Moira Helena Maxwell Penna

**Análise da relação entre as condutas dos profissionais
enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem com os
processos éticos profissionais junto ao COREN SP**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Fisiopatologia Experimental
Orientador: Prof. Dr. Claudio Cohen

**São Paulo
2013**

Moira Helena Maxwell Penna

**Análise da relação entre as condutas dos profissionais
enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem com os
processos éticos profissionais junto ao COREN SP**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Fisiopatologia Experimental
Orientador: Prof. Dr. Claudio Cohen

**São Paulo
2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

© reprodução autorizada pelo autor

Penna, Moira Helena Maxwell

Análise da relação entre as condutas dos profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem com os processos éticos profissionais junto ao COREN SP / Moira Helena Maxwell Penna. -- São Paulo, 2013.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Fisiopatologia Experimental.

Orientador: Cláudio Cohen.

Descritores:1.História da enfermagem 2.Ética em enfermagem 3.Legislação de enfermagem/normas 4.Legislação de enfermagem/ética 5.Papel do profissional de enfermagem 6.Processos de enfermagem 7.Códigos de ética 8.Comissão de ética 9.Conselho Internacional de Enfermagem 10.Ética profissional 11.Avaliação em enfermagem/ética 12.Avaliação em enfermagem/legislação & jurisprudência 13.Avaliação em enfermagem/história 14.Questionários

USP/FM/DBD-230/13

*“Enquanto eu tiver perguntas e não houver
respostas...continuarei a escrever”.*

Clarice Lispector

MEUS AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao meu marido **Alexandre M. Borges** obrigada pela paciência, pela ajuda na tecnologia, pelo carinho e apoio.

Aos meus filhos **Ana Laura, Rafaela, Gabriel e Beatriz** sem vocês nada seria importante.

À minha mãe **Agnes J. Maxwell Penna** obrigada por me incentivar a ler e estudar, pelo cuidado, dedicação e atenção às minhas necessidades durante meu período escolar.

Ao meu pai **Luiz Antônio Penna** (*in memoriam*)

Aos meus irmãos **Elizabeth M. Penna Lacerda** e **Luiz Roberto M. Penna** obrigada pelo incentivo

Família, não a troco por nada, e nem por ninguém, são partes de mim, partes do meu ser. São pedaços do meu coração.

MEUS SINCEROS AGRADECIMENTOS

Ao **Prof. Dr. Claudio Cohen** *pela orientação, incentivo, críticas e sugestões*

Ao **Prof. Dr. Reinaldo Ayer de Oliveira** *pela co-orientação, estímulo, dedicação e inestimáveis ensinamentos*

Ao colega **Mestre Alex Jones Flores Cassenote** *pelo incentivo e estudo estatístico*

À **Dinaura Paulino Franco** *pelo estudo bibliográfico*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COREN SP	Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo
CEPE	Código de Ética dos Profissionais de São Paulo
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CEE	Comissão de Ética de Enfermagem
I.C.N.	Conselho Internacional de Enfermeiras

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição do número (porcentagem) de pessoas denunciantes segundo a responsabilidade civil nos processos ético-profissionais. (COREN SP 2001 a 2004).

Tabela 2 – Distribuição do número (porcentagem) de pessoa jurídica entre as instituições públicas e privadas onde ocorreram as denúncias (COREN SP 2001 a 2004).

Tabela 3 – Distribuição da localidade da denúncia entre a cidade de São Paulo e cidades do interior do estado de São Paulo de acordo com a pessoa jurídica como parte denunciante. (COREN SP 2001 a 2004).

Tabela 4 – Distribuição do número (porcentagem) de pessoa física como parte denunciante segundo a sua característica profissional. (COREN SP 2001 a 2004).

Tabela 5 – Distribuição da localidade da denúncia entre a cidade de São Paulo e cidades do interior do estado de São Paulo de acordo com a pessoa física como parte denunciante. (COREN SP 2001 a 2004).

Tabela 6 – Distribuição do número (porcentagem) de pessoa física como parte denunciada, segundo a sua caracterização profissional (COREN SP 2001 a 2004).

Tabela 7 – Distribuição da localidade da denúncia entre a cidade de São Paulo e cidades do interior do estado de São Paulo de acordo com a pessoa física da parte denunciada (COREN SP 2001 a 2004).

Tabela 8 – Distribuição do número de descritores agrupados em tipos de infrações éticas envolvidos na denúncia, nos processos ético-profissionais analisados (COREN SP 2001 a 2004).

Tabela 9 – Distribuição da numeração dos artigos infringidos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, segundo o número e a porcentagem em ordem decrescente nos processos ético-profissionais analisados (COREN SP 2001 a 2004).

Penna MHM. Análise da relação entre as condutas dos profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem com os processos Éticos Profissionais junto ao COREN SP [dissertação]. São Paulo, SP: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO. Objetivo: Identificar as questões antiéticas, aéticas e iatrogênicas dos Profissionais da Enfermagem através da análise qualitativa dos processos ético-profissionais abertos junto ao COREN SP no período de 1º de janeiro de 2001 a 31 de dezembro de 2004. Quantificar o número de processos ético-profissionais abertos; identificar o perfil dos profissionais denunciados; relacionar as infrações éticas com os artigos elencados no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem; analisar os processos ético-profissionais, sistematizando os resultados de modo a obter os principais tipos de denúncia, seus locais de ocorrência e a identificação dos tipos de denunciante; discutir a iatrogenia como fator predominante da infração ética. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, documental e de corte qualitativo baseada na coleta de dados contidos nos autos dos processos ético-profissionais, no âmbito do COREN SP, no período de 1º de janeiro de 2001 a 31 de dezembro de 2004, por meio da utilização de um questionário, o questionário se encontra no Anexo 1. Do material coletado foram excluídos os processos ético-profissionais cujos dados não permitiram o preenchimento completo do questionário. Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística. **Resultados e Conclusões:** Foram analisados 189 (cento e oitenta e nove) processos ético-profissionais no período de 1º de janeiro de 2001 até 31 de dezembro de 2004, período de 4 (quatro) anos. A coleta desses dados foi feita no Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN SP, nos anos de 2010 e 2011. A maioria das ocorrências chega ao COREN SP por meio de denúncia feita pelas CEEs, com relação à distribuição do número de descritores agrupados em tipos de infrações éticas envolvidos na denúncia, dos Processos Ético-Profissionais analisados houve uma predominância da iatrogenia 38,83% dentre os descritores dos processos analisados. As denúncias são feitas em sua grande maioria dentro de hospitais públicos, as denúncias entre a cidade de São Paulo e cidades do interior do estado de São Paulo de acordo com a pessoa jurídica (CEE) como parte denunciante indicam um maior número de denúncias feitas pelas Comissões de Ética de Enfermagem - CEEs do interior do estado de São Paulo. As denúncias de pessoas físicas ocorreram no interior em 63,64% do estado de São Paulo e 36,36% na capital, indicando, portanto um maior número de denúncias feito por pessoa física no interior. Houve uma maior caracterização da parte denunciada como pessoa física na capital do que no interior do estado de São Paulo. As pessoas que denunciam 52% são pacientes, seguidos por acompanhantes 32%. A maioria das pessoas físicas como parte denunciada foram os auxiliares de enfermagem em 55,56%, enquanto enfermeiros foram denunciados 33,9%. Com relação à distribuição dos artigos infringidos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, segundo o número e a porcentagem em ordem decrescente o artigo mais infringido, artigo 16, aconteceu em 11,13%. Outras importantes variáveis foram estudadas e serão analisadas em trabalhos futuros.

Descritores: História da enfermagem; Ética em enfermagem; Legislação de enfermagem/normas; Legislação de enfermagem/ética; Papel do profissional de enfermagem; Processos de enfermagem; Códigos de ética; Comissão de ética; Conselho Internacional de Enfermagem; Ética profissional; Avaliação de enfermagem/ética; Avaliação de enfermagem/legislação & jurisprudência; Avaliação de enfermagem/história; Questionário.

Penna MHM. Study of nurses, technicians and assistants conduct within the Ethical Processes at COREN SP [dissertação].São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013.

ABSTRACT. Objective: Identify the unethical, non-ethical and iatrogenic issues of the Nursing staff through qualitative analysis of the ethical legal proceedings taken at COREN SP during the period of January 1st 2001 to December 31st 2004. Quantify the number of ethical processes taken; identify the profile of the professionals accused; relate the ethical infractions with articles listed in the Code of Ethics of Professional Nursing; analyze the ethical and professional proceedings, systematizing the results in order to obtain the main types of complaint, their places of occurrence and identify the types of informers; discuss iatrogeny as a predominant factor of ethical offence. **Method:** This was an exploratory, documentary and qualitative research based on the collection of data in the record of proceedings within the ethical processes under COREN SP during the period January 1st 2001 to December 31st 2004, by use of a questionnaire, which is in Annex 1. Ethical processes whose data did not allow the complete filling out of the questionnaire were excluded. The data were subjected to statistical analysis. **Results and Conclusions:** One hundred and eighty-nine (189) ethical proceedings from the period of January 1st 2001 to December 31st 2004 were analyzed, a period of four (4) years. The collection was taken at the Regional Council of Nursing São Paulo – COREN SP, within the years 2010 and 2011. Most occurrences reach CORENSP through complaints made by the Nursing Ethics Committees (NEC). With respect to the distribution of the number of descriptors grouped into types of ethical violations involved in the complaint, there was a prevalence of 38.83% of iatrogenic descriptors in the analyzed processes. Complaints are mostly made within public hospitals. The complaints from the city of São Paulo and other cities in the state, in accordance with the legal person (NEC) indicate a greater number of complaints made by Ethics Committees in Nursing - in the state of São Paulo, not in the capital. Reports from individuals occurred in 63.64% within the state of São Paulo, while in the capital it were 36.36%, thus indicating a greater number of complaints made by individuals within the state of São Paulo. There was a greater characterization of the individual as reported in the capital than in the state of São Paulo. People who complain are 52% patients, followed by 32% companions. Most individuals reported were nursing assistants: 55.56%, while nurses were reported by 33.9%. The most violated article in the Code of Ethics of Professional Nursing was Article 16, which means 11.13%. Other important variables were studied and will be analyzed in a future research.

Descriptors: History of nursing; Ethics, nursing; Legislation, nursing/standards; Legislation, nursing/ethics; Nurses's role; Nursing process; Codes of ethics; Ethics committees; International Council of Nurses; Ethics, professional; Nursing assessment/legislation & jurisprudence; Nursing assessment/ethics; Nursing assessment/history; Questionnaires.

