOZDZ; DEL TOGNO-ARMANASCO, 1992.). Falhas têm sido identificadas no seu conteúdo, que nem sempre refletem a prática realizada.

¹ Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital em estudo

* Diretora Técnica de Serviço de Ceto Cirúrgico e Material Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

** Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP, USP).

*** Professora Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada EERP, USP. Email: rizzardo@glete.eerp.usp.br

HOWSE; BAILEY (1992), utilizando o método etnográfico, examinaram as atitudes de enfermeiros para identificar as resistências à documentação nos prontuários dos pacientes, e os fatores extrínsecos e intrínsecos que determinam essa situação. Os resultados desse estudo sustentam a crença comum de que a resistência na realização dos registros de enfermagem é influenciada por fatores extrínsecos, como a inflexibilidade dos sistemas de registros e a falta de tempo. Os fatores intrínsecos, que emergiram como impedimentos à documentação, foram a falta de confiança nas expressões escritas, uma tendência a sucumbir as normas referentes aos registros, e dificuldades em articular a natureza da prática de enfermagem. Sob esse aspecto é importante lembrar que se uma ação não foi registrada, legalmente ela pode ser interpretada como não tendo sido realizada.

Os registros realizados nos prontuários de pacientes são fonte inestimável de dados e são utilizados por todos os membros da equipe de saúde. Têm como finalidade a comunicação de informações sobre o paciente, possibilitar o ensino, a pesquisa, a realização de auditorias e a verificação de aspectos legais (POTTER ; PERRY, 1989).

As anotações de enfermagem podem englobar tanto o registro de procedimentos de enfermagem realizados, descrição de fatos, como dados que são resultados de uma avaliação do paciente, ou seja, a evolução de enfermagem.

Algumas recomendações sobre as características das anotações de enfermagem são básicas e parecem ser conhecidas dos profissionais de enfermagem e embora a princípio pareçam óbvias, necessitam ser reafirmadas. Assim, os registros devem ser descritivos, completos, objetivos, claros, assinados, legíveis e datados.

Os registros devem ser descritivos sem interpretações ou denúncias. É importante lembrar que o prontuário do paciente não é local apropriado para a realização de denúncias, mas pode ser fonte de pesquisa e verificações legais, assim, pode fornecer informações para que uma determinada ocorrência seja julgada. Esse aspecto foi abordado por OGUISSO (1975) em seu estudo sobre o conteúdo das anotações de enfermagem enfocando os aspectos que envolviam danos aos pacientes. Quando informamos sobre um procedimento realizado, essa informação deve realmente ser capaz de comunicar o que aconteceu sem interpretações e de forma completa. A recomendação de que a anotação seja completa implica em não deixar margem para interpretações ou dúvidas sobre as questões que podem estar relacionadas com a situação descrita. Sobre essa questão, OGUISSO (1975) afirma que "constitui dever do pessoal de enfermagem a anotação perfeita isto é, completa, cabal, correta".

Assim, segundo a autora, a anotação deve incluir tudo o que se relacionar com o paciente.

A clareza das anotações se refere ao encadeamento das idéias que deve obedecer a uma ordem determinada. Desta forma, quando registramos o exame físico de um paciente uma das formas adotadas é a descrição dos dados obedecendo uma determinada ordem, como a orientação céfalo-caudal ou por sistemas. A objetividade da anotação implica em enfocar o assunto sem rodeios, não repetindo informações.

Como documento, esses registros somente terão valor legal se forem datados e assinados e, evidentemente, se forem legíveis e não apresentarem rasuras. Segundo OGUISSO (1975), são essas recomendações que caracterizarão a autenticidade de um documento. Para a autora a ausência de anotações ou os registros realizados de forma incompleta podem indicar uma má qualidade da assistência de enfermagem.

Assim, um aspecto importante da anotação é que ela é o reflexo da prática e, desse modo, implica em considerações éticas. A ética se refere à reflexão filosófica sobre a conduta humana onde a bioética, segundo CORREIA (1995), é um neologismo que significa ética da vida, assim, "tudo o que é vida lhe compete".