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas e Siglas

Lista de Tabelas

Resumo

Abstract

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)..... 2

Preparada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo 2

1. INTRODUÇÃO 1

1.1 A História da Enfermagem 1

1.2 Enfermagem Moderna..... 4

1.3 Período Florence Nightingale 4

1.4 História da Enfermagem no Brasil 6

1.5 Ana Neri 6

2. DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL 7

3. INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM 8

3.1 Associação Brasileira de Enfermagem –ABEn 8

3.2 Sistema Conselho Federal de Enfermagem e Conselhos Regionais de
Enfermagem(COFEN/COREN'S) 9

3.2.1 Competências..... 10

3.2.2 Sistema de Disciplina e Fiscalização 11

3.2.3 Capítulo I - Dos Princípios Fundamentais - 6 artigos 12

3.2.4 Capítulo II- Dos Direitos - 9 artigos 12

3.2.5 Capítulo III- Das Responsabilidades - 5 artigos..... 13

3.2.6 Capítulo IV- Dos Deveres- 21 artigos..... 13

3.2.7 Capítulo V- Das Proibições - 29 artigos 15

3.2.8 Capítulo VI- Dos Deveres Disciplinares - 8 artigos 18

3.2.9 Capítulo VII- Das Infrações e Penalidades - 12 artigos 18

3.2.10 Capítulo VIII- Da Aplicação das Penalidades - 6 artigos..... 21

3.2.11 Capítulo IX- Das Disposições Gerais - 3 artigos 21

4. OBJETIVOS 23

4.1. Objetivo Geral..... 23

4.2. Objetivos Específicos 23

5. MATERIAL E MÉTODO 24

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS 25

6.1 Responsabilidade Civil 26

6.2	Pessoa Jurídica como Parte Denunciante.....	27
6.3	Pessoa Física como Parte Denunciante	28
6.4	Pessoa Física como Parte Denunciada.....	29
6.5	Descritores	31
6.6	Artigos	32
7.	Discussão	33
7.1	Discussão dos Resultados	35
8.	Conclusão	44
9.	Bibliografia	46
10.	Anexo I.....	48

1. INTRODUÇÃO

Esse trabalho surgiu após observações das atitudes dos Profissionais de Enfermagem que nos impeliram a investigar as questões que levam os profissionais de Enfermagem a serem denunciados ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – CORENSP. Ética e legalmente, em acordo com os códigos de moral, a competência com sua respectiva responsabilidade, é atribuída aprioristicamente, no caso da Enfermagem, ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - CEPE. O interessante é observar que os códigos de moral, enquanto por um lado, normatizam o convívio social dos indivíduos, por outro lado, sempre mostram os desejos mais profundos do ser humano. O que a moral nos ensina é que esses desejos deverão ser reprimidos para que possa ocorrer um convívio social adequado. Nos códigos esses desejos aparecem como “não” - não poderás realizar ou é proibido este ato.

É preciso ressaltar e sinalizar que a autonomia das pessoas trouxe uma nova questão ética: a da competência do indivíduo, ou seja, as instituições sociais são quem podem dizer quem é competente e para o que ele é competente.¹

1.1 A História da Enfermagem

A profissão surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos. As práticas de saúde instintivas foram as primeiras formas de prestação de assistência. Num primeiro estágio da civilização, estas ações garantiam ao homem a manutenção da sua sobrevivência, estando na sua origem, associadas ao trabalho feminino, caracterizado pela prática do cuidar nos grupos nômades primitivos, tendo como pano-de-fundo as concepções evolucionistas e teológicas. Quanto à Enfermagem, as únicas referências concernentes à época em questão estão relacionadas com a prática domiciliar de partos e a atuação pouco clara de mulheres de classe social elevada que dividiam as atividades dos templos com os sacerdotes.

As práticas de saúde mágico-sacerdotais abordavam a relação mística entre as práticas religiosas e de saúde primitivas desenvolvidas pelos sacerdotes nos templos. Este período corresponde à fase de empirismo, verificada antes do surgimento da especulação filosófica que ocorre por volta do século V a.C. Posteriormente, desenvolveram-se escolas específicas para o ensino da arte de curar no sul da Itália e na Sicília, propagando-se pelos grandes centros do comércio, nas ilhas e cidades da costa. Naquelas escolas pré-hipocráticas, eram variadas as concepções acerca do funcionamento do corpo humano, seus distúrbios e doenças, concepções essas, que, por muito tempo, marcaram a fase empírica da evolução dos conhecimentos em saúde. O ensino era vinculado à orientação da filosofia e das artes e os estudantes viviam em estreita ligação com seus mestres, formando as famílias, as quais serviam de referência para mais tarde se organizarem em castas. As práticas de saúde no alvorecer da ciência - relacionam a evolução das práticas de saúde ao surgimento da filosofia e ao progresso da ciência, quando estas então se baseavam nas relações de causa e efeito. Inicia-se no século V a.C., estendendo-se até os primeiros séculos da Era Cristã.

A prática de saúde, antes mística e sacerdotal, passa agora a ser um produto desta nova fase, baseando-se essencialmente na experiência, no conhecimento da natureza, no raciocínio lógico - que desencadeia uma relação de causa e efeito para as doenças - e na especulação filosófica, baseada na investigação livre e na observação dos fenômenos, limitada, entretanto, pela ausência quase total de conhecimentos anatomofisiológicos. Essa prática individualista volta-se para o homem e suas relações com a natureza e suas leis imutáveis. Este período é considerado pela medicina grega como período hipocrático, destacando a figura de Hipócrates, que propôs uma nova concepção em saúde, dissociando a arte de curar dos preceitos místicos e sacerdotais, através da utilização do método indutivo, da inspeção e da observação. Não há caracterização nítida da prática de enfermagem nesta época.

As práticas de saúde monástico-medievais focalizavam a influência dos fatores socioeconômicos, políticos e da sociedade feudal nas práticas de saúde e as relações destas com o cristianismo. Esta época corresponde ao aparecimento da Enfermagem

como prática leiga, desenvolvida por religiosos e abrange o período medieval compreendido entre os séculos V e XIII. Foi um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados e aceitos pelas sociedades como características inerentes à Enfermagem. A abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos que dão à enfermagem, não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio.

As práticas de saúde pós-monásticas evidenciam a evolução das ações de saúde e, em especial, do exercício da Enfermagem no contexto dos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante. Corresponde ao período que vai do final do século XIII ao início do século XVI. A retomada da ciência, o progresso social e intelectual da Renascença e a evolução das universidades não constituíram fator de crescimento para a Enfermagem. Enclausurada nos hospitais religiosos, permaneceu empírica e desarticulada durante muito tempo, vindo desagregar-se ainda mais a partir dos movimentos de Reforma Religiosa e das conturbações da Santa Inquisição. O hospital, já negligenciado, passa a ser um insalubre depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças utilizam as mesmas dependências, amontoados em leitos coletivos. Sob exploração deliberada, considerada um serviço doméstico, pela queda dos padrões morais que a sustentava, a prática de Enfermagem tornou-se indigna e sem atrativos para as mulheres de casta social elevada. Esta fase tempestuosa, que significou uma grave crise para a Enfermagem, permaneceu por muito tempo e apenas no limiar da revolução capitalista é que alguns movimentos reformadores, que partiram, principalmente, de iniciativas religiosas e sociais, tentam melhorar as condições do pessoal a serviço dos hospitais.

As práticas de saúde no mundo moderno analisam as ações de saúde e, em especial, as de Enfermagem, sob a ótica do sistema político-econômico da sociedade capitalista. Ressaltam o surgimento da Enfermagem como atividade profissional institucionalizada. Esta análise inicia-se com a Revolução Industrial no século XVI e culmina com o surgimento da Enfermagem moderna na Inglaterra, no século XIX.²

1.2 Enfermagem Moderna

O avanço da Medicina vem favorecer a reorganização dos hospitais. É na reorganização da Instituição Hospitalar e no posicionamento do médico como principal responsável por esta reordenação, que vamos encontrar as raízes do processo de disciplinarização e seus reflexos na Enfermagem, ao ressurgir da fase sombria em que esteve submersa até então.

A evolução crescente dos hospitais não melhorou suas condições de salubridade. Foi a época em que estiveram sob piores condições, devido principalmente à predominância de doenças infectocontagiosas e à falta de pessoas preparadas para cuidar dos doentes. Os ricos continuavam a ser tratados em suas próprias casas, enquanto os pobres, além de não terem esta alternativa, tornavam-se objeto de instrução e experiências que resultariam num maior conhecimento sobre as doenças em benefício da classe abastada.

É neste cenário que a Enfermagem passa a atuar, quando Florence Nightingale é convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para trabalhar junto aos soldados feridos em combate na Guerra da Criméia.

1.3 Período Florence Nightingale

Nascida a 12 de maio de 1820, em Florença, Itália, era filha de ingleses. Possuía inteligência incomum, tenacidade de propósitos, determinação e perseverança - o que lhe permitia dialogar com políticos e oficiais do Exército, fazendo prevalecer suas ideias.

Dominava com facilidade o inglês, o francês, o alemão, o italiano além do grego e latim. No desejo de realizar-se como enfermeira, passa o inverno de 1844 em Roma, estudando as atividades das Irmandades Católicas. Em 1849 faz uma viagem ao Egito e decide servir a Deus, trabalhando em Kaiserswert, Alemanha, entre as diaconisas.

Decidida a seguir sua vocação, procura completar seus conhecimentos que julga ainda insuficiente. Visita o Hospital de Dublin dirigido pelas Irmãs de

Misericórdia, Ordem Católica de Enfermeiras, fundada 20 anos antes. Conhece as Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo, na Maison de lá Providence em Paris. Aos poucos vai se preparando para a sua grande missão. Em 1854, a Inglaterra, a França e a Turquia declaram guerra à Rússia: é a Guerra da Criméia. Os soldados ingleses acham-se no maior abandono. A mortalidade entre os hospitalizados é de 40%. Florence partiu para Scutaria Turquia, com 38 voluntárias entre religiosas e leigas vindas de diferentes hospitais. Algumas das enfermeiras foram despedidas por incapacidade de adaptação e principalmente por indisciplina. Florence é incomparável: estende sua atuação desde a organização do trabalho, até os mais simples serviços como a limpeza do chão. Aos poucos, os soldados e oficiais um a um começam a curvar-se e a enaltecer esta incomum Miss Nightingale. A mortalidade decresce de 40% para 2%. Os soldados fazem dela o seu anjo da guarda e ela será imortalizada como a "Dama da Lâmpada" porque, de lanterna na mão, percorre as enfermarias, atendendo os doentes. Durante a guerra contrai tifo e ao retornar da Criméia, em 1856, leva uma vida de inválida. Dedicar-se, porém, com ardor, a trabalhos intelectuais.

Pelos trabalhos na Criméia, recebe um prêmio do Governo Inglês e, graças a este prêmio, consegue iniciar o que para ela é a única maneira de mudar os destinos da Enfermagem - uma Escola de Enfermagem em 1859. Florence fundou a escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, que passou a servir de modelo para as demais escolas que foram fundadas posteriormente. A disciplina rigorosa, do tipo militar, era uma das características da escola nightingaleana, bem como a exigência de qualidades morais das candidatas. O curso, de um ano de duração, consistia em aulas diárias ministradas por médicos. Nas primeiras escolas de Enfermagem o médico foi, de fato, a única pessoa qualificada para ensinar. A ele cabia então decidir qual das suas funções poderia colocar nas mãos das enfermeiras. Florence morre a 13 de agosto de 1910, deixando florescente o ensino de Enfermagem. Assim a Enfermagem surge não mais como uma atividade empírica, desvinculada do saber especializado, mas como uma ocupação assalariada que vem atender a necessidade de mão-de-obra nos hospitais, constituindo-se como uma prática social institucionalizada e específica.

1.4 História da Enfermagem no Brasil

A organização da Enfermagem na Sociedade Brasileira - compreende desde o período colonial até o final do século XIX e analisa a organização da Enfermagem no contexto da sociedade brasileira em formação. Desde o princípio da colonização foi incluída a abertura das Casas de Misericórdia, que tiveram origem em Portugal.

A primeira Casa de Misericórdia foi fundada na Vila de Santos, em 1543. Em seguida, ainda no século XVI, surgiram as do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus. Mais tarde Porto Alegre e Curitiba, esta inaugurada em 1880, com a presença de D. Pedro II e Dona Tereza Cristina. No que diz respeito à saúde do nosso povo, merece destaque o Padre José de Anchieta. Ele não se limitou ao ensino de ciências e catequeses; foi além: atendia aos necessitados do povo, exercendo atividades de médico e enfermeiro. Em seus escritos encontramos estudos de valor sobre o Brasil, seus primitivos habitantes, clima e as doenças mais comuns.

A primeira sala de partos funcionava na Casa dos Expostos em 1822. Em 1832 organizou-se o ensino médico e foi criada a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A escola de parteiras da Faculdade de Medicina diplomou no ano seguinte a célebre Madame Durocher, a primeira parteira formada no Brasil. No começo do século XX, um grande número de teses médicas foi apresentado sobre Higiene Infantil e Escolar, demonstrando os resultados obtidos e abrindo horizontes a novas realizações. Esse progresso da medicina, entretanto, não teve influência imediata sobre a Enfermagem.

Assim sendo, na enfermagem brasileira do tempo do Império, raros nomes destacaram e, entre eles, merece especial menção o de Ana Neri.

1.5 Ana Neri

Aos 13 de dezembro de 1814, nasceu Ana Justina Ferreira, na Cidade de Cachoeira, na Província da Bahia. Casou-se com Isidoro Antônio Neri, enviuvando aos 30 anos. Seus dois filhos, um médico militar e um oficial do exército, são convocados a servir a Pátria durante a Guerra do Paraguai (1864-1870), sob a presidência de Solano Lopes. O mais jovem aluno do 6º ano de Medicina oferece seus serviços médicos em

prol dos brasileiros. Ana Neri não resiste à separação da família e escreve ao Presidente da Província, colocando-se à disposição de sua Pátria. Em 15 de agosto parte para os campos de batalha, onde dois de seus irmãos também lutavam. Improvisa hospitais e não mede esforços no atendimento aos feridos. Após cinco anos, retorna ao Brasil, é acolhida com carinho e louvor, recebe uma coroa de louros e Victor Meireles pinta sua imagem, que é colocada no Edifício do Paço Municipal.

O governo Imperial lhe concede uma pensão, além de medalhas humanitárias e de campanha. Faleceu no Rio de Janeiro a 20 de maio de 1880. A primeira Escola de Enfermagem fundada no Brasil recebeu o seu nome.

Ana Neri como Florence Nightingale, rompeu com os preconceitos da época que faziam da mulher prisioneira do lar.

2. DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL

Ao final do século XIX, apesar do Brasil ainda ser um imenso território com um contingente populacional pouco elevado e disperso, um processo de urbanização lento e progressivo já se fazia sentir nas cidades que possuíam áreas de mercado mais intensas, como São Paulo e Rio de Janeiro. As doenças infectocontagiosas, trazidas pelos europeus e pelos escravos africanos, começam a propagar-se rápida e progressivamente.

A questão saúde passa a constituir um problema econômico-social. Para deter esta escalada que ameaçava a expansão comercial brasileira, o governo, sob pressão externa, assume a assistência à saúde através da criação de serviços públicos, da vigilância e do controle mais eficaz sobre os portos, inclusive estabelecendo quarentena. Revitaliza através da reforma Oswaldo Cruz, introduzida em 1904, a Diretoria-Geral de Saúde Pública, incorporando novos elementos à estrutura sanitária, como o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção e o Instituto Soroterápico Federal, que posteriormente veio se transformar no Instituto Oswaldo Cruz. Mais tarde, a Reforma Carlos Chagas em 1920, numa tentativa de reorganização dos serviços de saúde, cria o Departamento Nacional

de Saúde Pública, órgão que, durante anos, exerceu ação normativa e executiva das atividades de Saúde Pública no Brasil.

Para atender inicialmente aos hospitais civis e militares e posteriormente, às atividades de saúde pública - principiou com a criação, pelo governo, da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior. Esta escola, que é de fato a primeira escola de Enfermagem brasileira, foi criada pelo Decreto Federal nº 791, de 27 de setembro de 1890, e denomina-se hoje Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencendo à Universidade do Rio de Janeiro - UNI-RIO.³

3. INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM

3.1 Associação Brasileira de Enfermagem –ABEn

Sociedade civil sem fins lucrativos, que congrega enfermeiros, técnicos e auxiliares em enfermagem, fundada em agosto de 1926, sob a denominação de "Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras". É uma entidade de direito privado, de caráter científico e assistencial regida pelas disposições do Estatuto, Regulamento Geral ou Regimento Especial. Em 1929, no Canadá, na Cidade de Montreal, a Associação Brasileira de Enfermagem, foi admitida no Conselho Internacional de Enfermeiras (I.C.N.). Por um espaço de tempo a associação ficou inativa.

Em 1944, um grupo de enfermeiras resolveu reerguê-la com o nome Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas. Seus estatutos foram aprovados em 18 de setembro de 1945. Foram criadas Seções Estaduais e Coordenadorias de Comissões.

Ficou estabelecido que em qualquer Estado onde houvesse sete enfermeiras diplomadas, poderia ser formada uma Seção. Em 1955, esse número foi elevado a 10. Em 1952, a Associação foi considerada de Utilidade Pública pelo Decreto nº 31.416/52. Em 21 de agosto de 1964, foi mudada a denominação para Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn. Atualmente a ABEn, com sede em Brasília, funciona através de Seções formadas nos Estados, e no Distrito Federal, as quais, por sua vez, poderão

subdividir-se em Distritos formados nos Municípios das Unidades Federativas da União.

Finalidades da ABEn

- Congregar os enfermeiros, técnicos e auxiliares em Enfermagem, incentivar o espírito de união e solidariedade entre as classes;
- Promover o desenvolvimento técnico, científico e profissional dos integrantes de Enfermagem do País.
- Promover integração às demais entidades representativas da Enfermagem, na defesa dos interesses da profissão.

3.2 Sistema Conselho Federal de Enfermagem e Conselhos Regionais de Enfermagem(COFEN/COREN'S)

Em 12 de julho de 1973, através da Lei 5.905, foram criados os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, constituindo em seu conjunto Autarquias Federais, vinculadas ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. O Conselho Federal e os Conselhos Regionais são órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiros, técnicos de Enfermagem e auxiliares de Enfermagem. Em cada estado há um Conselho Regional os quais estão subordinados ao Conselho Federal, que é sediado no Rio de Janeiro e com escritório Federal em Brasília.

Os Conselhos Regionais de Enfermagem são dirigidos pelos próprios inscritos, que formam uma chapa e concorrem a eleições. O mandato dos membros do COFEN/CORENs é honorífico e tem duração de três anos, com direito apenas a uma reeleição. A formação do plenário do COFEN é composta pelos profissionais que são eleitos pelos Presidentes dos CORENs.

A manutenção dos Sistemas COFEN/CORENs é feita através da arrecadação de taxas emolumentos por serviços prestados, anuidades, doações, legados e outros, dos profissionais inscritos nos CORENs.

São entidades públicas de direito privado vinculadas ao Poder Executivo, na esfera da fiscalização do exercício profissional. O objetivo primordial é zelar pela

qualidade dos profissionais de enfermagem, pelo respeito ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e cumprimento da Lei do Exercício Profissional.

O Sistema COFEN/CORENs encontra-se representado em 27 Estados Brasileiros, sendo este filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros em Genebra.⁴

3.2.1 Competências

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) órgão normativo e de decisão superior:

- normatizar e expedir instruções, para uniformidade de procedimento e bom funcionamento dos Conselhos Regionais;
- esclarecer dúvidas apresentadas pelos CORENs; e apreciar decisões dos CORENs, homologando, suprimindo ou anulando atos praticados por este;
- aprovar contas e propostas orçamentárias de autarquia, remetendo-as aos órgãos competentes;
- promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional;
- exercer as demais atribuições que lhe forem conferidas por lei.