A ética e a bioética devem ser tratadas com igualdade, levando-se em conta as disciplinas e implicações do conhecimento e avanço científico e tecnológico, como estudos interdisciplinares dos problemas advindos do progresso biomédico, "seja em nível de relações individuais, institucional ou mesmo de estrutura social" (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1994).

Os aspectos éticos e legais que envolvem a doação de órgãos, foco de interesse deste estudo, foram estudados por SCHROETER (1995), que enfocou essa questão com base nos princípios bioéticos: altruísmo, autonomia, beneficência, justiça e utilidade. Para a autora, os princípios de altruísmo e autonomia são evidentes no processo de doação de órgãos. Quando se tratar de um doador vivo, ele deverá ter autonomia e liberdade para escolher entre doar ou não o órgão e para quem doar. Essa é uma decisão autônoma, tanto quanto é um ato altruísta e benevolente. Para que essa decisão seja autônoma é importante que o doador vivo compreenda todos os riscos a que será submetido caso sua escolha seja a doação (SCHROETER, 1995).

SCHROETER (1995) afirma também que há "uma associação óbvia entre as questões que envolvem a doação de órgãos e os princípios de beneficência, autonomia, justiça e utilidade". Os atos de doar órgão e o de transplantar são realizados para beneficiar indivíduos que estão criticamente doentes.

O benefício deve incluir a melhora da saúde do receptor e o conforto e bem estar do doador (quando doador vivo) ou da família do doador. A utilidade inclui os possíveis benefícios e as conseqüências negativas que poderão ser de ordem médica, psicológica e financeira. As considerações sobre a justiça requerem que os pacientes receptores sejam avaliados individualmente sem considerar questões de gênero, raça e *status* sócio-econômico.

Segundo a autora, a aplicação desses princípios é integral quando se trata de doações de órgãos, e é responsabilidade dos médicos, dos enfermeiros, das comissões de ética e das organizações que atuam na procura de órgãos para transplantes.

Quando iniciamos este estudo, com relação à doação de órgãos, a legislação brasileira exigia o consentimento de familiares para retirada de órgãos após a morte encefálica. A partir de 1º de janeiro de 1997 a Lei 9434, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, no Capítulo I, (BRASIL, 1997), estabelece que:

Art. 4. "Salvo manifestação de vontade em contrário, nos termos dessa Lei, presume-se autorizada a doação de órgãos ou partes do corpo em tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplante ou terapêutica post mortem".

Parágrafo 1. "A expressão não doador de órgãos e tecidos deverá ser gravada de forma indelével e inviolável na Carteira de Identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação da pessoa que optar por essa condição".

Entretanto, apesar das modificações na legislação, na prática do hospital em estudo as rotinas ainda não foram alteradas e, deste modo, para retirada de órgãos para transplante após a morte encefálica, continua sendo solicitado o consentimento de familiares destes pacientes.

É importante lembrar que para a realização desse procedimento o paciente deve estar em estado comprovado de morte encefálica. Sobre essa questão, no Brasil, a Lei n. 9434, no Capítulo II (BRASIL, 1997), estabelece que:

Art. 3. A retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica,

constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.

Considerando esta resolução, o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM, 1997) estabelece que:

"os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia. (...) Os exames complementares a serem observados para constatação da morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca: a) ausência de atividade elétrica cerebral ou, b) ausência de atividade metabólica cerebral ou, c) ausência de perfusão sanguínea cerebral."

Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas e a indicação desses exames devem estar de acordo com a faixa etária (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997).

Entendemos que os registros de enfermagem devem conter informações que estejam em consonância com os aspectos mencionados neste estudo, considerando as resoluções apresentadas anteriormente e as características de uma anotação para que possa subsidiar investigações e ainda ter valor legal inquestionável. Nesse aspecto, uma questão que emerge é: como, o que e quando devemos registrar as ações de enfermagem que se referem às situações de doação de órgãos após morte encefálica? Assim, decidimos realizar esse estudo, com a finalidade de estabelecer recomendações fundamentadas em aspectos éticos e legais para a elaboração da documentação de enfermagem em situações de doação de órgãos para transplante após morte encefálica, enfocando os períodos pré, trans e pós-operatório. Para tanto, inicialmente o **objetivo** deste estudo foi: verificar os registros de enfermagem de pacientes doadores de órgãos nos períodos pré, trans e pós-operatórios quanto aos aspectos éticos e legais.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido a partir de um levantamento retrospectivo, pelos pesquisadores, dos registros de enfermagem de pacientes doadores de órgãos nos períodos pré, trans e pós-operatório