Conselho Regional de Enfermagem (COREN) - órgão de execução, decisão e normatização suplementar:

- deliberar sobre inscrições no Conselho e seu cancelamento;
- disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observando as diretrizes gerais do COFEN;
- executar as instruções e resoluções do COFEN;
- expedir carteira e cédula de identidade profissional, indispensável ao exercício da profissão, a qual tem validade em todo território nacional;
- fiscalizar e decidir os assuntos referentes à Ética Profissional impondo as penalidades cabíveis;

- elaborar a proposta orçamentária anual e o projeto de seu regimento interno, submetendo-os a aprovação do COFEN;
- zelar pelo conceito da profissão e dos que a exercem;
- propor ao COFEN medidas visando à melhoria do Exercício Profissional;
- eleger sua diretoria e seus delegados eleitores a nível central e regional;
- exercer as demais atribuições que lhe forem conferidas pela Lei 5.905/73 e pelo COFEN.⁴

3.2.2 Sistema de Disciplina e Fiscalização

O Sistema de disciplina e fiscalização do exercício profissional da enfermagem, instituído por lei, desenvolve suas atividades segundo as normas baixadas por Resoluções do COFEN. O Sistema é constituído dos seguintes objetivos:

- área disciplinar normativa - estabelecendo critérios de orientação e aconselhamento, para o exercício de enfermagem, baixando normas visando o exercício da profissão, bem como atividade na área de Enfermagem nas empresas, consultórios de Enfermagem, observando as peculiaridades atinentes à classe e a conjuntura de saúde do país.
- área disciplinar corretiva - instaurando processo em casos de infrações ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, cometidas pelos profissionais inscritos e, no caso de empresa, processos administrativos, dando prosseguimento aos respectivos julgamentos e aplicações das penalidades cabíveis; encaminhando às repartições competentes os casos de alçada destas.
- área fiscalizatória - realizando atos e procedimentos para prevenir a ocorrência de infrações à legislação que regulamenta o exercício da Enfermagem; inspecionando e examinando os locais públicos e privados, onde a Enfermagem é exercida, anotando as irregularidades e infrações verificadas, orientando para sua correção e colhendo dados para a instauração dos processos de competência do COREN e encaminhando às repartições competentes, representações.⁵

Em 30 de agosto de 2000, entra em vigor a resolução COFEN 240/2000 que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências.

Essa resolução é a que estava em vigor no período da coleta de dados para esse trabalho. Está subdividido em 9(nove) capítulos assim dispostos:

3.2.3 Capítulo I - Dos Princípios Fundamentais - 6 artigos

Art. 1º – A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.

Art. 2º – O profissional de Enfermagem participa, como integrante da sociedade, das ações que visem satisfazer às necessidades de saúde da população.

Art. 3º – O profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 4º – O profissional de Enfermagem exerce suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.

Art. 5º – O profissional de Enfermagem presta assistência à saúde visando à promoção do ser humano como um todo.

Art. 6º – O profissional de Enfermagem exerce a profissão com autonomia, respeitando os preceitos legais da Enfermagem.

3.2.4 Capítulo II- Dos Direitos - 9 artigos

Art. 7º – Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência legal.

Art. 8º – Ser informado sobre o diagnóstico provisório ou definitivo de todos os clientes que estejam sob sua assistência.

Art. 9º – Recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem, quando impedido de cumprir o presente Código e a Lei do Exercício Profissional.

Art. 10 – Participar de movimentos reivindicatórios por melhores condições de assistência, de trabalho e remuneração.

Art. 11 – Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Enfermagem.

Parágrafo único – Ao cliente sob sua responsabilidade, deve ser garantida a continuidade da assistência de Enfermagem.

Art. 12 – Receber salários ou honorários pelo seu trabalho que deverá corresponder, no mínimo, ao fixado por legislação específica.

Art. 13 – Associar-se, exercer cargos e participar das atividades de entidades de classe.

Art. 14 – Atualizar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais.

Art. 15 – Apoiar as iniciativas que visem ao aprimoramento profissional, cultural e a defesa dos legítimos interesses de classe.

3.2.5 Capítulo III- Das Responsabilidades - 5 artigos

Art. 16 – Assegurar ao cliente uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 17 – Avaliar criteriosamente sua competência técnica e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para a clientela.

Art. 18 – Manter-se atualizado ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Art. 19 – Promover e/ou facilitar o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural do pessoal sob sua orientação e supervisão.

Art. 20 – Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe.

3.2.6 Capítulo IV- Dos Deveres- 21 artigos

Art. 21 – Cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão.

Art. 22 – Exercer a enfermagem com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.

Art. 23 – Prestar assistência de Enfermagem à clientela, sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 24 – Prestar à clientela uma assistência de Enfermagem livre dos riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.

Art. 25 – Garantir a continuidade da assistência de Enfermagem.

Art. 26 – Prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, riscos e consequências que possam ocorrer.

Art. 27 – Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar.

Art. 28 – Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente.

Art. 29 – Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em Lei.

Art. 30 – Colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento do cliente e família sobre o seu estado de saúde e tratamento, possíveis benefícios, riscos e consequências que possam ocorrer.

Art. 31 – Colaborar com a equipe de saúde na orientação do cliente ou responsável, sobre os riscos dos exames ou de outros procedimentos aos quais se submeterá.

Art. 32 – Respeitar o ser humano na situação de morte e pós-morte.

Art. 33 – Proteger o cliente contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde.

Art. 34 – Colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em casos de emergência, epidemia e catástrofe, sem pleitear vantagens pessoais.

Art. 35 – Solicitar consentimento do cliente ou do seu representante legal, de preferência por escrito, para realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino

em Enfermagem, mediante apresentação da informação completa dos objetivos, riscos e benefícios, da garantia do anonimato e sigilo, do respeito a privacidade e intimidade e a sua liberdade de participar ou declinar de sua participação no momento que desejar.

Art. 36 – Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo a vida e a integridade da pessoa humana.

Art. 37 – Ser honesto no relatório dos resultados da pesquisa.

Art. 38 – Tratar os colegas e outros profissionais com respeito e consideração.

Art. 39 – Alertar o profissional, quando diante de falta cometida por imperícia, imprudência e negligência.

Art. 40 – Comunicar ao Conselho Regional de Enfermagem fatos que infrinjam preceitos do presente Código e da Lei do Exercício Profissional.

Art. 41 – Comunicar formalmente ao Conselho Regional de Enfermagem fatos que envolvam recusa ou demissão de cargo, função ou emprego, motivado pela necessidade do profissional em preservar os postulados éticos e legais da profissão.

3.2.7 Capítulo V- Das Proibições - 29 artigos

Art. 42 – Negar assistência de Enfermagem em caso de urgência ou emergência.

Art. 43 – Abandonar o cliente em meio a tratamento sem garantia de continuidade da assistência.

Art. 44 – Participar de tratamento sem consentimento do cliente ou representante legal, exceto em iminente risco de vida.

Art. 45 – 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. 46 – Promover a eutanásia ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente.

Art. 47 – Administrar medicamentos sem certificar-se da natureza das drogas que o compõem e da existência de risco para o cliente.

Art. 48 – Prescrever medicamentos ou praticar ato cirúrgico, exceto os previstos na legislação vigente e em caso de emergência.

Art. 49 – Executar a assistência de Enfermagem sem o consentimento do cliente ou seu representante legal, exceto em iminente risco de vida.

Art. 50 – Executar prescrições terapêuticas quando contrárias à segurança do cliente.

Art. 51 – Prestar ao cliente serviços que por sua natureza incumbem a outro profissional, exceto em caso de emergência.

Art. 52 – Provocar, cooperar ou ser conivente com maus-tratos.

Art. 53 – Realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino, em que o direito inalienável do homem seja desrespeitado ou acarrete perigo de vida ou dano à sua saúde.

Parágrafo único – A participação do profissional de Enfermagem nas pesquisas experimentais deve ser precedida de consentimento, por escrito, do cliente ou do seu representante legal.

Art. 54 – Publicar trabalho com elementos que identifiquem o cliente, sem sua autorização.

Art. 55 – Publicar, em seu nome, trabalho científico do qual não tenha participação ou omitir em publicações, nomes de colaboradores e/ou orientadores.

Art. 56 – Utilizar-se, sem referência ao autor ou sem autorização expressa, de dados, informações ou opiniões ainda não publicados.

Art. 57 – Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa humana.

Art. 58 – Determinar a execução de atos contrários ao Código de Ética e demais legislações que regulamentam o exercício profissional da Enfermagem.

Art. 59 – Trabalhar e/ou colaborar com pessoas físicas e/ou jurídicas que desrespeitem princípios éticos de Enfermagem.

Art. 60 – Acumpliciar-se com pessoas ou instituições que exerçam ilegalmente atividades de Enfermagem.

Art. 61 – Pleitear cargo, função ou emprego ocupado por colega, utilizando-se de concorrência desleal.

Art. 62 – Aceitar, sem anuência do Conselho Regional de Enfermagem, cargo, função ou emprego vago em decorrência do previsto no Art. 41.

Art. 63 – 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. 64 – Assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que outro profissional assine as que executou.

Art. 65 – Receber vantagens de instituição, empresa ou de cliente, 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. 66 – Colaborar, direta ou indiretamente com outros profissionais de saúde, no descumprimento da legislação referente aos transplantes de órgãos, tecidos, esterilização ou fecundação artificial.

Art. 67 – Usar de qualquer mecanismo de pressão e/ou suborno com pessoas físicas e/ou jurídicas para conseguir qualquer tipo de vantagem.

Art. 68 – Utilizar, de forma abusiva, o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ordens, opiniões, inferiorizar as pessoas e/ou dificultar o exercício profissional.

Art. 69 – Ser conivente com crime, contravenção penal ou ato praticado por membro da equipe de trabalho que infrinja postulado ético profissional.

Art. 70 – Denegrir a imagem do colega e/ou de outro membro da equipe de saúde, de entidade de classe e/ou de instituição onde trabalha.

3.2.8 Capítulo VI- Dos Deveres Disciplinares - 8 artigos

Art. 71 – Cumprir as normas dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem.

Art. 72 – Atender às convocações dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, no prazo determinado.

Art. 73 – Facilitar a fiscalização do exercício profissional.

Art. 74 – Manter-se regularizado com suas obrigações financeiras com o Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 75 – Apor o número de inscrição do Conselho Regional de Enfermagem em sua assinatura, quando no exercício profissional.

Art. 76 – Facilitar a participação dos profissionais de Enfermagem no desempenho de atividades nos órgãos de classe.

Art. 77 – Facilitar o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa, devidamente aprovadas.

Art. 78 – Não apropriar-se de dinheiro, valor ou qualquer bem imóvel público ou particular de que tenha posse, em razão do cargo, ou desviá-lo em proveito próprio ou de outrem.

3.2.9 Capítulo VII- Das Infrações e Penalidades - 12 artigos

Art. 79 – 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. 80 – 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. 81 – Considera-se infração disciplinar a inobservância das normas dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem.

Art. 82 – Responde pela infração quem a cometer ou concorrer para a sua prática, ou dela obtiver benefício, quando cometida por outrem.

Art. 83 – A gravidade da infração é caracterizada através da análise dos fatos e causas do dano, suas consequências e dos antecedentes do infrator.

Art. 84 – A infração é apurada em processo instaurado e conduzido nos termos deste Código.

Art. 85 – As penalidades a serem impostas pelos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, conforme o que determina o Art. 18, 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.

Parágrafo primeiro – A advertência verbal consiste numa admoestação ao infrator, de forma reservada, que será registrada no prontuário do mesmo, na presença de duas testemunhas.

Parágrafo segundo – A multa consiste na obrigatoriedade de pagamento de 01 (um) a 10 (dez) vezes o valor da anuidade da categoria profissional a qual pertence o infrator, em vigor no ato do pagamento.

Parágrafo terceiro – A censura consiste em repreensão que será divulgada nas publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem.

Parágrafo quarto – A suspensão consiste na proibição do exercício da Enfermagem por um período não superior a 29 (vinte e nove) dias e será divulgada nas publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem.

Parágrafo quinto – A cassação consiste na perda do direito ao exercício da Enfermagem e será divulgada nas publicações dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

Art. 86 – As penalidade de advertência verbal, multa, censura e suspensão do exercício Profissional é da alçada dos Conselhos Regionais de Enfermagem; a pena de cassação do direito ao exercício Profissional é de competência do Conselho Federal de Enfermagem, conforme o disposto no Art. 18, 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. 87 – 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. 88 – As infrações serão consideradas leves, graves ou gravíssimas, conforme a natureza do ato e a circunstância de cada caso.

Parágrafo primeiro – São consideradas infrações leves as que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade.

Parágrafo segundo – São consideradas infrações graves as que provoquem perigo de vida, debilidade temporária de membro, sentido ou função em qualquer pessoa.

Parágrafo terceiro – 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. 89 – 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 atos sob emprego real de força física.
- V – Ter confessado espontaneamente a autoria da infração.

Art. 90 – São consideradas circunstâncias agravantes:

- I – Ser reincidente.
- II – Causar danos irreparáveis.

III – Cometer infração dolosamente.

IV – Cometer 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 mais antecedentes pessoais e/ou profissionais.

3.2.10 Capítulo VIII- Da Aplicação das Penalidades - 6 artigos

Art. 91 – As penalidades previstas neste Código somente poderão ser aplicadas, cumulativamente, quando houver infração a mais de um artigo.

Art. 92 – A pena de Advertência Verbal é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 16 a 26; 28 a 35; 37 a 44; 47 a 50; 52; 54; 56; 58 a 62 e 64 a 78 deste Código.

Art. 93 – A pena de Multa é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 16 a 75 e 77 a 79, deste Código.

Art. 94 – A pena de Censura é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 16; 17; 21 a 29; 32; 35 a 37; 42; 43; 45 a 53; 55 a 75 e 77 a 79, deste Código.

Art. 95 – A pena de Suspensão do Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 16; 17; 21 a 25; 29; 32; 36; 42; 43; 45 a 48; 50 a 53; 57 a 60; 63; 66; 67; 70 a 72; 75 e 79, deste Código.

Art. 96 – A pena de Cassação do Direito ao Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 16; 24; 36; 42; 45; 46; 51 a 53; 57; 60; 69 e 78, deste Código.

3.2.11 Capítulo IX- Das Disposições Gerais - 3 artigos

Art. 97 – Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 98 – Este Código poderá ser alterado pelo Conselho Federal de Enfermagem, por iniciativa própria e/ou mediante proposta de Conselhos Regionais. Parágrafo único – A alteração referida deve ser precedida de ampla discussão com a categoria.

Art. 99 – O presente Código entrará em vigor na data de sua publicação, revogando as demais disposições em contrário.⁵

O último Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem entrou em vigor no dia 08 de fevereiro de 2007 através da resolução COFEN 311/2007, revogando a resolução 240/2000. Nele estão organizados os princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais de enfermagem.⁶

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

Identificar as questões antiéticas, aéticas e iatrogênicas dos Profissionais da Enfermagem através da análise qualitativa dos processos ético-profissionais abertos junto ao COREN SP no período de 1º de janeiro de 2001 a 31 de dezembro de 2004.

4.2. Objetivos Específicos

- 1- Quantificar o número de processos ético-profissionais abertos
- 2- Identificar o perfil dos profissionais denunciados
- 3- Relacionar as infrações éticas com os artigos elencados no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
- 4- Analisar os processos ético-profissionais, sistematizando os resultados de modo a obter os principais tipos de denúncia, seus locais de ocorrência e a identificação dos tipos de denunciante.
- 5- Discutir a iatrogenia como fator predominante da infração ética de acordo com o observado em estudo prévio apresentado como tema livre no IX Congresso Brasileiro de Bioética Brasília em 2011.

5. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, documental e de corte qualitativo baseada na coleta de dados contidos nos autos dos processos ético-profissionais, no âmbito do COREN SP, no período de 1º de janeiro de 2001 a 31 de dezembro de 2004, por meio da utilização de um questionário, o questionário se encontra no Anexo 1. A escolha do período de pesquisa justifica-se, pois a partir de 30 de agosto de 2000 entrou em vigor a Resolução COFEN 240/2000 que aprovou o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Essa resolução é a que estava em vigor no período da coleta de dados para esse trabalho, desta maneira os artigos analisados neste trabalho se referem a esta resolução.

Do material coletado foram excluídos os processos ético-profissionais cujos dados não permitiram o preenchimento completo do questionário.

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Foram analisados 189 processos ético-profissionais no período de 1º de janeiro de 2001 até 31 de dezembro de 2004. Período de 4 (quatro) anos. A coleta desses dados foi feita no Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN SP, nos anos de 2010 e 2011. A escolha do período de pesquisa justifica-se, pois a partir do ano de 2000 entrou em vigor a Resolução COFEN 240/2000 que aprovou o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. O último Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem entrou em vigor no dia 08 de fevereiro de 2007 através da resolução COFEN 311/2007.

Foram analisados: o perfil dos profissionais no âmbito de andamento dos Processos Ético-Profissionais, as características da parte denunciante e da parte denunciada, os descritores mais comuns, os artigos infringidos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Do material coletado foram excluídos os processos ético-profissionais cujos dados não permitiram o completo preenchimento do questionário.

Após a coleta de dados em formulários impressos, um formulário eletrônico foi padronizado. Para garantir qualidade na digitação utilizou-se regras de acordo com tipos de variáveis (quantitativas e qualitativas) para a inserção de dados. O formulário foi realizado em EpiData 3.1 (The EpiDataAssociation, Odense M, Denmark). Após finalização da digitação bases para análise foram transferidas para um pacote de análise estatística. A análise estatística da presente pesquisa foi realizada por meio de técnicas de estatísticas descritivas.

Tabelas para sumarização de dados foram utilizadas na apresentação dos dados. Intervalo de confiança da proporção (IC 95%) foi utilizado para arguição de igualdade entre categorias de uma mesma variável.

A análise dos dados foi feita em pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science 20 ed.) para Windows (International Business Machine Corp, New York, USA). O nível de significância foi padronizado em $p \leq 0.05$.⁷

Ao todo foram construídas 9 tabelas.

6.1 Responsabilidade Civil

Tabela 1 – Distribuição do número (porcentagem) de pessoas denunciantes segundo a responsabilidade civil nos processos ético-profissionais. (COREN SP 2001 a 2004).

Atributos	n	%	IC Inferior	% IC Superior
JURÍDICA	156	83,9	78,1	89,64
FÍSICA	30	16,1	2,97	29,29
TOTAL	186	100		

Fonte: Coren São Paulo

A tabela 1 demonstra o número de pessoas denunciantes em termos de responsabilidade civil, sendo 156 (83,87) de pessoa jurídica e 30 (16,13%) de pessoa física. Observa-se uma nítida diferença entre as denúncias feitas por pessoa jurídica – comissões de ética, e pessoa física.

6.2 Pessoa Jurídica como Parte Denunciante

Tabela 2 – Distribuição do número (porcentagem) de pessoa jurídica entre as instituições públicas e privadas onde ocorreram as denúncias (COREN SP 2001 a 2004).

Atributos	n	%	IC Inferior	% IC% Superior
PÚBLICA	150	94,9	91,43	98,45
PRIVADA	8	5,06	35,51	88,84
TOTAL	158	100		

Fonte: Coren São Paulo

A tabela 2 demonstra que da análise de 158 processos ético-profissionais o número de pessoa jurídica entre as instituições foi de 150 (94,94%) em instituições públicas e 8 (5,06%) em privadas. A observação da tabela 2 permite concluir um predomínio de denúncias em instituições públicas (94,94%) quando comparadas com instituições privadas (5,06%).

Tabela 3 – Distribuição da localidade da denúncia entre a cidade de São Paulo e cidades do interior do estado de São Paulo de acordo com a pessoa jurídica como parte denunciante. (COREN SP 2001 a 2004).

Atributos	n	%	IC Inferior	% IC% Superior
INTERIOR	47	64,4	50,69	78,07
CAPITAL	26	35,6	17,21	54,02
TOTAL	73	100		

Fonte: Coren São Paulo

A tabela 3 demonstra que a localidade em números (porcentagem), contemplando a separação entre cidade de São Paulo e cidades do interior do estado de São Paulo, de acordo com a pessoa jurídica como parte denunciante foi de 47 (64,38%) no interior do estado de São Paulo e 26 (35,62%) na capital.

6.3 Pessoa Física como Parte Denunciante

Tabela 4 – Distribuição do número (porcentagem) de pessoa física como parte denunciante segundo a sua característica profissional. (COREN SP 2001 a 2004).

Atributos	n	%	IC Inferior	% IC% Superior
PACIENTE	13	52	35,51	88,3
ACOMPANHANTES	8	32	0	57,53
ENFERMEIRO	3	12	0	53,88
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	1	4	0	46,5
TOTAL	25	100		

Fonte: Coren São Paulo

A tabela 4 demonstra que a distribuição da característica profissional da parte denunciante sendo que 13 (52,0%) das pessoas foram caracterizadas como pacientes, 8 (32,0%) como acompanhantes, 3 (12,0%) como enfermeiros e 1 (4,0%) como auxiliar de enfermagem. A observação da tabela 4 permite concluir que a maioria das pessoas que denunciam são pacientes e que enfermeiros e auxiliares de enfermagem também aparecem como denunciante.

Tabela 5 – Distribuição da localidade da denúncia entre a cidade de São Paulo e cidades do interior do estado de São Paulo de acordo com a pessoa física como parte denunciante. (COREN SP 2001 a 2004).

Atributos	n	%	IC Inferior	% IC% Superior
INTERIOR	14	63,6	38,44	88,84
CAPITAL	8	36,4	3,03	69,7
TOTAL	22	100		

Fonte: Coren São Paulo

A tabela 5 demonstra que a localidade em números (porcentagem), contemplando a separação entre cidade de São Paulo e cidades do interior do estado de São Paulo, de acordo com a pessoa física como parte denunciante foi de 14 (63,64%) no interior do estado de São Paulo e 8 (36,36%) na capital.