internados em um Hospital Universitário do interior do estado de São Paulo*, no período de janeiro de 1992 a agosto de 1996. A relação dos prontuários consultados foi elaborada a partir dos registros de procedimentos do centro cirúrgico da Unidade. Foram identificados 20 doadores de órgãos nesse período e foram analisados todos os prontuários disponíveis no *Serviço de Arquivo Médico e Estatística* do hospital em estudo, totalizando 12 prontuários.

Para análise dos dados foi utilizado um roteiro, construído para essa finalidade, compreendendo a seguinte estrutura:

- **informações relativas ao período pré-operatório:** registro de avaliação do paciente compatível com o estado do paciente (morte encefálica); registros, realizados pelo enfermeiro, de informações sobre o consentimento da família e registros de encaminhamento do paciente para o centro cirúrgico com informações sobre seu estado;

- **informações relativas ao período trans-operatório:** registros de recepção do paciente no centro cirúrgico com avaliação completa de seu estado, da posição do paciente na mesa cirúrgica, da instalação de equipamentos, do início e término dos procedimentos anestésicos e cirúrgicos propostos e realizados, de intercorrências, das condições de encaminhamento e destino imediato do órgão, conforme propõem FISCHBAH (1991); GRANDUSKY (1992);

informações relativas ao período pós-operatório: registros referentes às condições gerais do paciente, especificando a parada de sinais vitais, e registros sobre o preparo e destino do corpo;

características das anotações: completas, incompletas (em caso de anotação incompleta, essas foram especificadas), descritivas, objetivas, claras, autênticas (foram especificadas). Essas características foram avaliadas com base nos conceitos estabelecidos por OGUISSO (1975), apresentados anteriormente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período pré, trans e pós-operatório, todas as informações analisadas foram caracterizadas como descritivas e objetivas. Entretanto, nos registros de enfermagem no período trans-operatório, em 16,7% dos prontuários observamos que as informações sobre a cirurgia realizada estavam incompletas. Encontramos uma referência à retirada de órgãos, em um prontuário, mas esses não estavam especificados pela enfermagem. Esse tipo de anotação não fornece subsídios para um julgamento preciso do ocorrido. Embora a retirada

de órgãos seja realizada pela equipe médica, a enfermagem é co-responsável por sua realização e deve se reportar aos fatos de forma completa em seu registros, deve estar atenta ao consentimento para realização do procedimento e ao tipo de procedimento realizado.

Quanto ao consentimento para doação de órgãos pelos familiares dos pacientes, 16,7% dos prontuários continham essa informação no período pré-operatório, registrada na evolução de enfermagem e estes registros foram realizados pelo enfermeiro. Também não foi identificado o ofício de consentimento em 33% dos prontuários, embora referência a sua existência estivesse registrada por outros profissionais não pertencentes à equipe de enfermagem. Sobre essa questão, Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COREN - SP, 1996) esclarece no Capítulo V, que não é permitido aos profissionais de enfermagem:

Artigo 44 - "participar de tratamento sem o consentimento do cliente ou do representante legal, exceto em iminente risco de vida"

Artigo 66 - "colaborar, direta ou indiretamente com outros profissionais de saúde, no descumprimento da legislação referente ao transplante de órgãos, tecidos esterilização ou fecundação artificial"

Como já mencionamos, a lei atual, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, modifica esta situação quando estabelece que a pessoa não doadora de órgãos deve se reportar a essa condição em seus documentos, impondo a necessidade da verificação, na Carteira de Identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação, quanto a opção realizada pela pessoa. A partir de 1º de janeiro, quando a lei começou a vigorar, esse assunto passou a ser tema constante na imprensa brasileira. Através deste debate, podemos apreender que a maioria dos médicos entende que a obtenção de consentimento dos familiares de pessoas em morte encefálica deve continuar sendo condição para a retirada de órgãos para transplante, conforme reportagens publicados por MANSO, (1998); MARTINS, (1998) e HAIN, (1998).