6.4 Pessoa Física como Parte Denunciada

Tabela 6 – Distribuição do número (porcentagem) de pessoa física como parte denunciada, segundo a sua caracterização profissional (COREN SP 2001 a 2004).

Atributos	n	%	IC Inferior	% IC% Superior
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	105	55,60	46,39	64,72
ENFERMEIRO	64	33,90	22,68	45,04
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	17	8,99	0	22,11
ATENDENTE DE ENFERMAGEM	3	1,59	0	15,23
TOTAL	189	100		

Fonte: Coren São Paulo

A tabela 6 demonstra que a distribuição do número (porcentagem) de pessoa física da parte denunciada conforme a sua caracterização profissional foi de 105 (55,56%) como auxiliares de enfermagem, 64 (33,86%) como enfermeiros, 17 (8,99%) como técnicos em enfermagem, e 3 (1,59%) como atendentes de enfermagem. A observação da tabela 6 permite concluir que a expressiva maioria das pessoas físicas como parte denunciada foram os auxiliares de enfermagem, 105 vezes (55,56%) enquanto enfermeiros foram denunciados 64 vezes (33,9%). Houve, portanto, uma diferença entre pessoa física do auxiliar de enfermagem em relação a enfermeiros de 41 (86,05%).

Tabela 7 – Distribuição da localidade da denúncia entre a cidade de São Paulo e cidades do interior do estado de São Paulo de acordo com a pessoa física da parte denunciada (COREN SP 2001 a 2004).

Atributos	n	%	IC Inferior	% IC% Superior
CAPITAL	116	66,3	57,99	74,58
INTERIOR	59	33,7	22,08	45,35
TOTAL	175	100		

Fonte: Coren São Paulo

A tabela 7 demonstra que a localidade em números (porcentagem), contemplando a separação entre cidade de São Paulo e cidades do interior do estado de São Paulo, de acordo com a pessoa física como parte denunciada foi de 116 (66,29%) na capital e 59 (33,71%) no interior do estado de São Paulo. A observação da tabela 7 permite concluir que houve um predomínio da localidade da denúncia na capital 116 (66,29%) sobre cidades do interior do estado de São Paulo 59 (33,71%), com uma diferença de 57 (32,58%).

6.5 Descritores

Tabela 8 – Distribuição do número de descritores agrupados em tipos de infrações éticas envolvidos na denúncia, nos processos ético-profissionais analisados (COREN SP 2001 a 2004).

Atributo	n	%
IATROGENIA	73	38,83
FALSIDADE IDEOLÓGICA	37	19,68
ASSÉDIO MORAL	21	11,17
ABUSO DE PODER	20	10,64
FURTO	10	5,32
ABANDONO PLANTÃO	9	4,79
AGRESSÃO FÍSICA	7	3,72
ABUSO SEXUAL	6	3,19
AGRESSÃO VERBAL	5	2,66
TOTAL	188	100%

Fonte: Coren São Paulo

A tabela 8 demonstra que o número (porcentagem) de descritores mais comuns dentre os analisados nos processos ético-profissionais foram de 73 (38,83%) iatrogenia, 37 (19,68%) falsidade ideológica, 21 (11,17%) assédio moral, 20 (10,64%) abuso de poder, 10 (5,32%) furto, 9 (4,79%), abandono de plantão, 7 (3,72%) agressão física, 6 (3,19%) abuso sexual, e 5 (2,66%) agressão verbal. A observação da tabela 8 permite concluir uma predominância da iatrogenia 73 (38,83%). A diferença entre a iatrogenia e o segundo colocado, falsidade ideológica foi de 36 (49,32%). Falsidade ideológica 37 (19,68%), assédio moral 21 (11,17%) e abuso de poder 20 (10,64%) tiveram uma representatividade comparativa entre si inexpressivas, somando um total 78(41,49%).

6.6 Artigos

Tabela 9 – Distribuição da numeração dos artigos infringidos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, segundo o número e a porcentagem em ordem decrescente nos processos ético-profissionais analisados (COREN SP 2001 a 2004).

Artigo	Infração	%
ARTIGO 16	117	11,13
ARTIGO 21	106	10,09
ARTIGO 22	105	9,99
ARTIGO 24	95	9,04
ARTIGO 1	90	8,56
ARTIGO 4	49	4,66
ARTIGO 20	45	4,28

Fonte: Coren São Paulo

A tabela 9 demonstra a distribuição da numeração dos artigos infringidos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, segundo o número e a porcentagem em ordem decrescente, sendo que o artigo mais infringido, artigo 16, aconteceu em 117 vezes (11,13%). O artigo 16, do capítulo das responsabilidades, expressa: “Assegurar ao cliente uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.” Em segundo lugar aparece a infração ao artigo 21, 106 vezes (10,09%). O artigo 21, do capítulo dos deveres expressa: “Cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão.” Em terceiro lugar aparece a infração ao artigo 22, 105 (9,99%). O artigo 22, do capítulo dos deveres expressa: “Exercer a enfermagem com justiça, competência, responsabilidade e honestidade”. O artigo 24, do capítulo dos deveres expressa: “Prestar à clientela uma assistência de Enfermagem livre dos riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência”. O artigo 1, do capítulo dos princípios fundamentais expressa: “A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais”. O artigo 4, do capítulo dos princípios fundamentais expressa: “O profissional de Enfermagem exerce suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade”. O artigo 20, do capítulo das responsabilidades expressa: “Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe”.

7. DISCUSSÃO

Na introdução do meu trabalho cito um artigo que ressalta e sinaliza que a autonomia das pessoas trouxe uma nova questão ética: a da competência do indivíduo.¹

Dentro desse pensamento ético adiciono que a ética permeia todas as nossas atitudes e comportamentos e está presente em todas as relações com familiares, amigos, colegas de trabalho, clientes, etc. Todas estas relações são moldadas por ideias, princípios, valores e conceitos que existem dentro de nós e que definem a maneira como agimos, ou seja, que “aprovam” ou “desaprovam” nossas ações e condutas.⁸

Benner cita em seu artigo *The role of embodied emotion and the life world in nursing practice*, sete habilidades morais a serem seguidas pelos enfermeiros: 1) habilidade de relacionamento ao encontrar o outro demonstrando misericórdia, confiança e franqueza no discurso 2) criterioso, por exemplo, perceber quando um princípio moral está para ser quebrado 3) conhecimento técnico que permite comportamentos e ações éticas 4) pensamento moral que permita aprendizado sobre ações e decisões 5) uma compreensão dos alvos de uma boa prática de enfermagem 6) participação num trabalho na comunidade que permita o desenvolvimento do caráter e atualização da prática de enfermagem e 7) a capacidade de amar e de ser amado.⁹

Estes discursos morais agem sobre as enfermeiras de forma individual e são desempenhados através da sua participação em exercícios éticos específicos, que resultam na constituição de uma subjetividade desejada.

A Enfermagem vem se desenvolvendo com base em conhecimentos empíricos e teóricos fundamentados em múltiplas atividades profissionais voltadas para a assistência, o ensino, o gerenciamento e a pesquisa. Nesse desenvolvimento da profissão, é levado em conta o processo de trabalho da equipe de enfermagem, porquanto esse processo visa propiciar ações de cuidar de forma segura. Sendo assim, além da habilidade técnica, é imprescindível que os profissionais de enfermagem também detenham conhecimentos a respeito das normas

regulamentadoras do exercício, dos direitos e das obrigações profissionais. Contudo, esse conhecimento não deve substituir as dimensões éticas e morais que permeiam as ações desses profissionais.

Do ponto de vista ético, é esperado que o enfermeiro utilizasse sua criatividade ao gerenciar as ações assistenciais, ao tomar decisões e ao adequar os recursos humanos e materiais de que dispõe, assegurando um atendimento das necessidades dos pacientes com isenção de riscos, quando estes forem previsíveis e, portanto, passíveis de prevenção.

A previsibilidade é a possibilidade de ser antevisto o resultado nas condições em que o sujeito se encontrava no momento da realização de uma determinada ação. Assim, só há culpa profissional quando se puder estabelecer que o fato fosse possível de ser previsto pela perspicácia comum, normal dos homens. A previsibilidade deve, portanto, ser estabelecida também conforme a capacidade de previsão de cada indivíduo. Desse modo, o dever objetivo de cuidado é dirigido a todos, de se comportarem adequadamente, não se podendo exigir que as pessoas ajam desconfiando do comportamento de seus semelhantes. Nessa ótica, os profissionais de enfermagem devem zelar pela segurança e integridade do paciente, prevendo situações que o exponham a riscos previsíveis, conforme estipulado no próprio Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, ao tratar das responsabilidades e dos deveres: Assegurar uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência art. 16 e no art. 33: Proteger o cliente contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde.

As ações dos profissionais de enfermagem devem fundamentar-se nos valores da profissão e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, assegurando a promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais. Assim, os princípios e valores éticos devem nortear as nossas decisões na condução das atividades diárias, enquanto profissionais, ao mesmo tempo em que tais valores nos oferecem uma estrutura para dar suporte à nossa autonomia.¹⁰

Na Enfermagem, as relações de trabalho são reguladas pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), que discute o exercício da profissão com liberdade e autonomia. Embora ratificada, a liberdade parece ser tolhida diante de tantas normas legais, administrativas, éticas e institucionais que condicionam e delimitam a prática, e é exatamente aí que reside o paradoxo da liberdade/autonomia no contexto do trabalho do enfermeiro.

Estudo realizado sobre autonomia e prática assistencial indicou como dificuldades dos enfermeiros, para o exercício daquela prerrogativa, condições como: falta de conhecimento, de segurança, de recursos materiais e humanos, de competências nas relações interpessoais com a equipe e de liberdade, desvalorização profissional, paradigmas das instituições formadoras, hierarquia e burocracia dos empregadores, e o poder.¹¹

As ocorrências éticas podem, também, ser resultantes de dificuldades nas relações interpessoais ou interprofissionais, por exemplo, quando essas relações se revelam desrespeitosas. Estudo realizado com 18 enfermeiros participantes de CEE, acerca do papel desse órgão nas instituições de saúde que trabalham, revelou que as percepções desses enfermeiros abrangem as instâncias das relações humanas, passando pelo respeito, pelo bom relacionamento, sigilo, obediência às normas e leis. Revelou, também, a preocupação desses enfermeiros com a busca contínua do processo de melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente/cliente, assegurando o respaldo legal ao funcionário no cumprimento de seus deveres e na defesa dos seus direitos.¹²

7.1 Discussão dos Resultados

Os resultados obtidos neste trabalho nos permitem discutir as relações entre a ética profissional e os processos relacionados com as infrações ao Código de Ética de Enfermagem da Resolução COFEN 240/2000.