De qualquer forma, é necessário que o Hospital em estudo, discuta essa questão e avalie as rotinas relacionadas com a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante.

No período trans-operatório as anotações analisadas foram consideradas incompletas em 100% dos casos. No Centro Cirúrgico, os registros refletem uma preocupação com a documentação da chegada

do paciente, mas nem sempre incluem uma avaliação de seu estado. Outras informações são registradas e parecem obedecer a uma rotina, como o início e término da cirurgia e da anestesia e a colocação da placa do bisturi. Entretanto, não encontramos informações sobre a posição do paciente na mesa cirúrgica ou sobre a instalação de equipamentos. Essas ações e os outros procedimentos que podem ser realizados com o paciente durante o ato anestésico e cirúrgico e que, de alguma forma, envolvem a participação da enfermagem, devem ser documentados, já que podem acarretar alterações na estrutura corporal do paciente.

O fato do paciente se encontrar em morte encefálica não exige o profissional de enfermagem do dever de atuar de forma tal que preserve a integridade do paciente. Neste sentido, os registros de enfermagem devem retratar essa preocupação. Lembramos que o Art. 33 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COREN - SP, 1996) estabelece como dever dos profissionais de enfermagem "respeitar o ser humano em situações de morte e pós morte".

Em 50% dos prontuários não foram encontrados registros de avaliação pela enfermagem após a cirurgia, informando sobre a parada dos sinais vitais, ou sobre o estado do paciente. Após o término da cirurgia a informação seguinte é o encaminhamento do paciente para o morgue. A enfermagem deveria nesse momento registrar, na folha de evolução de enfermagem, uma avaliação do paciente reportando-se ao seu estado de forma descritiva. Encontramos um registro em que o profissional de enfermagem informa que a morte encefálica foi constatada pelo médico após a realização do ato cirúrgico para retirada dos órgãos, entretanto no prontuário há registros dos exames realizados e da constatação da morte encefálica anterior à cirurgia.

Muitas anotações podem ser realizadas ingenuamente, sem que o profissional tenha consciência do significado de seu conteúdo ou por desconhecimento e muitas vezes não refletem a veracidade dos fatos, entretanto, podem ter implicações legais sérias. SHIMIDT; OGUISSO (1986) alertam que os profissionais de enfermagem deveriam estar atentos quanto ao conteúdo das anotações de enfermagem "para não serem envolvidos em questões judiciais", mas se isso acontecer não poderão eximir-se da responsabilidade conferida pela profissão. Consideramos importante lembrar o Art. 20, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COREN - SP, 1996) que considera dever desses profissionais "responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe".

As informações registradas pela enfermagem quanto ao encaminhamento do órgão foram observadas em 16,7% dos prontuários, sendo que 8,3% especificaram o local para onde o órgão foi encaminhado. Segundo HARASYKO (1989), os rins retirados de doadores cadáveres devem ser transplantados dentro de 24 a 36 horas após a retirada, e com o acondicionamento e perfusão adequados poderão ser utilizados até após 72 horas. O órgão retirado tem o valor de uma vida, e deve merecer todo cuidado. Assim, é muito importante o registro dos procedimentos realizados para o seu acondicionamento e transporte.

Um outro ponto importante é o destino imediato do órgão retirado, que deverá ser registrado. A legislação não se reporta a esse respeito, mas no Capítulo IV, parece delegar o controle do destino do órgão às centrais de notificação, captação e distribuição (BRASIL, 1997), quando diz que:

Art. 13 "É obrigatório, para todos os estabelecimentos de saúde, notificar às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos da unidade federada onde ocorrer o diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos".

Neste sentido, lembramos os princípios ético de justiça que requer que os pacientes receptores sejam avaliados individualmente sem considerar questões de gênero, raça e *status* sócio-econômico e de beneficência. Os enfermeiros devem estar atentos quanto ao encaminhamento imediato do órgão quanto ao registro dessa informação no prontuário para não serem envolvidos em situações que possam ter implicações legais.

Observamos nas anotações de enfermagem em 91,7% dos prontuários situações como falta de data e de assinaturas, e presença de rasuras. Essas situações invalidam o valor legal de um documento.

Considerando que o prontuário do paciente é documento que tem valor legal, é importante focar alguns aspectos que podem ser caracterizados a partir dos registros de enfermagem. SHIMIDT; OGUISSO (1986), analisando o termo responsabilidade nos aspectos jurídico, civil e penal, e ético profissional e as implicações que envolvem o exercício legal da enfermagem, consideram que são medidas legais de culpa: imprudência, negligência e imperícia. Segundo NORONHA (1968), a negligência está caracterizada quando podendo agir de uma outra maneira, por indolência ou preguiça mental, não age ou se comporta de modo diverso; a imprudência consiste em agir com precipitação, insensatez ou inconsideração, sem a cautela necessária e sem atender às circunstâncias ou à

razão: e a imperícia consiste na incapacidade ou falta de conhecimento ou habilitação para o exercício de um determinado mister. Assim, um exemplo é o registro de enfermagem que se refere à constatação de um óbito: "Foi constatado óbito as 20:00 horas"; legalmente os profissionais de enfermagem não estão habilitados para realizar essa constatação, uma ação desse tipo pode ser caracterizada como exercício ilegal da profissão. Outro exemplo é a documentação de um problema apresentado pelo paciente, sem a intervenção pertinente, o que pode ser caracterizado como negligência.

OGUISSO (1975) também se reporta a falsidade ideológica que seria a omissão de informações e dos registros de dados incorretos ou incompletos ou inexistentes e a assinatura declarando a realização de uma ação que na verdade foi realizada por outra pessoa. O Artigo 64 do Capítulo V do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COREN - SP, 1996) esclarece que é proibido aos profissionais de enfermagem "assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que outro profissional assine as que executou".

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

É importante ressaltar que, muitas vezes, o registro de enfermagem é realizado de forma automática e pode não retratar a realidade completamente, mas de qualquer forma é o retrato do trabalho do profissional que o assina e reflete a qualidade da prática.

Os prontuários de pacientes são fontes de informação para pesquisa, ensino, continuidade da assistência ao paciente, verificações quanto a questões legais e éticas e avaliação da qualidade do cuidado. Assim, recomendamos que os profissionais de enfermagem estejam atentos quanto a alguns pontos relacionados às anotações de enfermagem:

- as anotações no prontuário devem ser completas incluindo, segundo FISCHBAH (1991); GRANDUSKY (1992) e AORN (1994):

- avaliações descritivas do estado do paciente imediatamente antes e após a realização do ato cirúrgico informando sobre seu estado geral e especificando sobre o nível de consciência, o tipo de respiração apresentada, a condição das pupilas, as respostas a estímulos dolorosos e ao comando verbal, e condições da pele;

- informações sobre o encaminhamento do paciente ao centro cirúrgico, especificando tipo de transporte, posição do paciente e assistência realizada durante o trajeto:

- informações sobre o destino de documentos, pertences e próteses retiradas dos pacientes;

- medicações administradas ou preparadas pelo pessoal de enfermagem;

- posicionamento do paciente na mesa cirúrgica, incluindo os equipamentos utilizados para suporte e contenção;

- tipo e localização de equipamentos instalados no paciente, incluindo almofadas, coxins, eletrodos, placas de bisturis e outros equipamentos;

- procedimentos anestésicos e cirúrgicos realizados com o paciente, devem ser registrados com clareza, especificando o tipo de procedimento realizado, início e término, órgãos ou peças retiradas, as pessoas que participaram dos cuidados intra-operatórios e a fonte da informação;

- condições de encaminhamento e o destino imediato de peças cirúrgicas ou de órgãos retirados para transplantes e do próprio corpo do paciente devem ser especificados nos registros de enfermagem;

- informações sobre a obtenção do consentimento informado. Considerando a conduta adotada atualmente na instituição em estudo, o consentimento da família para a realização de procedimentos cirúrgicos para doação de órgão deve ser solicitado pelo médico ou pessoa responsável, uma via desse consentimento deve estar anexada ao prontuário e a enfermagem deve se reportar a ele em seus registros. Entretanto, considerando a Lei 9434 (BRASIL, 1997), sugerimos a realização de uma avaliação da conduta atual;

- a constatação da morte encefálica não compete aos profissionais de enfermagem, mas eles devem estar atentos quanto a sua realização e quanto aos resultados. Qualquer procedimento realizado com o paciente, que envolve a participação da enfermagem deverá ser registrado por esse profissional, em respeito ao Artigo 20, Capítulo III, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COREN - SP, 1996), que considera como responsabilidade dos profissionais de enfermagem "responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe". Assim, embora algumas atividades não sejam de competência da enfermagem, ela é co-responsável pela sua realização por isso deve documentar a sua ocorrência.

- as anotações devem ser descritivas, objetivas, claras e autênticas:

- o profissional de enfermagem deverá estar atento para não registrar interpretações ou fazer julgamentos, não rasurar ou deixar espaços em branco na folha de anotação, para a identificação do

paciente, para o registro da data, da hora e da sua assinatura, acompanhada da função e ainda, segundo o Artigo 76 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COREN, 1996), do número de inscrição do Conselho Regional de Enfermagem:

As anotações de enfermagem devem retratar a prática fundamentada nos princípios éticos e legais. Para que isso seja alcançado, a educação continuada nos serviços de enfermagem é uma estratégia importante que pode promover a atualização dos profissionais e a melhora da qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. ASSOCIATION OF OPERATION ROOM NURSES AORN **standards and recommended practices for perioperative nursing**. Denver, 1994.
2. BRASIL. Leis. . Lei n 9434 de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 fev. 1997. Seção I, p. 2191-3.
3. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA Resolução n. 1480 de 8 de agosto de 1997. **Diário Oficial da União**, 21 ago 1997, p.18227-8
4. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM **Principais legislações para o exercício da enfermagem..** São Paulo, 1996.
5. CORREIA, F. de A. Alguns desafios atuais da bioética. **REB**, v.55, p.65-86, 1995.
6. FISCHBACH, F. T. **Documenting care: communication, the nursing process and documentation standards**. Philadelphia, Davis, 1991.
7. GRANDUSKY, R. J. Perioperative documentation In: SPRY, C. **The manual of operating room management: an administrative and patient care resource**. Maryland, Aspen, 1992.
8. GWOZDZ, D. T.; DEL TOGNO-ARMNASCO, V. Streamlining patient care documentation. **J. Nurs. Adm.**, v.22, n.5, p. 35-9, 1992.
9. HAHN, S. "Família tem que autorizar" **Folha de São Paulo**, São Paulo, 03 jan. 1998, p.f.-3.4.
10. HARASYKO, C. Kidney transplantation. **Nurs. Clin. North Am.**, v. 24, n. 4, p. 851-63, 1989.
11. HOWSE, E. ; BAILEY, J. Resistance to documentation - a nursing research issue. **J. Nurs. Stud.**, v.29, n.4, p.371-80, 1992.
12. MANSO, B. P. Doação difícil. **Veja**, n. 1, p. 43, jan. 1998.
13. MARTINS, L. Entidade propõe mudanças a Ministério **Folha de São Paulo**, São Paulo, 08 jan.1998, p.f.-3.9.
14. NORONHA, E. M. **Direito penal, parte especial** 16.ed., São Paulo, Saraiva, 1980.
15. OGUISSO, T. **Os aspectos legais da anotação de enfermagem no prontuário do paciente**. São Paulo, 1975. Tese (Livre Docência), Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
16. POTTER, P.A. ; PERRY, A.G. **Fundamental of nursing**. Saint. Louis, Mosby, 1989.
17. PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. de **Problemas atuais de bioética**. 2 ed., São Paulo, Loyola, 1994.
18. SHIMIDT, M. J ; OGUISSO, T. O exercício da enfermagem sob o enfoque das normas penais e éticas. **Rev. Paul. Enf.**, v. 6, n. 1, p.10-2, 1986.
19. SCHROETER, K. The ethics of organ donation. **Today's OR Nurse**, v. 17, n. 1, p. 8-12, 1995