Com relação à distribuição da porcentagem de pessoas denunciantes segundo a responsabilidade civil nos processos ético-profissionais pode-se observar na tabela 1

uma nítida diferença entre as denúncias feitas por pessoa jurídica – Comissões de Ética de Enfermagem - CEE 83,87% e pessoa física 16,13%.

As comissões de ética tiveram sua criação em junho de 1994 através da resolução COFEN 172/1994. Acredita-se que, com as comissões de ética de enfermagem, as sindicâncias sobre problemas profissionais sejam mais bem encaminhadas e avaliadas. Também poderiam possibilitar melhores condições para uma análise da qualidade da assistência prestada e das condições de trabalho oferecidas. No artigo primeiro desta resolução é apresentada a definição da comissão como “órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo em caráter permanente junto às instituições de saúde, tendo funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem nas referidas instituições”.¹²

A maneira como a denúncia chega à CEE não foi estudada nesse artigo, entretanto, autores revelam que nos estabelecimentos de saúde os enfermeiros decidem quais as ocorrências que serão encaminhadas à CEE, a partir do julgamento de sua relevância. Este critério de relevância inclui de alguma forma o prejuízo ao paciente, à instituição e aos profissionais de saúde envolvidos.

Os resultados do nosso trabalho indicam que as ocorrências chegam à sua maioria ao COREN SP por meio de denuncia feita pelas CEEs, portanto, essas comissões podem desempenhar um importante papel na avaliação adequada da responsabilidade ética do profissional de enfermagem.

Com relação à distribuição da porcentagem de pessoa jurídica entre as instituições públicas e privadas a observação da tabela 2 nos permite concluir um predomínio de denúncias em instituições públicas 94,94% quando comparadas com instituições privadas 5,06%.

O sistema de saúde brasileiro de acordo com a Constituição Federal é constituído por um sistema único público e privado organizado em forma de uma complexa rede de prestadores e compradores de serviços, simultaneamente inter-relacionados, complementares e competitivos, financiado majoritariamente com

recursos públicos. Compõe-se por três principais subsetores: 1) o público, com serviços financiados e prestados pelo Estado, nos seus diversos níveis, incluindo-se os serviços próprios das forças armadas; 2) o privado (lucrativo e não lucrativo), financiado por sistemas de reembolso, que podem ser recursos públicos ou privados; 3) o de seguros privados, financiados diretamente pelo consumidor ou pelas empresas empregadoras (em geral de forma parcial), com diferentes níveis de preços e subsídios. A pluralidade do sistema de saúde brasileiro caracteriza-se, portanto, pela presença de diversos mercados de serviços de saúde com implicações variadas sobre a equidade no consumo. Além disso, é um sistema altamente centrado na assistência médica e no atendimento hospitalar, características que se acentuaram a partir dos anos 60 com o desenvolvimento da seguridade social.

Assim, desigualdades no uso de serviços de saúde, isto é, na atitude de procurá-los, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido, refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, assim como as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros.¹³

Os resultados do nosso trabalho indicam que as denúncias são feitas em sua grande maioria dentro de hospitais públicos, quando comparados com os hospitais privados demonstrando claramente o desnível da assistência oferecida por essas instituições, o que reflete no número de denúncias de infrações éticas.

Com relação à distribuição da localidade da denúncia entre a cidade de São Paulo e cidades do interior do estado de São Paulo de acordo com a pessoa jurídica (CEE) como parte denunciante 64,38% das denúncias ocorreram no interior do estado de São Paulo e 35,62% na capital, indicando, portanto um maior número de denúncias feitas pelas Comissões de Ética de Enfermagem- CEEs do interior do estado de São Paulo.

Os resultados do nosso trabalho indicam que somente em 73, de 189, processos éticos profissionais foi indicada a localidade da denúncia, e que no interior do estado de São Paulo foram constatadas as maiores denúncias.

Com relação à distribuição da porcentagem de pessoa física como parte denunciante segundo a sua característica profissional a tabela 4 nos permite observar que 52% das pessoas que denunciam são pacientes, seguidos por acompanhantes 32%. Os enfermeiros que denunciam foram 12% isto nos leva a entender que estes profissionais, com a atribuição deles como coordenador e supervisor da assistência de enfermagem, na instituição, não denunciam possíveis infrações cometidas. Sendo então que 84% das denúncias são de pacientes ou acompanhantes.

É relevante observar que em apenas 25 dos 189 processos foi possível identificar o autor da denúncia. Este achado está de acordo com a tabela 1 na qual se demonstra que em 156 dos 189 processos a responsabilidade civil foi da pessoa jurídica, isto é, das Comissões de Ética de Enfermagem. Entretanto, de acordo com o que expressa o artigo 33 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, a responsabilidade ética da proteção ao paciente contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência cabe a qualquer membro da equipe de saúde, incluindo o enfermeiro que no nosso trabalho não aparece como o agente individual da denúncia.⁵

Com relação distribuição da localidade da denúncia entre a cidade de São Paulo e cidades do interior do estado de São Paulo de acordo com a pessoa física como parte denunciante a tabela 5 demonstra que 63,64% das denúncias de pessoas físicas ocorreram no interior do estado de São Paulo e 36,36% na capital, indicando, portanto um maior número de denúncias feito por pessoa física no interior.

É relevante observar que em apenas 22 dos 189 processos foi possível identificar o a parte denunciante como pessoa física quando se compara interior com capital. Isto se deve provavelmente a dificuldade de acesso da pessoa física como denunciante às CEEs.

Com relação à distribuição da porcentagem de pessoa física como parte denunciada, segundo a sua caracterização profissional a observação da tabela 6 nos permite concluir que a maioria das pessoas físicas como parte denunciada foram os auxiliares de enfermagem em 55,56%, enquanto enfermeiros foram denunciados 33,9%. Isto significa uma diferença entre pessoa física do auxiliar de enfermagem em relação a enfermeiros de 86,05%.

De acordo com dados coletados junto ao CORENSP no período de realização do trabalho estavam inscritos 400.000 profissionais entre enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

A relação entre o número de enfermeiros e auxiliares de enfermagem denunciados é a mesma entre os inscritos nestas categorias.

Com relação à distribuição da pessoa física como denunciada, de acordo com a capital e cidades do interior do estado de São Paulo a observação da tabela 7 nos permite concluir que houve um predomínio da parte denunciada na capital, 66,29%, sobre cidades do interior do estado de São Paulo 33,71%, com uma diferença de 32,58%.

Os resultados indicam que houve uma maior caracterização da parte denunciada como pessoa física na capital do que no interior do estado de São Paulo. Conforme discutido anteriormente, com relação à tabela 1, houve uma nítida diferença entre as denúncias feitas às Comissões de Ética de Enfermagem CEE 83,87% e pessoa física 16,13%. Não obstante as denúncias que chegam à CEE não terem sido estudadas nesse trabalho, autores “revelam que nos estabelecimentos de saúde os enfermeiros decidem quais as ocorrências que serão encaminhadas à CEE, a partir do julgamento de sua relevância. Este critério de relevância inclui de alguma forma o prejuízo ao paciente, à instituição e aos profissionais de saúde envolvidos”. O que demonstra que nas cidades do interior do estado de São Paulo a maioria das denúncias chegam por meio das CEEs, portanto, essas comissões podem desempenhar um importante papel na avaliação adequada da responsabilidade ética do profissional de enfermagem.

Com relação à parte denunciada nossos dados demonstram uma outra forma de denúncia na capital com relação ao interior do estado de São Paulo, ou seja, surge como maioria a pessoa física da parte denunciada, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Com relação à distribuição do número de descritores agrupados em tipos de infrações éticas envolvidos na denúncia, dos Processos Ético-Profissionais analisados a

observação da tabela 8 permite concluir uma predominância da iatrogenia 38,83% dentre os descritores dos processos analisados. A diferença entre a iatrogenia e o segundo colocado, falsidade ideológica foi de 49,32%.

A iatrogenia palavra derivada do grego é composta por "iatro" que significa médico e "gênese", origem, sendo definida ora pela ação prejudicial dos profissionais de saúde, inclusive da equipe de enfermagem, durante a prestação da assistência, ora pelo resultado indesejável relacionado à observação, monitorização ou intervenção terapêutica. Sob o enfoque da competência profissional, é definida por Brennan, como negligência, quando decorrente de condutas que se encontram abaixo dos padrões estabelecidos, caracterizando um erro profissional e, portanto, passível de penalidades. Hart, por outro lado, a define como um evento indesejável, de natureza danosa ou prejudicial ao paciente, consequente ou não de falha do profissional envolvido na assistência. Paralelamente às diferentes conceituações, que por si só possibilitam diferentes interpretações, verifica-se como complicador a utilização de vasta terminologia para o termo iatrogenia, destacando-se entre eles: ocorrências adversas, complicações iatrogênicas, doença iatrogênica e eventos adversos. Soma-se a estes, incidente crítico, definido por Beckmann como um evento não intencional que reduz ou pode reduzir a segurança do paciente e que traduz conceito comum, aceito por unanimidade pelos estudiosos do assunto, independente da denominação a ele atribuída.^{14, 15, 16}

Ao lado desses fatores dificultadores, outros vêm se somar. Autores diversos afirmam que os aspectos legais envolvendo as ocorrências iatrogênicas, principalmente nos Estados Unidos, é outra dificuldade que tem levado à prática da medicina defensiva, aumentando consideravelmente o custo da assistência à saúde, forçando os profissionais a fazerem seguros dispendiosos e precipitando o encerramento da carreira profissional.^{17,18,19}

Por outro lado, por não trazer benefício ao paciente a iatrogenia traz o efeito de maleficência. Da obra "Princípios de ética e biomédica" de Beauchamp&Childress emerge os paradigmas do princípalismo com a proposta de uma bioética centrada na defesa e aplicação do princípio da beneficência, não-maleficência e justiça na vida

moral. Como existem muitos tipos de danos, o princípio da não-maleficência abarca regras morais mais específicas embora ocasionalmente outros princípios sejam invocados para ajudar a justificar essas regras. Exemplos da mesma incluem não matar, não causar dor ou sofrimento, não causar incapacitação, não causar ofensa, não despojar outros dos prazeres da vida. Nestas regras morais tanto o princípio como suas especificações são *prima facie* não absolutos. Numa primeira consideração, um dever não é absoluto, mas sim condicional. Diante de um conflito entre dois deveres *prima facie*, a pessoa terá que decidir-se por um deles. Logo, qualquer um dos deveres, embora sejam muito importantes num primeiro momento, não tem caráter de absoluto.²⁰

Em nosso meio, as denúncias decorrentes de eventos dessa natureza têm sido crescentes, resultando em maior preocupação do poder público e dos órgãos fiscalizadores profissionais no que se refere às situações ocorridas. Apesar dos problemas referidos, no entanto, depreende-se que simplesmente negar a existência das ocorrências iatrogênicas na prática assistencial pouca contribuição trará para os envolvidos, sejam profissionais, pacientes, familiares, instituições e sociedade. O que parece mais indicado e sensato é o incentivo ao desenvolvimento de pesquisas que explorem o problema, de modo a possibilitar intervenções que levem à prevenção das ocorrências, sempre que possível.²¹

Com relação à distribuição dos artigos infringidos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, segundo o número e a porcentagem em ordem decrescente nos Processos Ético-Profissionais analisados, a tabela 9 demonstra que o artigo mais infringido, artigo 16, aconteceu em 117 vezes (11,13%). O artigo 16, do capítulo das responsabilidades, expressa: “Assegurar ao cliente uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”.

Em segundo lugar aparece a infração ao artigo 21, 106 vezes (10,09%). O artigo 21, do capítulo dos deveres expressa: “Cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão”.

Em terceiro lugar aparece a infração ao artigo 22, 105 (9,99%). O artigo 22, do capítulo dos deveres expressa: “Exercer a enfermagem com justiça, competência, responsabilidade e honestidade”.

O artigo 20, do capítulo das responsabilidades expressa: “Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe”.

O artigo 22, do capítulo dos deveres expressa: “Exercer a enfermagem com justiça, competência, responsabilidade e honestidade”.

O artigo 24, do capítulo dos deveres expressa: “Prestar à clientela uma assistência de Enfermagem livre dos riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência”.

O artigo 1, do capítulo dos princípios fundamentais expressa: “A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais”.

O artigo 4, do capítulo dos princípios fundamentais expressa: “O profissional de Enfermagem exerce suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade”.

O artigo 20, do capítulo das responsabilidades expressa: “Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe”.

Importante ressaltar que apesar dos diferentes capítulos: dos deveres e das responsabilidades os artigos 16 e 24 são iguais. “Prestar à clientela uma assistência de Enfermagem livre dos riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência”, demonstrando o nível de importância que esses artigos representam.

Os nossos resultados indicam que o principal artigo infringido é o artigo 16 “Assegurar ao cliente uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”, demonstrando claramente que os profissionais

de enfermagem precisam ser capacitados para articular valores, conhecimentos e habilidades no desempenho da função e que suas ações visem à solução dos problemas éticos surgidos durante o exercício profissional.⁵

8. Conclusão

Os resultados obtidos neste trabalho nos permitem elaborar as conclusões sobre as relações entre a conduta ética do profissional do enfermeiro, do técnico em enfermagem e do auxiliar de enfermagem e os processos relacionados com as infrações ao Código de Ética de Enfermagem.

A maioria das ocorrências chega ao CORENSP por meio de denuncia feita pelas CEEs, portanto, essas comissões desempenham um importante papel na avaliação adequada da responsabilidade ética do profissional de enfermagem.

Com relação à distribuição do número de descritores agrupados em tipos de infrações éticas envolvidos na denúncia, dos Processos Ético-Profissionais analisados houve uma predominância da iatrogenia 38,83% dentre os descritores dos processos analisados. A diferença entre a iatrogenia e o segundo colocado, falsidade ideológica foi de 49,32%.

As denúncias são feitas em sua grande maioria dentro de hospitais públicos, quando comparados com os hospitais privados demonstrando claramente o desnível da assistência oferecida por essas instituições, o que reflete no número de denúncias de infrações éticas.

As denúncias entre a cidade de São Paulo e cidades do interior do estado de São Paulo de acordo com a pessoa jurídica (CEE) como parte denunciante indicam um maior número de denúncias feitas pelas Comissões de Ética de Enfermagem - CEEs do interior do estado de São Paulo.

As denúncias de pessoas físicas ocorreram no interior em 63,64% do estado de São Paulo e 36,36% na capital, indicando, portanto um maior número de denúncias feito por pessoa física no interior.

Houve uma maior caracterização da parte denunciada como pessoa física na capital do que no interior do estado de São Paulo.

As pessoas que denunciam 52% são pacientes, seguidos por acompanhantes 32%. Os enfermeiros que denunciam foram 12% isto nos permite concluir que estes

profissionais, com a atribuição deles como coordenador e supervisor da assistência de enfermagem, na instituição, não denunciam possíveis infrações cometidas.

A maioria das pessoas físicas como parte denunciada foram os auxiliares de enfermagem em 55,56%, enquanto enfermeiros foram denunciados 33,9%. Isto significa uma diferença entre pessoa física do auxiliar de enfermagem em relação a enfermeiros de 86,05%.

Com relação à distribuição dos artigos infringidos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, segundo o número e a porcentagem em ordem decrescente o artigo mais infringido, artigo 16, aconteceu em 11,13%.

Já não basta olhar para a ciência e para o modo como ela é tomada pelos profissionais médicos e enfermeiros apenas para perceber como são construídos as verdades e os corpos; as verdades sobre os corpos tomados pela técnica competente. Isto é fundamental, mas não suficiente. Agora é preciso achar possibilidades de pensar a constituição da subjetividade deste trabalhador.²²

9. Bibliografia

- 1-Oliveira RA. Bioética. Revista Brasileira de Psicanalise. 2012;46(1):105
- 2-Turkiewicz M. História da Enfermagem. Paraná: ETECLA; 1995.
- 3-Geovanini T, et al. História da Enfermagem: versões e Interpretações. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.
- 4- Brasil. Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União 13 de jul 1973; Seção 1:6.825.
- 5- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 240, de 30 agosto de 2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo, CORN; 2001. p. 277-89.
- 6- Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 311, de 17 de fevereiro de 2007. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. [Acesso em 12 jun 2013]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html
- 7- Pereira JCR. Bioestatística em outras palavras. São Paulo: Edusp, 2010. 424p.
- 8-Erdmann AL, Lentz RA. Ética e bioética. In: Mattioli H, Lentz RA, organizadoras. Técnico em saúde: habilitação em enfermagem. Florianópolis: EFOS/SC; 2002. p.18-24.
- 9-Benner P. The roles of embodied emotion and life world in nursing practice. Nursing Philosophy 2000 Jul; 1(1):5.
- 10-Freitas GF, Oguisso T. Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo. RevEscEnferm USP. 2008; 42(1):34-40.
- 11-Jesus MS, Said FA. Autonomia e a prática assistencial do enfermeiro. CogitareEnferm. 2008 Jul-Set; 13(3):410-21.
- 12-Freitas GF, Oguisso T. Perfil dos Profissionais de enfermagem e Ocorrências éticas. Acta Paul Enferm 2007; 20(4):489-94.

- 13-Almeida C, Travassos C, Porto S, Baptista T. . A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade. Washington, D.C.: Organização Panamericana de Saúde; jun. 1999. 82p. (OPAS. Pesquisa em Saúde Pública Documentos Técnicos, 17).
- 14-Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard medical practice study I. N Engl J Med. 1991; 324(6):370-6.
- 15-Hart GK, Baldwin I, Gutteridge G, Ford J. Adverse incident reporting in Intensive care. Anaesth Intensive Care. 1994; 22(5):556-61.
- 16-Beckmann U, Baldwin I, Durie M, Morrison A, Shaw L. The Australian incident monitoring study in intensive care: AIMS-ICU. An analysis of the first year of reporting. Anaesth Intensive Care. 1996; 24(3):320-9.
- 17- Manuel BM. Professional liability: a no – fault solution. N Engl J Med. 1990; 322(9):627-31.
- 18- Meyers AR. Lumping it: the hidden denomination of the medical malpractice crises. Am J Publ Health. 1987; 77(12):1544-6.
- 19-Tempelaar AF. Economic perspective on iatrogenics. [Presented at I International Conference on Iatrogenic Complications, Erasmus University. Rotterdam: 1992]
- 20-Penna, MHM, Duarte I, Cohen C, Oliveira RA. Concepções sobre o princípio da não maleficência e suas relações com a prudência. Revbioet. 2012; 20(1):78, 86-83.
- 21-Padilha KG. Considerações sobre as ocorrências iatrogênicas na assistência à saúde: dificuldades inerentes ao estudo do tema. Ver EscEnferm USP. 2001; 35(3):287-90.
- 22-Ramos FRS. O discurso da bioética na formação do sujeito trabalhador da saúde. Trab. educ. saúde. 2007; 5(1):51-78

10. Anexo I

PROCESSO DISCIPLINAR

PROCESSO ÉTICO Nº:

DATA DA DENÚNCIA:

DATA DA OCORRÊNCIA:

CARACTERÍSTICAS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

NOME:

NATUREZA JURÍDICA:

TIPO DE SERVIÇO:

MUNICÍPIO:

CARACTERIZAÇÃO DO DENUNCIANTE

PERSONALIDADE (FÍSICA OU JURÍDICA):

PESSOA FÍSICA:

PESSOA:

IDADE:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

GRAU DE PARENTESCO COM A VÍTIMA:

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

ESTADO DE RESIDÊNCIA:

PESSOA JURÍDICA:

TIPO DE INSTITUIÇÃO:

MUNICÍPIO:

ESTADO:

CARACTERÍSTICAS DA VÍTIMA

IDADE:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

DOENÇA DE BASE:

SITUAÇÃO DA VÍTIMA:

CONTEÚDO DA DENÚNCIA

DESCRIPTOR:

ARTIGOS INFRINGIDOS DO CÓDIGO DE ÉTICA

CARACTERIZAÇÃO DOS DENUNCIADOS

COREN:

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL:

SITUAÇÃO INSCRICIONAL:

PROCESSO ÉTICO ANTERIOR:

DATA DO NASCIMENTO:

IDADE NO MOMENTO DA OCORRÊNCIA:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

MUNICÍPIO DA RESIDÊNCIA:

ANDAMENTO DO PROCESSO DISCIPLINAR

DATA DESIGNAÇÃO DO INSTRUTOR:

DATA DA CITAÇÃO:

DATA DE ENCERRAMENTO DA INSTRUÇÃO:

DATA DO JULGAMENTO EM PLENÁRIA:

PENALIZAÇÃO

PENA APLICADA COREN:

RECURSO COFEN:

RESULTADO DO RECURSO:

PENA APÓS RECURSO:

DATA DA APLICAÇÃO DA PENA: