**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ELAINE CORRÊA DA SILVA

**A ANTÍTESE DO CUIDADO: CONTORNOS DA NEGLIGÊNCIA
NOS PROCESSOS ÉTICOS DO COREN-SP (2001 - 2010)**

**SÃO PAULO
2018**

ELAINE CORRÊA DA SILVA

**A ANTÍTESE DO CUIDADO: CONTORNOS DA NEGLIGÊNCIA
NOS PROCESSOS ÉTICOS DO COREN-SP (2001 - 2010)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutora em Ciências

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de
Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Genival Fernandes de Freitas

SÃO PAULO

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Elaine Corrêa da

A antítese do cuidado: contornos da negligência nos processos éticos do COREN-SP (2001 - 2010) / Elaine Corrêa da Silva. São Paulo, 2018.

137 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Genival Fernandes de Freitas

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Negligência. 2. Ética da enfermagem.
3. Responsabilidade profissional. 4. Enfermagem. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Nome: Elaine Corrêa da Silva

Título: A antítese do cuidado: contornos da negligência nos processos éticos do COREN-SP (2001 - 2010)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. Genival Fernandes de Freitas

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Aos meus *Pais (in memoriam)* pela vida, ensinamentos e incentivo constante para a minha conquista profissional.

À *minha irmã, irmãos, sobrinhas e sobrinhos*, pela compreensão das inúmeras vezes em que não pude estar junto; agora posso!

Ao *Professor Dr. Genival Fernandes de Freitas*, meu orientador, pela liberdade e confiança dada a mim na construção deste trabalho.

À amiga *Rosana Cardone*, que me acompanhou e me ajudou, desde o início deste trabalho, no enorme desafio de transformar meus pensamentos, ideias e textos exatamente no que eu queria dizer.

À *Fabíola de Campos Braga Mattozinho* e ao *Dr. Mauro Antônio Pires Dias da Silva*, que abriram as portas do Conselho de Enfermagem, possibilitando a realização dessa pesquisa.

Aos *meus colegas de pós-graduação*, pelos encontros gratificantes e ricos de aprendizagem.

À *equipe* do setor de Processos Éticos do COREN-SP, pela inestimável ajuda durante a fase de coleta de dados, muitíssimo obrigada!

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelo primoroso atendimento.

A todas *pessoas, colegas e amigos* que estiveram comigo e me apoiaram nessa trajetória.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À ***minha mãe, amiga e companheira***, que se foi durante a realização deste trabalho, o meu eterno agradecimento e amor. Você foi a pessoa mais presente e a que mais me motivou a levar à frente a realização deste sonho. Obrigada Mãe, te amo.

“O homem, quando ético, é o melhor dos animais; mas, separado da lei e da justiça, é o pior de todos” (Aristóteles).

“Responsabilidade é o cuidado reconhecido como dever pelo outro ser e que, devido à ameaça da vulnerabilidade, se converte em preocupação” (Hans Jonas).

RESUMO

Introdução: A negligência é um fenômeno de incidência crescente na enfermagem contemporânea, uma omissão frente ao cuidado bastante naturalizada no cotidiano profissional, mas que constitui infração ética grave, pois viola os preceitos éticos e a própria essência da profissão. Este estudo abordou a negligência cometida pelos profissionais de enfermagem no exercício da função nos processos éticos julgados pelo COREN-SP entre 2001 e 2010 e nas falas dos profissionais condenados nos processos éticos de negligência com criança. Contemplou-se a negligência nas dimensões conceitual, semântica, jurídica e ético-profissional, com o intuito de elucidar seus contornos, distingui-la das infrações éticas análogas imperícia e imprudência e dimensionar a responsabilidade do profissional condenado por conduta negligente. **Objetivos:** Identificar e classificar os casos de negligência profissional julgados pelo COREN-SP no período de 2001 a 2010; analisar as justificativas presentes nos depoimentos dos profissionais condenados nos processos éticos de negligência com criança e reconstituir o sentido do ato negligente nos depoimentos desses profissionais. **Métodos:** Delineou-se como percurso metodológico a pesquisa bibliográfica exploratória da literatura especializada, realizada em duas etapas, e a pesquisa documental dos processos éticos nas abordagens quantitativa e qualitativa. A primeira etapa da pesquisa bibliográfica concentrou-se em publicações nacionais que abordaram a negligência sem definição de recorte temporal. Localizou-se um número reduzido de 13 estudos e constatou-se a inexistência de um conceito de negligência no campo da enfermagem, pressuposto do estudo. Na segunda etapa, ampliou-se a revisão das publicações nacionais para 19 estudos e procedeu-se a revisão dos 11 estudos internacionais encontrados, realizada subsequentemente à leitura dos processos. Utilizou-se como referencial teórico-filosófico as concepções de ética, deliberação e responsabilidade de Aristóteles e de Hans Jonas. **Resultados:** O estudo quantitativo abrangeu 482 processos éticos e forneceu dados para a composição de um primeiro retrato da negligência na enfermagem. Identificou-se 68 processos de negligência e 20 processos de negligência com criança, dos quais selecionou-se sete para o estudo qualitativo, realizado mediante a análise de conteúdo dos depoimentos, na modalidade de análise temática. Tal abordagem propiciou uma definição mais específica de ato negligente e subsidiou a formulação de seis categorias analíticas. Observou-se, nos depoimentos, a mesma naturalização da negligência presenciada no cotidiano profissional, dado que os profissionais não se referiram à conduta negligente como negativa em suas falas mesmo quando esta resultou em consequências fatais, tampouco expressaram qualquer manifestação de pesar pelo efeito lesivo do ato praticado, buscando sempre atenuá-lo por meio de estratégias discursivas. **Conclusão:** Concluiu-se que o ato negligente comporta sempre um componente de deliberação e de responsabilidade pessoal, o que permitiu definir negligência como o descumprimento deliberado do dever de atender a necessidade do cuidado e confirmar que, na qualidade de conduta antiética, a negligência efetivamente afronta a responsabilidade profissional que decorre do compromisso ético inerente à profissão.

PALAVRAS-CHAVE: Negligência. Negligência em enfermagem. Ato negligente. Responsabilidade profissional. Ética. Infração ética. Conduta antiética. Cuidado de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Neglect is a phenomenon of growing incidence in contemporary nursing, comprising an omission regarding care, which is quite naturalized in professional daily life, but which constitutes a serious ethical breach, as it violates ethical precepts and the very essence of the profession. This study addressed neglect committed by nursing professionals in the exercise of their function in the ethical proceedings judged by COREN-SP between 2001 and 2010 and in the statements of professionals convicted in ethical proceedings of child neglect. Neglect in the conceptual, semantic, juridical and ethical-professional dimensions was contemplated, with the aim of elucidating its contours, distinguish it from analogous ethical infractions, malice and imprudence, and dimension the responsibility of professionals convicted for negligent conduct.

Purpose: To identify and classify the cases of professional neglect judged by COREN-SP in the period from 2001 to 2010; analyze the justifications present in the testimonies of convicted professionals in the ethical proceedings of child neglect; and reconstitute the meaning of the negligent act in the testimonies of these professionals.

Methods: The exploratory bibliographic research of the specialized literature, carried out in two stages, as well as the documentary research of the ethical proceedings in the quantitative and qualitative approaches were delineated as a methodological course. The first stage of the bibliographical research focused on Brazilian publications that addressed neglect without a definition of timeframes. A small number of 13 studies were located, and there was no concept of neglect in the field of nursing, which was the study's assumption. In the second stage, the review of the Brazilian publications for 19 studies was expanded, and the 11 international studies were reviewed following the reading of the proceedings. The conceptions of ethics, deliberation and responsibility of Aristotle and Hans Jonas were used as theoretical-philosophical references.

Results: The quantitative study covered 482 ethical proceedings and provided data for the composition of an initial image of nursing neglect. A total of 68 neglect cases and 20 child neglect cases were identified, of which seven were selected for the qualitative study, based on the analysis of the content of the testimonies, in the thematic analysis mode. This approach provided a more specific definition of a negligent act and subsidized the formulation of six analytical categories. The testimonies showed the same naturalization of the neglect observed in the professional daily life, as the professionals did not refer to the negligent conduct as negative in their statements, even when this resulted in fatal consequences, nor did they express any manifestation of regret by the injurious effect of the act, always seeking to alleviate it through discursive strategies.

Conclusion: It was concluded that the negligent act always involves a component of deliberation and personal responsibility, which enabled a definition of neglect as the deliberate failure to comply with the duty to provide the care needed and to confirm that, as an unethical conduct, neglect is an effective violation of professional responsibility, arising from the ethical commitment inherent in the profession.

KEYWORDS: Neglect. Nursing neglect. Negligent act. Professional responsibility. Ethics. Ethical infraction. Unethical conduct. Nursing care.

RESUMEN

Introducción: La negligencia es un fenómeno de incidencia creciente en la enfermería contemporánea, una omisión frente al cuidado bastante naturalizada en el cotidiano profesional, pero que constituye infracción ética grave, pues viola los preceptos éticos y la propia esencia de la profesión. Este estudio abordó la negligencia cometida por los profesionales de enfermería en el ejercicio de la función en los procesos éticos juzgados por COREN-SP entre 2001 y 2010 y en las conversaciones de los profesionales condenados en los procesos éticos de negligencia con niños. Se contempló la negligencia en las dimensiones conceptuales, semántica, jurídica y ético-profesional, con la intención de aclarar sus entornos, distinguirla de las infracciones éticas análogas impericia e imprudencia y dimensionar la responsabilidad del profesional condenado por conducta negligente. **Objetivos:** Identificar y clasificar los casos de negligencia profesional juzgados por COREN-SP en el período de 2001 a 2010; analizar las justificaciones presentes en los testimonios de los profesionales condenados en los procesos éticos de negligencia con niños y reconstituir el sentido del acto negligente en los testimonios de estos profesionales. **Métodos:** Se delineó como recorrido metodológico la investigación bibliográfica exploratoria de la literatura especializada, realizada en dos etapas, y la investigación documental de los procesos éticos en los enfoques cuantitativo y cualitativo. La primera etapa de la investigación bibliográfica se concentró en publicaciones nacionales que abordaron la negligencia sin definición de recorte temporal. Se ubicó un número reducido de 13 estudios y se constató la inexistencia de un concepto de negligencia en el campo de enfermería, presupuesto del estudio. En la segunda etapa, se amplió la revisión de las publicaciones nacionales para 19 estudios y se procedió a la revisión de los 11 estudios internacionales encontrados, realizada subsecuentemente a la lectura de los procesos. Se usó como referencial teórico-filosófico las concepciones de ética, deliberación y responsabilidad de Aristóteles y de Hans Jonas. **Resultados:** El estudio cuantitativo alcanzó 482 procesos éticos y proporcionó datos para la composición de un primer retrato de la negligencia en la enfermería. Se identificó 68 procesos de negligencia y 20 procesos de negligencia con niños, de los cuales se seleccionó siete para el estudio cualitativo, realizado mediante el análisis de contenido de los testimonios, en la modalidad de análisis temático. Tal enfoque propició una definición más específica de acto negligente y subsidió la formulación de seis categorías analíticas. Se observó, en los testimonios, la misma naturalización de la negligencia presenciada en el cotidiano profesional, dado que los profesionales no se refirieron a la conducta negligente como negativa en sus conversaciones así mismo cuando esta resultó en consecuencias fatales, tan poco expresaron cualquier manifestación de pesar por el efecto nocivo del acto practicado, buscando siempre atenuarlo por medio de estrategias discursivas. **Conclusión:** Se concluyó que el acto negligente comporta siempre un componente de deliberación y de responsabilidad personal, lo que permitió definir negligencia como el incumplimiento deliberado del deber de atender la necesidad del cuidado y confirmar que, en la calidad de conducta antiética, la negligencia efectivamente afronta la responsabilidad profesional que pasa del compromiso ético inherente a la profesión.

PALABRAS CLAVE: Negligencia. Negligencia en enfermería. Acto negligente. Responsabilidad profesional. Ética. Infracción ética. Conducta antiética. Cuidado de enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Estudos nacionais sobre negligência ou formas correlatas	36
Quadro 2	Ampliação dos estudos nacionais sobre negligência ou formas correlatas	42
Quadro 3	Artigos internacionais sobre negligência	45
Quadro 4	Categorias de análise e processos correspondentes	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Classificação das investigações segundo a natureza e o tipo de ocorrência	61
Tabela 2	Tipo de ocorrência de natureza assistencial	62
Tabela 3	Ocorrências de negligência	63
Tabela 4	Ocorrências de negligência segundo o grupo vítima	65
Tabela 5	Ocorrências de negligência segundo o sexo da vítima	66
Tabela 6	Ocorrências de negligência segundo a presença ou não de dano	66
Tabela 7	Ocorrências de negligência segundo a categoria profissional	67
Tabela 8	Ocorrências de negligência segundo o sexo do profissional	68
Tabela 9	Ocorrências de negligência segundo o tipo de instituição de saúde	69
Tabela 10	Ocorrências de negligência segundo o tipo de administração da instituição	70
Tabela 11	Ocorrências de negligência segundo a área de especialidade	71
Tabela 12	Ocorrências de negligência segundo o turno	72
Tabela 13	Ocorrências de negligência segundo a origem das denúncias	73
Tabela 14	Ocorrências de negligência segundo o denunciante	74
Tabela 15	Desfecho do julgamento dos profissionais	75
Tabela 16	Profissionais condenados por negligência segundo a categoria.	76

Tabela 17	Pena aplicada aos profissionais condenados por negligência	77
-----------	--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Contornos iniciais da negligência	17
1.2 A relevância de conhecer a negligência: justificativa do estudo	21
1.3 Objetivos do estudo	23
1.4 Caracterização, fundamentos e regulamentação dos processos éticos	24
1.5 Apresentação dos capítulos	24
2 DELINEAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO	26
2.1 Caracterização e desenvolvimento do estudo	27
2.1.1 Fase Exploratória	27
2.1.2 Fase descritiva documental	27
2.2 Delimitação temporal e local de estudo	29
2.3 Aspectos éticos	29
2.4 Critérios de inclusão e de exclusão	29
2.5 Procedimentos de coleta e tratamento de dados	30
2.5.1 Coleta e tratamento quantitativo dos dados dos processos	30
2.5.1.1 Classificação dos processos de negligência	31
2.5.1.2 Seleção dos processos de negligência com criança	31
2.5.2 Tratamento qualitativo dos processos de negligência com criança	31
3 REVISÃO DA LITERATURA	32
3.1 Estudos nacionais sobre negligência ou formas correlatas	33
3.1.1 Resultados apurados nos estudos nacionais	33
3.2 Ampliação dos estudos nacionais e inclusão de artigos internacionais	35
3.2.1 Resultados apurados na ampliação dos estudos nacionais	35
3.2.2 Resultados apurados nos artigos internacionais	37
4 APORTE TEÓRICO-FILOSÓFICO	41
4.1 Dimensão ética da negligência	42
	46

4.2 Ética, ação e responsabilidade na perspectiva aristotélica	51
4.3 Características e implicações do ato negligente	51
4.4 Responsabilidade como princípio na ética de Hans Jonas	51
4.5 O ato negligente como ação irresponsável	55
5 RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS	56
5.1 Análise quantitativa dos processos éticos	58
5.1.1 Investigações decorrentes dos processos éticos	60
5.1.2 Ocorrências de natureza assistencial	60
5.1.3 Ocorrências de negligência	61
5.1.4 Negligência segundo o grupo vítima	62
5.1.5 Negligência segundo o sexo da vítima	63
5.1.6 Negligência segundo a presença ou não de dano	64
5.1.7 Negligência segundo a categoria profissional	65
5.1.8 Negligência segundo o sexo do profissional	66
5.1.9 Negligência segundo o tipo de instituição de saúde	67
5.1.10 Negligência segundo o tipo de administração da instituição	68
5.1.11 Negligência segundo a área de especialidade	69
5.1.12 Negligência segundo o turno de ocorrência	70
5.1.13 Negligência segundo a origem das denúncias	71
5.1.14 Negligência segundo o denunciante	72
5.1.15 Desfecho do julgamento dos profissionais	72
5.1.16 Profissionais condenados por negligência segundo a categoria	73
5.1.17 Pena aplicada aos profissionais condenados por negligência	75
5.2 Análise temática dos processos éticos de negligência com criança	75
5.2.1 Apresentação dos processos éticos de negligência com criança	76
5.2.2 Síntese dos processos éticos de negligência com criança	78

5.2.2.1 Síntese do Processo 1	78
5.2.2.2 Síntese do Processo 2	79
5.2.2.3 Síntese do Processo 3	79
5.2.2.4 Síntese do Processo 4	80
5.2.2.5 Síntese do Processo 5	80
5.2.2.6 Síntese do Processo 6	81
5.2.2.7 Síntese do Processo 7	82
5.3 Elaboração das categorias de análise	82
5.4 Análise dos depoimentos segundo a categoria	83
5.4.1 Desidentificação	83
5.4.2 Desvalorização do procedimento	86
5.4.3 Projeção	86
5.4.4 Minimização	89
5.4.5 Vitimização	94
5.4.6 Inobservância da responsabilidade	97
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICE A	117
APÊNDICE B	124
ANEXO 1	131
ANEXO 2	133
	134
	135

1 INTRODUÇÃO

O mundo contemporâneo é marcado por intensas e sucessivas transformações mediadas pela tecnologia, as quais afetaram indistintamente todas as esferas da sociedade e criaram novas formas de viver e de agir.

A enfermagem, como campo específico do saber, não ficou alheia a esse processo de inovação tecnológica e reorganização do trabalho, que alterou profundamente a rotina dos profissionais de saúde e consagrou uma nova forma de lidar com o cuidado.

Tal mudança estabeleceu um novo paradigma para a profissão: elevou o rigor na execução dos procedimentos, sofisticou os protocolos e ampliou o controle sobre o processo de trabalho, o que conferiu maior autonomia ao profissional de enfermagem e favoreceu a apropriação dos saberes e práticas de seu ofício.

Paralelamente, o paciente – que é o foco do cuidado – também mudou: adquiriu maior acesso à informação e consciência sobre seus direitos, com reflexos na sua participação na condução do tratamento, bem como na interação com os profissionais de saúde em geral e com o enfermeiro em particular.

Ao enfermeiro de hoje, não basta apenas prestar corretamente a assistência, é preciso dominar o novo cenário de complexidade tecnológica, atuar com propriedade nesse ambiente repleto de desafios, que exige a redefinição constante do seu papel profissional e, principalmente, a renovação diária do seu compromisso de cuidar.

Entretanto, pressionado por um cotidiano instável, repleto de exigências ininterruptas, o enfermeiro contemporâneo nem sempre consegue priorizar o cuidado e, por vezes, assume – involuntária ou deliberadamente – posturas opostas ao que preconiza o código de conduta da função que ocupa e que contrariam o espírito da profissão que escolheu.

Do ponto de vista concreto, porém, é dever do profissional de enfermagem agir com base em princípios éticos para a preservação dos interesses, direitos e segurança do paciente, conforme prevê a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Brasil, 1986), que estabelece as competências profissionais, e o Código de Ética (COFEN, 2007), que regulamenta a conduta.

Tal necessidade fica ainda mais ressaltada numa época que elegeu a transparência como valor fundamental e pressupõe a interatividade nas relações sociais, na qual o paciente, apoiado por uma legislação voltada para a proteção e garantia de seus direitos individuais, tem mais poder de intervenção sobre o cuidado recebido e dispõe de canais de representação mais efetivos.

É nesse panorama que se insere a questão central do estudo que viabilizou a construção desta tese: a negligência cometida pelo profissional de enfermagem no exercício da função, fenômeno de incidência crescente na enfermagem contemporânea, revelador do impacto das mudanças recentes na escala de valores sociais e na percepção dos preceitos éticos que norteiam a profissão.

1.1 Contornos iniciais da negligência

Esta tese focalizou e investigou a negligência cometida pelos profissionais de enfermagem no exercício da função, configurada como infração ética nos processos julgados pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - COREN-SP entre 2001 e 2010.

Desde o início, ainda na elaboração do projeto que lhe deu origem, e durante toda a trajetória da pesquisa, interessou particularmente compreender a negligência em sua especificidade: a natureza e abrangência do fenômeno, o dano eventualmente provocado, a gravidade e os tipos de sanção aplicados, mas, sobretudo, conhecer as justificativas apresentadas pelos profissionais para o cometimento do ato negligente.

Pondera-se inicialmente que, no âmbito profissional, a negligência constitui um evento de ordem ética, um deslize comportamental que caracteriza uma omissão deliberada, uma abstenção de agir em detrimento de uma atitude que deveria ser originalmente positiva.

Segundo Freitas e Oguisso (2003), o prejuízo decorrente da omissão do profissional constitui ocorrência ética. Nesse sentido, por ser potencialmente lesiva, a negligência, juntamente com as práticas correlatas da imperícia e imprudência, aloca-se entre as ocorrências éticas, definidas pelos autores como:

Eventos danosos causados por profissionais de enfermagem no decorrer do exercício e que têm a ver com a atitude inadequada face ao colega de trabalho, à clientela ou à instituição em que trabalha (Freitas, Oguisso, 2008, p. 36).

Na mesma perspectiva, a conduta negligente configura também infração ética, prevista no art. 113 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - CEPE (COFEN, 2007): “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”.

Do ponto de vista conceitual, elegeu-se a definição de negligência de Houaiss (2009), cujas quatro acepções abarcam as diferentes conotações do termo: “1. falta de cuidado; incúria; 2. falta de apuro, de atenção; desleixo, desmazelo; 3. falta de interesse, de motivação; indiferença, preguiça; 4. inobservância e descuido na execução de ato (termo jurídico)”.

Na esfera jurídica, em sentido lato, a negligência é definida como ato ilícito, contemplado pelo Código Civil - CC (Brasil, 2002):

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

No que tange à área de enfermagem, a negligência tem previsão específica nos artigos 12, 21 e 40 do CEPE (COFEN, 2007), sob o subtítulo Responsabilidades e Deveres - Seção I, no qual está implícita a noção de que é responsabilidade do profissional evitar sua ocorrência (vide justificativa apresentada na seção 1.2).

De acordo com Freitas e Oguisso (2003, p. 637):

Responsabilidade é o dever jurídico de responder pelos próprios atos ou de outrem, sempre que estes atos violem os direitos de terceiros protegidos por Lei, garantindo o ressarcimento de danos causados culposamente, seja por imperícia, negligência ou imprudência, por parte do profissional.

Sobre este aspecto, em particular, os autores assinalam que:

A responsabilidade jurídica pode ser aferida, independentemente da responsabilidade ética, através da indenização ou ressarcimento dos danos acarretados ao cliente, ou mesmo impondo-se penas de ordem não pecuniária, como a proibição do exercício profissional por determinado período ou a cassação do direito de exercer a profissão (Freitas, Oguisso, 2003, p. 638).

Em relação ao aspecto ético, Oguisso (2006, p. 83) aponta que a responsabilidade ética “decorre da infração ética, ou seja, do descumprimento de normas, valores ou princípios éticos”, ao que Freitas (2005, p. 192) acrescenta: “um comportamento profissional pode ser tido como antiético mesmo não havendo previsão no CEPE sobre ele”.

No que concerne à responsabilidade penal, a negligência figura no Código Penal - CP (Brasil, 1997) como crime culposo:

Art. 18 - Diz-se o crime:

Crime doloso

I - doloso, quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo;

Crime culposo

II - culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia.

Para uma compreensão mais acurada do conceito de negligência, é também fundamental apresentar a distinção entre as noções de dolo e culpa.

Em relação ao dolo, Rodrigues (2000, p. 145) afirma: “O dolo se caracteriza pela ação ou omissão do agente, que, antevendo o dano que sua atitude vai causar, deliberadamente prossegue, com o propósito mesmo de alcançar o resultado danoso”. Portanto, existe dolo quando a ação é praticada de modo direto e intencional. Já a culpa, de acordo com Soares (1996, p. 30), é definida como: “a falta cometida contra o dever, por ação ou omissão precedida de ignorância ou negligência”. Neste caso, não existe a intenção de provocar o dano, que ocorre devido a um comportamento negligente e implica sempre no não cumprimento de um dever preexistente.

Para Diniz (1999, p. 40), tal definição corresponde à culpa em sentido estrito: “caracterizada pela imperícia, imprudência ou negligência, sem qualquer deliberação de violar um dever”. A autora acrescenta ainda que, nesta modalidade de culpa, “não se reclama que o ato danoso tenha sido, realmente, querido pelo agente, pois ele não deixará de ser responsável pelo fato de não ter-se apercebido do seu ato nem medido as suas conseqüências” (Diniz, 1999, p. 40).

O entendimento da negligência requer ainda sua contraposição com as definições de imprudência e imperícia. Naquilo que as aproxima, Jesus (2012, p. 341) informa que tanto a imprudência como a negligência e a imperícia “são formas de manifestação da inobservância do cuidado necessário”, aspecto essencial para os propósitos deste estudo. Sobre o que as distingue, afirma o autor que negligência é “a ausência de precaução ou indiferença em relação ao ato realizado”. Já a imprudência, é definida como “a prática de um ato perigoso” e a imperícia, como “a falta de aptidão para o exercício de arte ou profissão”, que “pressupõe que o fato tenha sido cometido no exercício desses misteres”. E observa ainda que “enquanto na negligência o sujeito deixa de fazer alguma coisa que a prudência impõe, na

imprudência ele realiza uma conduta que a cautela indica que não deve ser realizada” (Jesus, 2012, p. 342).

A título de exemplo, Oguisso (2006) e Oguisso, Silva e Freitas (2017) explicam que comete negligência o profissional de enfermagem que atua com descuido ao preparar medicamentos e erra na dosagem ou na via de administração, age com imprudência o enfermeiro que delega uma atividade privativa para o técnico de enfermagem e, com imperícia, aquele que realiza um procedimento para o qual não está capacitado.

No que concerne à aproximação do estudo proposto com o Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem - PPGEn da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EE-USP, a escolha da negligência como objeto de análise possui notória sintonia com o escopo do Gerenciamento de Enfermagem que, para além do cuidado direto com o paciente e das funções administrativas, inclui uma dimensão ética, de relevância perene para a enfermagem.

A responsabilidade exclusiva pelo exercício da atividade gerencial foi determinada pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (Brasil, 1986) e cabe privativamente ao enfermeiro.

Como área específica, o Gerenciamento de Enfermagem engloba as atividades de assistência, administração e educação e tem como finalidade a prestação de um cuidado sistematizado, que inclui tanto o cuidado direto, a assistência direta aos pacientes, como o cuidado indireto, o gerenciamento administrativo e a provisão da unidade. Por conseguinte, a despeito da crítica comum de que o enfermeiro prioriza a função administrativa, a ênfase no cuidado indireto é necessária, pois permite suprir adequadamente a unidade de recursos humanos e materiais e promover a capacitação continuada da equipe, o que, em última análise, assegura uma assistência de qualidade ao paciente.

As funções inerentes ao Gerenciamento de Enfermagem são constantemente acompanhadas por preocupações de natureza ética e estão sujeitas a uma multiplicidade de eventos ou ocorrências éticas, pois as decisões tomadas no âmbito administrativo ou da assistência têm impacto sobre os profissionais, pacientes e familiares. Para Freitas (2005), tais ocorrências éticas não se limitam a falhas técnicas, mas podem estar relacionadas à atitude inadequada do profissional de enfermagem

como a falta de atenção, de habilidades e conhecimentos técnicos e de zelo ou prudência durante a assistência. E podem decorrer diretamente da omissão, quando o profissional deixa de observar o dever de cuidado ou, nas palavras do autor, “quando o profissional deixa de fazer uma ação esperada e com isso acarreta uma situação de risco ou de prejuízo a outrem” (Freitas, 2005, p. 29), conduta que caracteriza negligência.

1.2 A relevância de conhecer a negligência: justificativa do estudo

Ao refletir sobre as razões que me levaram à escolha da negligência como objeto de estudo, constatei que a postura antiética de determinados profissionais no exercício de sua função sempre me inquietou, mais do que isso, sempre me provocou desconforto, pois considero o desinteresse e a indiferença diante de situações de necessidade e vulnerabilidade como absolutamente reprovável.

De todas as condutas profissionais antiéticas, a negligência é a que mais afronta a essência da enfermagem, dado que, do ponto de vista conceitual, o termo significa descuido, logo, representa a antítese do cuidado. Esta dimensão semântica justifica, inicialmente, a opção pelo tema da negligência, seja como atitude irrefletida, despreocupação ou desatenção deliberada, já que tais acepções contidas no termo captam o sentido da prática e são, todas, passíveis de aplicação no contexto do estudo.

O tema também ganhou vulto em minha reflexão por ser cada vez mais recorrente, de gravidade crescente e aparentemente pouco representativo para os profissionais, que demonstravam naturalidade ao agir de modo negligente, mesmo quando sua atitude contrariava flagrantemente a norma estabelecida ou a conduta prevista na função.

No meu cotidiano de enfermeira e professora, presenciei reiteradamente atitudes de desleixo no atendimento aos pacientes, aos familiares e aos próprios membros da equipe, tanto entre os pares, quanto entre os diferentes níveis hierárquicos, comportamento que se revelou sempre nocivo, uma vez que todo ato negligente traz riscos concretos à integridade do paciente.

Mesmo diante de quadros de risco iminente, testemunhei atitudes de descaso e descompromisso por parte dos profissionais de enfermagem, o que não raro

expunha o paciente a danos consideráveis e, por vezes, irreversíveis. Particularmente neste sentido, a negligência também representa uma violação à própria essência da enfermagem, na medida em que contradiz o princípio que a fundamenta – *primum non nocere* –, cujo significado literal é: antes de tudo, não causar dano.

Ademais, a negligência é uma prática grave, que fere os preceitos éticos do CEPE (COFEN, 2007) e chega a constituir infração profissional, conforme expresso no Capítulo I - Das Relações Profissionais, Seção I - Das Relações com a Pessoa, Família e Coletividade, no subtítulo Responsabilidades e Deveres: “Art. 12 - Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”.

Sob outros enfoques, que consideram especificamente a proteção do paciente e a ação de terceiros, a prática também figura em mais dois artigos do CEPE (COFEN, 2007):

Art. 21 - Proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da Equipe de Saúde.

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

Entretanto, a despeito das advertências do CEPE (COFEN, 2007) e das queixas dos usuários dos serviços de saúde, que ganham cada vez mais visibilidade na mídia, a questão não tem merecido a mesma atenção da categoria. As acusações de negligência no trato com o paciente – e mesmo entre a equipe – nem sempre têm o devido reconhecimento da sua gravidade ou suscitam qualquer demonstração de constrangimento por parte dos profissionais, mas são quase naturalizadas como uma entre tantas condutas possíveis e aceitáveis.

Tal postura sugere que, na origem do ato negligente, encontra-se a ausência de compromisso ético dos profissionais de enfermagem, aspecto relevante porque afeta o desempenho da equipe, prejudica a assistência e, em última análise, compromete a imagem do enfermeiro perante a sociedade.

Nessa perspectiva, o estudo da negligência é relevante também do ponto de vista institucional, pois o ato negligente opõe-se frontalmente aos programas de humanização da saúde, cuja filosofia propõe a melhoria na qualidade da atenção ao usuário.

O desenvolvimento do estudo mostrou-se viável e foi facilitado pela existência de um *corpus* documental abundante e disponível nos arquivos do COREN-SP: 482 processos éticos relativos ao período definido para o estudo (2001-2010), no qual o objeto de investigação possui menção pontual.

Por fim, o interesse de desenvolver um estudo aprofundado sobre negligência na enfermagem deve-se ainda ao fato de que, até o momento da feitura desta tese, o tema não mereceu tratamento específico na produção acadêmica da área, sendo o ato negligente mais comumente considerado em conjunto com outras modalidades de conduta profissional inadequada.

Nesse sentido, entende-se que um enfoque específico e pormenorizado da negligência se justifica, sobretudo, por representar uma contribuição substancial para a elucidação das ocorrências éticas em enfermagem, bem como por fomentar o interesse sobre o tema e abrir caminho para estudos futuros.

1.3 Objetivos do estudo

Após a contextualização do tema no cenário macro de complexidade tecnológica e da elucidação das vinculações da negligência às questões éticas e tendências contemporâneas, e ciente da existência de um *corpus* documental abundante, definiu-se os objetivos que conduziram o desenvolvimento do estudo.

Os objetivos estabelecidos refletem os passos projetados para o alcance dos propósitos que inspiraram a concretização desta tese e foram assim sintetizados:

- Identificar e classificar os casos de negligência profissional nos processos éticos julgados pelo COREN-SP no período de 2001 a 2010.
- Analisar as justificativas presentes nos depoimentos dos profissionais condenados nos processos éticos de negligência com criança julgados pelo COREN-SP no período de 2001 a 2010.
- Reconstituir o sentido do ato negligente nos depoimentos dos profissionais condenados nos processos éticos de negligência com criança julgados pelo COREN-SP no período de 2001 a 2010.

1.4 Caracterização, fundamentos e regulamentação dos processos éticos

Os processos éticos analisados nesta tese constituem uma modalidade de documento oficial da maior importância para o exercício da profissão e para a segurança do profissional, na medida em que asseguram a lisura na averiguação de eventuais infrações éticas e disciplinares.

Em definição sucinta, processo ético é o instrumento de apuração das infrações éticas cometidas ou atribuídas aos profissionais de enfermagem produzido e regulado pelo Código de Processo Ético-Disciplinar da Enfermagem - CPED (COFEN, 2010), que sistematiza e rege a aplicação do CEPE (COFEN, 2007).

O código de processo atualmente vigente, Código de Processo Ético Disciplinar - CPED, foi implantado pela Resolução COFEN Nº 370/2010. Os processos analisados no estudo, porém, situam-se entre 2001 e 2010 e foram, portanto, regulados pelo código de processo que vigorava à época, o Código de Processo Ético - CPE, aprovado pela Resolução COFEN Nº 252/2001. Os dois códigos apresentam diferenças no número de artigos, 162 e 67, respectivamente, mas não diferem em relação ao rito dos processos.

No código anterior, CPE (COFEN, 2001), os processos eram designados somente como “Processos Éticos”. Atualmente, no CPED (COFEN, 2010), são denominados “Processos Éticos-Disciplinares”. No entanto, para os fins de unificar a linguagem empregada no presente estudo, optou-se pela utilização da forma simplificada “processos éticos”, que será mantida ao longo de todo o texto a partir deste ponto.

No CPE (COFEN, 2001), que regulou a tramitação dos processos analisados, os processos éticos eram instaurados por ofício, denúncia ou representação. Atualmente, pelo novo código, os processos éticos são instaurados somente por ofício ou denúncia, definida pelo art. 21 como o “ato pelo qual se atribui a alguém a prática de infração ética ou disciplinar” (CPED, COFEN, 2010).

Considera-se infração ética a ação, omissão ou conivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do CEPE (COFEN, 2007, Art. 113) e infração disciplinar a inobservância das normas dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem do CEPE (COFEN, 2007, Art. 114).

As denúncias podem ser apresentadas por pessoa física ou jurídica e são encaminhadas à respectiva sede do COREN do estado em que o profissional mencionado está inscrito. A denúncia dá início ao procedimento ético-disciplinar, que consiste na abertura de sindicância ética. Todavia, nem toda denúncia gera automaticamente um processo ético. Para que seja aceita e dê início à apuração dos fatos, é preciso que haja indícios de infração ética ou disciplinar. Quando a denúncia ocorre por ofício, inicia-se a investigação por determinação do Presidente do Conselho a partir de comunicações de irregularidades recebidas diretamente ou da mídia televisiva ou impressa (Mattozinho, Silva, Freitas, 2017).

Após a denúncia, os processos passam pelas fases de admissibilidade e de instrução processual. Nesta fase, toma-se o depoimento do denunciante e do acusado, registrado no “Termo de Depoimento”, ouvem-se as testemunhas e acolhe-se a “Defesa Prévia” e a “Alegação Final”, apresentadas pelo próprio acusado ou pelo advogado, seu representante legal.

Finalizada a instrução processual, a Comissão de Instrução elabora um relatório e apresenta sua conclusão, fundamentada sobre a caracterização da infração cometida. O relatório é então remetido ao Presidente do Conselho e encaminhado por ele a um Conselheiro, designado para emitir o parecer conclusivo para o julgamento, que indicará se houve ou não transgressão ao CEPE (COFEN, 2007).

O julgamento realizado pelo COREN é denominado julgamento em primeira instância, no qual o profissional tem o caso julgado e sentenciado pela primeira vez. É a fase decisória, que ocorre após a análise de todos os documentos dos autos do processo e da manifestação das partes envolvidas.

Neste julgamento, o parecer conclusivo é examinado pelo Plenário, que delibera pela responsabilização ou absolvição do acusado e, em caso de condenação, fixa a pena. O Plenário é o órgão máximo de deliberação dos conselhos regional e federal de enfermagem, constituído como tribunal de ética para o julgamento dos processos éticos (Mattozinho, Silva, Freitas, 2017). No COREN-SP, o Plenário é composto por 21 conselheiros, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

As penalidades a serem impostas aos profissionais condenados em qualquer instância estão previstas no art.118 do CEPE (COFEN, 2007). São elas: advertência

verbal, multa, censura, suspensão do exercício profissional e cassação do direito ao exercício profissional. Em caso de indicação de cassação em primeira instância, o julgamento é suspenso e os autos expedidos ao COFEN para julgamento.

Após a conclusão do processo pelo COREN, o profissional penalizado poderá recorrer em segunda instância e o seu caso será novamente julgado pelo COFEN, que manifestará a decisão lavrada na forma de acórdão. O processo é então devolvido ao Conselho Regional de origem para a execução da pena e respectiva divulgação da decisão. O COFEN é a última instância julgadora, portanto, uma vez dada sua decisão, o acusado não poderá mais recorrer.

1.5 Apresentação dos capítulos

O conteúdo desenvolvido e os resultados apurados no estudo que embasou esta tese foram organizados em sete capítulos, apresentados na sequência.

O capítulo 1 corresponde à presente Introdução, na qual se inseriu e contextualizou o tema da negligência e circunscreveu a questão central do estudo, além de apresentar a justificativa e os objetivos da tese e a caracterização dos processos éticos, objeto de análise.

O capítulo 2 descreve pormenorizadamente o tipo de estudo realizado e o percurso metodológico percorrido para o desenvolvimento da tese.

Os capítulos 3 e 4 correspondem, respectivamente, à revisão da literatura e ao referencial teórico filosófico que embasaram a análise qualitativa da tese.

No capítulo 5, expõe-se os resultados do estudo e empreende-se a análise quantitativa dos dados apurados nos processos éticos classificados como negligência, além da análise temática dos processos éticos de negligência com criança.

Por último, no capítulo 6, apresenta-se as considerações finais acerca do estudo desenvolvido e as conclusões obtidas no exame metódico do fenômeno da negligência, missão primordial desta tese.

2 DELINEAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO

Neste capítulo, apresenta-se o perfil metodológico do estudo, as etapas definidas para o seu desenvolvimento e os procedimentos escolhidos para a abordagem do objeto e operacionalização da pesquisa. As opções metodológicas adotadas refletiram a complexidade do estudo e conduziram às modalidades de pesquisa mais adequadas para contemplar e cumprir os objetivos propostos.

2.1 Caracterização e desenvolvimento do estudo

O estudo em pauta abordou a negligência na qualidade de infração ética cometida pelos profissionais de enfermagem no exercício da função, registrada nos processos éticos julgados pelo COREN-SP entre 2001 e 2010 e recuperada nas falas dos profissionais condenados nos processos éticos de negligência com criança no período analisado.

O percurso metodológico desenhado para o desenvolvimento do estudo incluiu modalidades de pesquisa distintas e previu a execução em duas fases: uma pesquisa exploratória bibliográfica, realizada na literatura especializada e subdividida em duas etapas, e uma pesquisa descritiva documental, de cunho quanti-qualitativo, que teve como base os processos éticos julgados pelo COREN-SP compreendidos no período delimitado (2001 a 2010).

2.1.1 Fase exploratória

De acordo com Gil (1999, p. 43), a pesquisa do tipo exploratória visa “proporcionar maior familiaridade com o objeto de estudo”, o que a torna recomendável quando “o tema escolhido é pouco explorado”, como é o caso da negligência profissional em enfermagem.

Ademais, “tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (Gil, 1999, p. 43), o que também se harmoniza com os intentos de circunscrever o fenômeno da negligência.

Na primeira etapa da pesquisa bibliográfica, modalidade destinada, segundo Marconi e Lakatos (2003), a fornecer um contato inicial direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto, procedeu-se a revisão bibliográfica das publicações acadêmicas nacionais sobre negligência em enfermagem, sem definição de recorte temporal. Nesta etapa, foram encontradas uma tese, duas dissertações e 10 artigos, apresentados no Quadro 1 (seção 3.1), os quais abordaram a negligência como ocorrência ética ou aludiram a situações que denotavam sua ocorrência.

Essa primeira busca trouxe duas percepções importantes, que norteariam o prosseguimento do estudo: a ausência de um enfoque específico sobre a negligência, associada sempre à imprudência, e a imprecisão na utilização do termo nos trabalhos encontrados, que revelou a necessidade de estabelecer um conceito preliminar para orientar a pesquisa prevista nas etapas posteriores, dada a confirmação da inexistência de um conceito de negligência no campo da enfermagem.

A definição desse conceito preliminar nessa fase exploratória estabeleceu o parâmetro de análise, o ponto de partida que permitiria identificar a negligência nos processos éticos que seriam examinados na pesquisa descritiva documental, justificando a opção por essa modalidade, na medida em que a pesquisa exploratória, de acordo com Triviños (1990, p. 109), permite ao pesquisador ampliar o conhecimento sobre um determinado problema: “aprofunda seu estudo nos limites de uma realidade específica, buscando antecedentes, maior conhecimento para, em seguida, planejar uma pesquisa descritiva ou de tipo experimental”.

Na segunda etapa da pesquisa bibliográfica, atualizou-se a busca dos artigos nacionais, na qual foram encontrados mais seis artigos, apresentados no Quadro 2 (seção 3.2), ampliando o número de publicações nacionais consultadas e utilizadas no estudo para 19. Efetuou-se também a revisão bibliográfica dos artigos internacionais, que identificou a existência de 11 publicações sobre o tema, descritas no Quadro 3 (seção 3.2.1). Esta última etapa da pesquisa bibliográfica foi realizada após a leitura dos processos.

Os critérios de busca e os descritores utilizados nas duas etapas da pesquisa bibliográfica foram apresentados no capítulo 3, nas seções 3.1 e 3.2.

2.1.2 Fase descritiva documental

A pesquisa descritiva documental visou a classificação do fenômeno da negligência na totalidade dos processos éticos examinados, bem como sua caracterização nas falas dos profissionais condenados nos processos de negligência com criança.

De acordo com Rudio (2003) e Barros e Lehfeld (2004), a pesquisa do tipo descritiva destina-se a descobrir e observar fenômenos, descrevê-los e classificá-los. Já a pesquisa do tipo documental consiste na coleta de dados diretamente de fontes primárias, realizada no momento em que o fenômeno ocorre ou depois. Para Marconi e Lakatos (2003), fonte primária é aquela que tem relação direta com os fatos analisados e é proveniente de um relato ou registro da experiência vivenciada. Minayo (2010) acrescenta que transcrições oficiais, documentos e matérias que reproduzem registros diretos de um acontecimento são também considerados fontes primárias, como é o caso dos processos éticos em apreço.

A pesquisa descritiva documental submeteu os processos éticos selecionados a uma abordagem quanti-qualitativa. Na definição de Minayo (2003, 2010), a diferença entre os enfoques quantitativo e qualitativo é de natureza. A pesquisa qualitativa abrange os significados, motivos, crenças e valores que correspondem a atitudes, relações, processos e fenômenos. Aplica-se melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e à análise de documentos. Já a pesquisa quantitativa proporciona a extração de dados e a elucidação de indicadores e tendências. As características das duas abordagens traduzem os interesses do estudo e ajustaram-se aos objetivos propostos.

2.2 Delimitação temporal e local de estudo

Em relação à delimitação temporal, a pesquisa descritiva documental abrangeu o período de uma década – 2001 a 2010, considerado suficientemente adequado para um exame rigoroso do fenômeno da negligência na enfermagem e eventual identificação de uma tendência. Entendeu-se que a década imediatamente anterior a esta era ideal para a realização do estudo proposto, em razão da proximidade com o momento atual e por permitir reconstituir uma percepção da negligência ainda presente, além de fornecer um retrato confiável de como o comportamento negligente

manifestou-se entre os profissionais de enfermagem numa época tão recente.

O local definido para a realização da pesquisa documental foi a sede do COREN-SP. A coleta de dados ocorreu especificamente no Setor de Processos Éticos, situado na Alameda Ribeirão Preto, 40 - 6º andar, na cidade de São Paulo, que abriga os processos éticos, acondicionados em caixas numeradas e identificadas, alocadas em uma sala de arquivos exclusiva.

Destaca-se que, a partir de 2007, os processos éticos do COREN-SP passaram a ter também uma cópia digital. Contudo, embora o estudo realizado abranja o período de 2001 a 2010, a pesquisadora não teve acesso a nenhum documento digitalizado relativo aos anos de 2007 a 2010 e realizou a leitura preliminar de todos os processos éticos diretamente na versão impressa/manuscrita.

2.3 Aspectos éticos

Em observação aos procedimentos éticos convencionados, a pesquisa documental teve início somente após a obtenção da autorização da Presidência do COREN-SP, mediante o ofício nº203/2014 (ANEXO A), e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelo parecer consubstanciado nº 744.087 (ANEXO B), em conformidade à Resolução 446/12 do Conselho Nacional de Saúde. Por não se tratar de pesquisa realizada direta e pessoalmente com os sujeitos analisados, mas sim documental, não foi necessária a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Primou-se, entretanto, pela preservação do sigilo e confidencialidade das informações obtidas desde a coleta até a apresentação dos dados e tomou-se as precauções necessárias para a não exposição dos profissionais e instituições envolvidos nas denúncias mediante a identificação não nominal dos sujeitos e reprodução apenas parcial e alternada de trechos dos processos.

2.4 Critérios de inclusão e de exclusão

O *corpus* que embasou a pesquisa descritiva documental compôs-se de 482 processos éticos concluídos entre 2001 e 2010, selecionados com base em critérios

de inclusão e exclusão. Estabeleceu-se como critério de inclusão: processos éticos já julgados pelo COREN-SP no período de 2001 a 2010; e, como critério de exclusão: processos ainda em tramitação e processos arquivados por insuficiência de provas, prescrição de pena ou conciliação relativos ao mesmo período, totalizando 25 processos excluídos. Deste total, selecionou-se 68 processos éticos que continham menção à negligência, para uma leitura minuciosa e rastreamento dos casos de negligência com criança.

2.5 Procedimentos de coleta e tratamento de dados

2.5.1 Coleta e tratamento quantitativo dos dados dos processos

A abordagem quantitativa do estudo foi realizada em três etapas, destinadas ao processo de obtenção, organização, tratamento e apresentação dos dados obtidos.

A Etapa 1 abrangeu a leitura preliminar dos 482 processos selecionados e a coleta e tabulação dos dados gerais encontrados, apresentados no capítulo 5 na seção 5.1. Essa leitura inicial proporcionou uma maior familiarização da pesquisadora com o formato dos processos e permitiu a localização dos dados necessários para o estudo.

Em seguida, procedeu-se a coleta dos dados, para a qual se utilizou o instrumento intitulado ELEMENTOS DO PROCESSO (APÊNDICE A), destinado ao registro dos dados relativos à identificação do processo, à caracterização do profissional e da infração, tipo de instituição e especialidade, motivo da denúncia e desfecho do julgamento.

Neste ponto da pesquisa, constatou-se que, em alguns processos, o termo negligência constava textualmente como o motivo da denúncia, em outros, havia indicações que denotavam sua ocorrência, e em outros, ainda, havia menção à negligência em uma das fases do processo ou em todas. Tal constatação forneceu indícios para a elaboração dos critérios de seleção dos processos de negligência, iniciada na etapa seguinte.

Após a conclusão da coleta, os dados levantados foram registrados e posteriormente submetidos a tratamento estatístico. Essa etapa de leitura, coleta e

registro de dados dos 482 processos consumiu a maior parte do tempo destinado à pesquisa descritiva documental, um período de 11 meses, entre agosto de 2015 e julho de 2016.

2.5.1.1 Classificação dos processos de negligência

A Etapa 2 incluiu a seleção, ordenação cronológica e classificação dos processos de negligência e a subsequente tabulação dos dados específicos de negligência.

Nessa etapa, a pesquisadora defrontou-se com uma considerável dificuldade de definir parâmetros para classificar os processos em razão da inexistência de um conceito convencionado de negligência na enfermagem, como anteriormente mencionado. Sentiu-se, então, a necessidade de se criar um parâmetro de classificação dos processos, o que foi feito mediante o estabelecimento de três critérios para a caracterização da negligência: semântico, jurídico e técnico, explicados a seguir, oriundos, respectivamente, dos trabalhos do filólogo Antonio Houaiss, do jurista Damásio de Jesus e do enfermeiro e advogado Professor Doutor Genival Fernandes de Freitas, já apresentados no capítulo 1. Introdução, na seção 1.1 Contornos iniciais da negligência.

O critério semântico resultou de uma compilação das acepções de negligência de Houaiss (2009), que abarcam as diferentes conotações e significados do termo: “1. falta de cuidado; incúria; 2. falta de apuro, de atenção; desleixo, desmazelo; 3. falta de interesse, de motivação; indiferença, preguiça; 4. inobservância e descuido na execução de ato (termo jurídico)”.

O critério jurídico baseou-se na definição de negligência como “ausência de precaução ou indiferença em relação ao ato realizado”, cunhada por Jesus, (2012, p. 342). E o critério técnico apoiou-se na definição apresentada por Freitas (2005, p. 29), segundo a qual ocorre negligência “quando o profissional deixa de fazer uma ação esperada e com isso acarreta uma situação de risco ou de prejuízo a outrem”.

Da confrontação dessas concepções, extraiu-se um conjunto de elementos que orientaram a identificação da negligência nos processos, são eles: falta de cuidado; falta de atenção; indiferença; ausência de precaução; deixar de fazer uma ação esperada. Estes elementos responderam consoante a percepção da pesquisadora ao

presenciar situações de negligência em sua vivência profissional e subsidiaram a classificação dos processos.

Cabe aqui pontuar que, ao longo desta etapa, a pesquisadora realizou uma leitura minuciosa de todos os processos para obter a confirmação da classificação inicialmente efetuada. E que, por vezes, deparou-se com conteúdos que geraram dúvidas ou apresentavam ambiguidades, o que exigiu diversas releituras para a aceitação de determinados processos e sua inserção no conjunto dos que atendiam ao parâmetro de classificação adotado.

Após o término da classificação dos processos de negligência, procedeu-se a elaboração das tabelas que sintetizam os resultados obtidos, apresentadas no capítulo 5, nas seções 5.2 em diante.

2.5.1.2 Seleção dos processos de negligência com criança

A Etapa 3 contemplou a seleção dos processos de negligência com criança, foco central do estudo. Identificou-se inicialmente 20 processos, dos quais foram selecionados sete processos que atendiam aos critérios estabelecidos para sua submissão à análise qualitativa que complementa o estudo: envolver crianças e ter profissionais condenados por negligência.

Após a conclusão das etapas quantitativas 1, 2 e 3, deu-se início à abordagem qualitativa dos depoimentos dos profissionais condenados nos sete processos de negligência com crianças, para a qual se empregou o instrumento intitulado EXCERTOS DOS DEPOIMENTOS (APÊNDICE B), destinado ao registro dos fragmentos das falas a serem analisados.

2.5.2 Tratamento qualitativo dos processos de negligência com criança

Para o tratamento qualitativo dos dados, elegeu-se a técnica de análise de conteúdo, abordagem que se mostrou particularmente adequada para reconstituir o sentido atribuído ao ato negligente no depoimento dos profissionais, terceiro e último objetivo desta tese. Tal escolha encontra respaldo na proposição de Minayo (2010, p. 308): “a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os

sentidos manifestos do material”.

A análise do conteúdo também permitiu atender aos critérios de objetividade e rigor estabelecidos para o trabalho analítico proposto nesta etapa, por ser, como explica Minayo (2010, p. 304 apud Berelson, 1952, p. 18), “uma técnica de pesquisa para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-lo”

Objetivou-se, inicialmente, a delimitação dos temas recorrentes nos relatos dos profissionais, a fim de obter uma classificação sistemática das falas selecionadas por similaridade semântica e, sobretudo, transcender o primeiro plano do conteúdo expresso nos depoimentos e atingir seu significado subjacente e essencial. Para alcançar tal intento, a modalidade de pesquisa escolhida foi a análise temática, “*por ser a mais simples e considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde*” (Minayo, 2010, p. 309).

Privilegiou-se a identificação de unidades de significado (as unidades temáticas ou temas) e operou-se com base no entendimento de que “*a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso*” (Minayo, 2010, p. 316).

A análise temática possibilitou reconstituir os “núcleos de sentido” (Minayo, 2010) comuns presentes nos depoimentos dos profissionais e relacioná-los de modo uniforme ao conceito central e objeto do presente estudo – a negligência –, na medida em que suscitou a elaboração de diferentes categorias analíticas, sob as quais foram agrupados os fragmentos de falas que se coadunavam com o termo/conceito que as designou e que traduziam um tipo de manifestação específica do ato negligente.

No capítulo 6, apresenta-se o conjunto dos processos éticos de negligência com criança submetidos à análise temática, a síntese de cada processo e uma breve explanação sobre o processo de elaboração das categorias analíticas, definidas segundo as unidades temáticas identificadas e apresentadas no Quadro 4.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Estudos nacionais sobre negligência ou formas correlatas

A revisão da literatura que embasou este estudo privilegiou, inicialmente, estudos nacionais que atenderam aos seguintes critérios: apresentar dados empíricos e abordar a negligência como ocorrência ética – ou aludir a situações que denotavam sua ocorrência –, sem estabelecimento de limite temporal.

Estabeleceu-se como indagações que nortearam a pesquisa: a existência de estudos específicos sobre negligência em enfermagem, a identificação do *status* da negligência e/ou de situação correlata e a designação conceitual de negligência nos artigos e teses selecionados.

Identificou-se um total de 22 publicações na base de dados BDENF, 131 na SciELO, 103 na LILACS e 9 na CINAHL. Destas publicações, selecionou-se 10 artigos que atendiam aos critérios de pesquisa estabelecidos e que foram utilizados como aporte para o estudo.

Utilizou-se os descritores: negligência, enfermagem, ética, ética em enfermagem e as palavras-chave: problemas éticos e ocorrência ética, todos em associação com o operador booleano AND. A busca foi realizada no mês setembro de 2015.

A esse conjunto, foram acrescentadas duas dissertações e uma tese recentes, com o intuito de ampliar o escopo da pesquisa e ter acesso a informações atualizadas. Ambas as dissertações provêm da Universidade de São Paulo, uma foi localizada no banco de teses da USP e a outra, ainda não publicada à época, foi obtida diretamente com a autora. A tese de doutorado apresentada à Universidade Federal da Bahia foi localizada no banco de teses da CAPES.

O resultado da pesquisa está apresentado sinteticamente no Quadro 1, em ordem cronológica decrescente, seguido de comentário detalhado de cada estudo selecionado.

Quadro 1 - Estudos nacionais sobre negligência ou formas correlatas

PUBLICAÇÃO	TÍTULO	STATUS / CORRELAÇÃO	CONCEITO
Dissertação - FEE-USP (Mattozinhos, 2015)	Processos ético-disciplinares julgados pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo: 2012-2013	Iatrogenia de omissão / Ocorrência procedimental / Ocorrência ética prevalente	Sim
Dissertação - FM-USP (Penna, 2013)	Análise da relação entre as condutas dos profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem com os processos éticos junto ao COREN-SP	Menção nos artigos do CEPE	Sim
Caderno de Saúde Pública (Aguiar, D'Oliveira, Schraiber, 2013)	Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde	Erro técnico, omissão ou não esclarecimento de informações / Abandono, desqualificação / Desconsideração das queixas da paciente	Não
Enfermagem em Foco (Lopes et al, 2012)	Erros de medicação realizados pelo técnico de enfermagem na UTI: contextualização da problemática	Falta de atenção / Erro de medicação	Não
Revista Latino-americana de Enfermagem (Schneider, Ramos, 2012)	Processos éticos de enfermagem no Estado de Santa Catarina: caracterização de elementos fáticos.	Ato de omissão / Causa de iatrogenia medicamentosa.	Não
Revista Eletrônica de Enfermagem (Almeida, Aguiar, 2011)	A dimensão ética do cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado na perspectiva de enfermeiros	Falta de atenção / Condições ruins de trabalho / Decorrente da negligência médica	Sim
Tese - EEUFBA (Oliveira, 2011)	Conflitos e dilemas éticos vivenciados na prática da enfermeira no centro cirúrgico	Decorrente das atitudes da equipe médica	Sim
Acta Paulista de Enfermagem (Soares, Dall'Agnol, 2011)	Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem	Violação do espaço pessoal e do corpo do paciente / Exposição do corpo do paciente / Indiferença	Não
Acta Paulista de Enfermagem (Godoy et al., 2009)	"Near miss": repercussões e percepção da assistência recebida por mulheres sobreviventes egressas de uma unidade de terapia intensiva	Falta de respeito, de compreensão da equipe / Desconsideração da necessidade de falar sobre os sinais e sintomas percebidos	Não
Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery (Prochet, Silva, 2008)	Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com a invasão do espaço pessoal e territorial	Não preservação da privacidade e do espaço pessoal do idoso	Não
Revista Brasileira de Enfermagem Brasília (Freitas, Oguisso, 2003)	Ocorrências éticas na enfermagem	Principal causa de ocorrência ética relacionada a falhas técnicas ou procedimentais	Sim
Revista Latino-Americana de Enfermagem (Mendes, Caldas Jr., 1999)	Infrações éticas envolvendo pessoal de enfermagem	Descuido com material coletado, quebra de material hospitalar / Não atendimento às solicitações do paciente / Não vigilância do paciente	Não
Nursing (Posso, Costa, 1998)	Conhecimento dos docentes de enfermagem sobre os elementos subjetivos da culpa: imprudência, imperícia e negligência em suas ações profissionais	Confusão conceitual com imprudência e imperícia pelos docentes de enfermagem	Sim

Fonte: Elaboração própria, 2015.

3.1.1 Resultados apurados nos estudos nacionais

A dissertação intitulada *Processos ético-disciplinares julgados pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo: 2012-2013* (Mattozinhos, 2015) constitui a investigação mais recente sobre o tema. Trata-se de pesquisa qualitativa que resultou na caracterização dos processos éticos do período e relacionou o perfil dos profissionais julgados pelo COREN-SP ao tipo de ocorrência ética cometida. Nesse trabalho, há referência explícita à negligência, mas esta não é tratada isoladamente, e sim, em conjunto com as ocorrências éticas de imperícia e imprudência. A autora divide as ocorrências éticas em procedimentais e atitudinais e classifica a negligência como ocorrência procedimental. A negligência foi considerada iatrogenia de omissão e identificada como ocorrência ética prevalente.

Já a dissertação *Análise da relação entre as condutas dos profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem com os processos éticos junto ao COREN-SP* (Penna, 2013) apresenta a relação das infrações éticas identificadas com os artigos elencados no CEPE. O trabalho aponta uma predominância de iatrogenias, sendo a negligência contemplada juntamente com as práticas análogas de imperícia e imprudência.

No artigo *Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde*, Aguiar, D'Oliveira e Schraiber (2013) discutem as diferentes modalidades de violência cometidas contra a mulher durante o atendimento nas maternidades. Além da violência verbal, as autoras apontam a quebra de sigilo, a invasão de privacidade, a discriminação social e étnica e o desrespeito à autonomia como práticas comuns, embora nem sempre percebidas pelos profissionais como violentas. Entre as práticas de violência, a negligência foi relatada como negligência no atendimento e como negligência no manejo da dor, sob as formas de erro técnico, omissão ou não esclarecimento de informações importantes, ameaça de abandono, desqualificação e/ou desconsideração das queixas da paciente.

O artigo *Erros de medicação realizados pelo técnico de enfermagem na UTI: contextualização da problemática* (Lopes, Azeredo, Behenck, 2012) relaciona a alta incidência dos erros identificados na pesquisa à sobrecarga de trabalho e à falta de atenção. E embora as autoras não aludem diretamente à negligência, identifica-se no estudo a correlação do termo com a expressão "falta de atenção", comumente

empregada para designar ou justificar o ato negligente.

Em *Processos éticos de enfermagem no Estado de Santa Catarina: caracterização de elementos fáticos*, Schneider e Ramos (2012) analisam as ocorrências/infrações éticas e as causas e desfechos dos processos éticos do COREN-SC entre 1999 e 2007. As autoras apontam a necessidade de intervenção pontual nos problemas do cotidiano da enfermagem, bem como de reflexão sobre a formação profissional e de sua continuidade nos espaços institucionais de saúde, a fim de obter a redução das ocorrências éticas na prática profissional. Nesse artigo, a negligência é caracterizada como ato de omissão. A prática aparece como causa de iatrogenia e iatrogenia medicamentosa, sempre associada à imperícia e à imprudência.

O artigo *A dimensão ética do cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado na perspectiva de enfermeiros* (Almeida, Aguiar, 2011) resgata a percepção do enfermeiro acerca da importância dos valores e dos problemas éticos e conflitos presentes nas relações de cuidado. A negligência é concebida como falta de atenção e também apresentada ao lado das definições de imperícia e imprudência. A prática é relacionada às condições inadequadas de trabalho e apresentada como reflexo da negligência médica.

Na tese *Conflitos e dilemas éticos vivenciados na prática da enfermeira no centro cirúrgico*, Oliveira (2011) descreve um processo de tomada de decisões do enfermeiro que se apoia na deontologia e na bioética e que ocorre a despeito da precariedade das condições de trabalho e da dificuldade do reconhecimento dos conflitos éticos. A autora relata que os conflitos vivenciados pela enfermeira no centro cirúrgico decorrem de atitudes que denotam negligência por parte da equipe médica, assim como imperícia e imprudência. Tais conflitos aumentam a vulnerabilidade da equipe de enfermagem e predispõem esses profissionais a também cometer negligência. A negligência foi também associada ao desrespeito nas relações profissionais, à deficiência na comunicação e às falhas de procedimento, sendo definida como resultado da falta de apuro, de atenção, desleixo ou desmazelo e atribuída ao não fazer o que devia ser feito.

No artigo *Privacidade dos pacientes: uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem*, Soares e Dall'Agnol (2011) apontam situações do cotidiano em que ocorreram violação do espaço pessoal e exposição do corpo do paciente pelos

profissionais de enfermagem durante a assistência prestada, as quais geraram ansiedade, constrangimento e estresse. Nessa pesquisa, as autoras não fazem menção direta à negligência, mas verifica-se a correspondência do conceito com o termo indiferença, usado para descrever a postura assumida pela equipe de enfermagem ao prestar cuidados aos pacientes.

No artigo *"Near miss": repercussões e percepção da assistência recebida por mulheres sobreviventes egressas de uma unidade de terapia intensiva*, Godoy et al. (2009) descrevem o sofrimento das mulheres após a alta hospitalar da unidade de terapia intensiva e apontam como queixas relativas à qualidade da assistência a falta de respeito e de compreensão da equipe de enfermagem e a desconsideração de sua necessidade de falar sobre os sinais e sintomas da doença. A negligência e a imperícia foram destacadas pelas autoras como os comportamentos dos profissionais de saúde que mais desagradaram as mulheres.

Em *Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com a invasão do espaço pessoal e territorial*, Prochet e Silva (2008) abordam a negligência ao mostrar o desagrado dos idosos pela manipulação de seus pertences sem seu consentimento (gavetas, criado mudo), pelos comentários acerca do seu estado de saúde na frente de outros e pelo barulho provocado pela equipe de enfermagem, situações consideradas como invasão territorial. As autoras também identificam a exposição desnecessária dos corpos dos pacientes durante os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem e a falta de atenção com a preservação da sua privacidade como situações de invasão pessoal.

No artigo *Ocorrências éticas na enfermagem*, Freitas e Oguisso (2003) apresentam o perfil dos profissionais envolvidos em ocorrências éticas e as causas desses eventos. Trata-se de uma pesquisa documental, que teve como fonte os registros das ocorrências éticas no período de 1995 a 2001 pela Comissão de Ética de um hospital no município de São Paulo. Nesse estudo, os autores descrevem a negligência conceitualmente e a apontam como a principal causa de ocorrências éticas relacionadas às falhas técnicas ou procedimentais, dentre as quais os erros de administração de medicamentos aparecem como os mais frequentes. Abordam, também, as práticas correlatas de imperícia e imprudência.

O artigo *Infrações éticas envolvendo pessoal de enfermagem* é resultado de um trabalho pioneiro realizado por Mendes e Caldas (1999) ainda na década de 1990,

que classificou as ocorrências éticas em 11 tipos de infração, dentre as quais figuram a negligência, a imperícia e a imprudência. Além de apresentar a tipologia, os autores descrevem as características dos denunciados, dos denunciantes e as circunstâncias dos fatos registrados nas denúncias. Nessa pesquisa, a negligência é diretamente relacionada ao descuido com o material coletado para exame, quebra de material hospitalar, não atendimento às solicitações do paciente e falha na vigilância do paciente.

Por fim, o artigo *Conhecimento dos docentes de enfermagem sobre os elementos subjetivos da culpa: imprudência, imperícia e negligência em suas ações profissionais*, de Posso e Costa (1998), embora também antigo, foi considerado relevante por trazer um enfoque diferenciado ao incluir a avaliação do conhecimento dos profissionais acerca da temática. Os autores demonstraram que há uma confusão conceitual entre imprudência e imperícia por parte dos docentes de enfermagem. Em relação à negligência, houve maior percentual de acerto, porém, o estudo apontou que os profissionais conhecem apenas superficialmente as ações que tipificam os elementos subjetivos da culpa.

De modo geral, observou-se que, nos estudos revisados, a negligência não foi estudada como tema específico, mas sim contemplada indiretamente, a partir da investigação de outro tema ou objeto de estudo, ou ainda como resultante de um determinado tipo de ocorrência ética.

No artigo de Aguiar, D'Oliveira e Schraiber (2013), o tema é discutido a partir da violência institucional e das relações de poder entre os profissionais de saúde, e a negligência é classificada como negligência no atendimento e como negligência no manejo da dor.

Lopes, Azeredo e Behenck (2012), embora não mencionem a negligência em particular, utilizam a expressão "falta de atenção" para designar situações correlatas.

Soares e Dall'Agnol (2011) também não fazem menção direta à negligência, mas estabelecem a correspondência do conceito com o termo indiferença, usado para descrever a postura inadequada da equipe de enfermagem. Já Prochet e Silva (2008), partem da análise da situação do idoso hospitalizado e evidenciam a negligência nas situações de invasão territorial e invasão pessoal.

Mattozinho (2015), Penna (2013), Schneider e Ramos (2012), Almeida e Aguiar

(2011) Oliveira (2011), Freitas e Oguisso (2003), Mendes e Caldas (1999) e Posso e Costa (1998) abordam a negligência conjuntamente às modalidades de imperícia e imprudência. Godoy et al. (2009) mencionam apenas negligência e imperícia.

O conceito de negligência figura em apenas três artigos (Almeida, Aguiar, 2011; Freitas, Oguisso, 2003; Posso, Costa, 1998), nas duas dissertações (Mattozinho, 2015; Penna, 2013) e na tese (Oliveira, 2011), tendo como referência o CEPE (COFEN, 2007), com ou sem citação específica do artigo, ou definições extraídas da área jurídica.

Finalmente, cumpre destacar que esta primeira revisão concentrou-se sobre uma amostra restrita em comparação ao contingente inicial de trabalhos identificados, em razão da escassez de estudos com foco exclusivo na negligência, corroborando a premissa apresentada na justificativa deste estudo de que o tema não tem recebido tratamento específico na produção acadêmica da enfermagem brasileira.

3.2 Ampliação dos estudos nacionais e inclusão de artigos internacionais

Com o objetivo de ampliar e atualizar a revisão da literatura, realizou-se uma segunda busca em dezembro de 2016 e janeiro de 2017 nas mesmas bases de dados da primeira fase e com os mesmos descritores e palavras-chave. Porém, para esta fase, considerou-se também os artigos internacionais e estendeu-se a busca para a base de dados da PubMed, na qual se usou os descritores *neglect* e *nursing*.

Identificou-se um total de 2.975 artigos nas bases de dados BDENF, LILACS, CINAHL e SciELO e 637 artigos na PubMed, todos em *full text*. Os títulos e resumos foram examinados a fim de avaliar a relevância do conteúdo abordado nos artigos para o estudo. Com base nessa avaliação, selecionou-se inicialmente 49 artigos da BDENF, 82 da LILACS, 9 da CINAHL, 57 da SciELO e 47 da PubMed.

Deste total, elegeu-se 6 artigos nacionais e 11 internacionais, apresentados respectivamente nos Quadros 2 e 3. Os artigos foram dispostos nos quadros em ordem cronológica crescente, com o intuito de retratar os diferentes enfoques dado ao assunto no decorrer dos anos. Os artigos do Quadro 2 atenderam aos critérios iniciais da pesquisa: estudos empíricos e que apresentassem conceito de negligência. O Quadro 3 reúne artigos de pesquisas empíricas e de revisão.

A opção por não limitar os artigos internacionais a estudos empíricos deveu-se à constatação de que, nos artigos de revisão produzidos fora do país, havia uma discussão conceitual da negligência, o que foi considerado importante para enriquecer a pesquisa em curso e aprofundar a compreensão do fenômeno da negligência na enfermagem em diferentes contextos.

Quadro 2 - Ampliação dos estudos nacionais sobre negligência ou formas correlatas

PUBLICAÇÃO	TÍTULO	STATUS / CORRELAÇÃO	CONCEITO
Acta Paulista de Enfermagem (Freitas, Oguisso, Merighi, 2006)	Motivações do agir de enfermeiros nas ocorrências éticas de enfermagem.	Falta de zelo, falta de interesse / Falha humana que conduz a erros de medicação	Sim
Revista da Escola de Enfermagem da USP (Freitas, Oguisso, 2008)	Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo.	Falta de atenção ou inação / Principal causa de erro no preparo e administração de medicação	Sim
Revista Latino-Americana de Enfermagem (Vargas, Ramos, 2010)	latrogenias nas unidades de terapia intensiva: dramaticidade dos problemas bio/éticos contemporâneos.	Inação, inércia, passividade ou omissão	Sim
Acta Paulista de Enfermagem (Mattozinhos, Freitas, 2015)	Ocorrências éticas de enfermagem no estado de São Paulo: descrição fática.	Ocorrência procedimental / latrogenia de omissão	Sim
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (Silva et al., 2016)	Práticas de cuidado de enfermagem na terapia intensiva: análise segundo a ética da responsabilidade.	Desatenção do profissional diante de situações que exigem ação	Sim
Revista de Enfermagem da UFPE <i>on line</i> (Oliveira et al., 2017)	Percepção das mulheres sobre violência obstétrica.	Descuido com as parturientes / Violência / Falta de informações sobre o parto / Desrespeito aos direitos das pacientes / Privação da assistência	Sim

Fonte: Elaboração própria, 2017.

3.2.1 Resultados apurados na ampliação dos estudos nacionais

O artigo *Motivações do agir de enfermeiros nas ocorrências éticas de enfermagem* (Freitas, Oguisso, Merighi, 2006) reporta os significados que impulsionam a ação dos profissionais nas ocorrências éticas, definidas como eventos danosos decorrentes de uma atitude desrespeitosa em relação ao paciente, aos colegas ou aos locais de trabalho e que podem gerar prejuízo ao paciente ou a outros profissionais de saúde. A negligência, juntamente com a falta de habilidade ou de conhecimento (imperícia), falta de interesse, de zelo e a pressa, é apontada como uma das falhas humanas que conduzem aos erros de medicação, modalidade de

ocorrência ética responsável por cerca de 30% dos danos acarretados aos pacientes durante a hospitalização.

No texto *Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo*, Freitas e Oguisso (2008) apresentam as características das ocorrências éticas que envolvem a assistência de enfermagem identificadas em denúncias apuradas em uma década pela Comissão de Ética em Enfermagem de uma instituição privada e demonstram a importância da orientação aos profissionais para prevenir ocorrências danosas à clientela. Reiteram a definição de negligência como falta de atenção ou inação, destacando-a como a principal causa de erro no preparo e administração de medicamentos, que pode redundar em prejuízo ao paciente e expô-lo ao risco iminente de vida, mesmo sem haver intencionalidade por parte do profissional.

Em *Iatrogenias nas unidades de terapia intensiva: dramaticidade dos problemas bio/éticos contemporâneos*, Vargas e Ramos (2010) retomam as definições de Freitas e Oguisso (2003) para a conceituação das infrações ético-legais e discutem as iatrogenias como eventos indesejáveis relacionados às intervenções dos profissionais de enfermagem, com potencial de provocar danos e comprometer a segurança do paciente. Aludem à diferença entre falhas técnicas, relacionadas a erros técnicos ou procedimentais, e falhas de conduta, decorrentes da atitude, comportamento e abordagem interpessoal ou interprofissional e reiteram a concepção ético-legal da negligência como inação, inércia, passividade ou omissão. As autoras constataram um silenciamento dos profissionais em relação à ocorrência de iatrogenias na UTI e recomendam que, como a ação do enfermeiro é sempre permeada pela possibilidade latente de falhar tanto no procedimento como na conduta, cabe ao profissional encontrar não somente na lei ou no conhecimento, mas na reflexão, sua obrigação de corrigir essa falha.

O artigo *Ocorrências éticas de enfermagem no Estado de São Paulo: descrição fática* (Mattozinho, Freitas, 2015) classifica a negligência como ocorrência procedimental, categorizada como iatrogenia de omissão, sendo o erro na administração de medicamentos categorizado como iatrogenia medicamentosa associada à negligência, imperícia ou imprudência. Os autores observam que a negligência foi apontada como a principal causa das ocorrências (57,33%), sendo o enfermeiro a categoria profissional que apresenta maior incidência em ocorrências

relacionadas à negligência, o que foi atribuído à ampliação cada vez maior de suas atribuições profissionais, principalmente após o advento do SUS, e corrobora os achados de estudos anteriores de Freitas e Oguisso (2003). E remetem-se à definição de Oguisso e Zoboli (2006), segundo a qual a negligência se caracteriza pela omissão no atendimento e consequente indiferença do profissional frente à assistência ao paciente, logo, constitui um agir com displicência.

No artigo *Práticas de cuidado de enfermagem na terapia intensiva: análise segundo a ética da responsabilidade*, Silva et al. (2016) identificam a negligência na desatenção do profissional diante de situações que exigem ação e não são atendidas, o que revela descompromisso com a proteção e recuperação da saúde do ser humano. Afirmam que há negligência quando as prioridades não se voltam para o paciente, no primeiro plano de atenção, comprometendo o agir ético-responsável do enfermeiro e os valores ético-profissionais.

O artigo *Percepção das mulheres sobre violência obstétrica*, de Oliveira et al. (2017), trata a negligência como descuido dos profissionais para com as parturientes. As autoras apresentam a negligência como uma categoria de análise construída a partir das falas dessas pacientes e caracterizada como violência. Neste estudo, a negligência é identificada na falta de informações relacionadas ao parto, no desrespeito aos direitos da paciente e na própria privação da assistência.

Quadro 3 - Artigos internacionais sobre negligência

PUBLICAÇÃO	TÍTULO	STATUS / CORRELAÇÃO	CONCEITO
Annals of Emergency Medicine (Jones, 1994)	Elder abuse and neglect: responding to a national problem	Abuso, agressão física e sexual / Abandono e exploração / Maus tratos	Sim
Journal of Gerontology: Medical Sciences (Fulmer et al., 2005)	Neglect assessment in urban emergency departments and confirmation by an expert clinical team.	Fracasso do cuidador / Maus tratos	Sim
International Journal of Older People Nursing (Phelan, 2009)	Elder abuse and neglect: the nurse's responsibility in care of the older person	Abuso / Silêncio discursivo / Falta de ação apropriada	Sim
Nursing Forum (Weld, Bibb, 2009)	Concept analysis: malpractice and modern-day nursing practice	Prática abusiva / Falta razoável de habilidade profissional do enfermeiro	Sim
Nursing Standard (Phair, Heath, 2012)	Safeguarding vulnerable older people in hospital	Abuso / Ofensa criminal	Sim
Journal of Nursing Scholarship (Winterstein, 2012)	Nurses' experiences of the encounter with elder neglect	Maus tratos	Sim
Journal of Applied Gerontology (Winterstein, 2013)	Health care provision for older persons: the interplay between ageism and elder neglect.	Não adesão aos protocolos / Maus tratos	Sim
BMC Health Services Research (Reader, Gillespie, 2013)	Patient neglect in healthcare institutions: a systematic review and conceptual model	Falha dos profissionais de saúde para atingir padrões adequados de cuidados (procedimentos) / Comportamentos que levam os pacientes e observadores a acreditar que a equipe tem atitudes indiferentes (cuidados)	Sim
Clinical Geriatric Medical (Del Carmen, LoFaso, 2014)	Elder neglect	Falha em cuidados básicos / Maus tratos	Sim
British Journal of Nursing (Griffith, 2015)	Extending the scope of wilful neglect will result in paternalistic nursing care	Ofensa criminal	Sim
Canadian Journal on Aging (Taverner, Baumbusch, Taipale, 2016)	Normalization of neglect: a grounded theory of RNs' experiences as family caregivers of hospitalized senior	Fracasso do cuidador	Sim

Fonte: Elaboração própria, 2017.

3.2.2 Resultados apurados nos artigos internacionais

Elder abuse and neglect: responding to a national problem (Jones, 1994) é a publicação mais antiga a abordar a negligência, neste enfoque, indissociável do abuso de idosos, tendo sido produzida nos EUA no início da década de 1990. Neste estudo, Jones (1994) retrata a negligência como um tipo de abuso, que inclui ainda agressão física e sexual, abandono, exploração e outras formas de maus tratos, e constata, de antemão, a falta de acordo sobre o significado do termo abuso tanto na literatura como na legislação norte-americana da época. O autor registra o interesse então recente pelo tema, considerado, já na ocasião, um problema de saúde importante por afetar pessoas vulneráveis em todas as classes sociais. E aponta a falta de definições comuns de abuso, recorrendo à *American Medical Association* (apud Jones, 1994, p. 846), que descreve abuso e negligência como “ações ou a omissão de ações que resultem em dano ou ameaça de danos à saúde ou bem estar dos idosos”. Jones (1994) identifica pelo menos 33 tipos de maus tratos a idosos, dentre os quais a negligência é uma das cinco categorias primárias, ao lado de abuso físico, abuso psicológico, violação de direitos pessoais e abuso financeiro. Menciona, também, o início do debate acerca da notificação obrigatória e relaciona as dificuldades institucionais para o enfrentamento da questão.

No artigo *Neglect assessment in urban emergency departments and confirmation by an expert clinical team*, Fulmer et al. (2005) focalizam a negligência vinculada aos maus tratos e analisam os resultados de pesquisas realizadas no contexto da emergência, observando que os dados de prevalência e incidência de negligência de idosos obtidos são limitados. Os autores pontuam que os estudos existentes não separam suficientemente a negligência dos maus-tratos em geral, não olham para o lado da negligência do cuidador e não avaliam suficientemente o estado funcional e de saúde geral do idoso com o fim de entender as vulnerabilidades por negligência. Considerada um problema sério, potencialmente letal e responsável por mais de 60% de todos os relatos de maus tratos, a negligência foi definida como o fracasso de um cuidador claramente designado para atender às necessidades de um adulto mais velho. Já os maus-tratos foram definidos como ações intencionais que causam ou criam risco sério de danos a um idoso vulnerável por um cuidador ou outra pessoa de sua confiança ou como falha de um cuidador em satisfazer as necessidades básicas do idoso ou protegê-lo de danos.

O artigo *Elder abuse and neglect: the nurse's responsibility in care of the older person*, de Amanda Phelman (2009), contextualiza o abuso de idosos nos discursos dos profissionais de enfermagem e na revisão conceitual de publicações selecionadas. A autora considera o silêncio discursivo dos enfermeiros como um foco particular de negligência e afirma que os casos identificados até então retratariam apenas parcialmente a incidência de abuso, cerca de cinco vezes maior na realidade segundo o *National elder abuse incidence study of US Department of Health and Human Services*. Phelman (2009) observa que, desde seu reconhecimento formal, o *status* do abuso de idosos mudou consideravelmente nos discursos públicos e profissionais e apresenta a definição de abuso de idosos do *Action on Elder Abuse*, então vigente no Reino Unido: falta de ação apropriada, única ou repetida, em qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, que cause dano ou angústia a uma pessoa mais velha. Destaca a dificuldade de identificar e até mesmo de usar a terminologia abuso e negligência dos enfermeiros que, muitas vezes consideram o abuso de idosos como algo fora do âmbito de sua prática e não sentem ter responsabilidade de enfrentar a questão. Pondera que o fato de a negligência ser frequentemente apresentada em definições de abuso contribuiu para a ambivalência do termo e afirma que o tema tem recebido maior atenção nos últimos anos, embora ainda seja uma questão nebulosa dentro dos cuidados de enfermagem.

Em *Concept analysis: malpractice and modern-day nursing practice*, Weld e Bibb (2009) apresentam uma análise conceitual da negligência e revelam as ambiguidades existentes no uso do termo na enfermagem. Explicam que a negligência possui diferentes significados, determinados pelo contexto, e destacam que poucos conceitos têm um impacto tão significativo sobre a profissão. Definem negligência como prática abusiva e falta de habilidade profissional e informam que o termo é muitas vezes empregado para designar um sinônimo, como cuidados de enfermagem de má qualidade ou incompetência profissional.

No artigo *Safeguarding vulnerable older people in hospital*, Phair e Heath (2012) discutem a relevância da salvaguarda para a prática da enfermagem e defendem a criação de uma cultura positiva, com tolerância zero aos cuidados inadequados no ambiente hospitalar. Identificam a negligência como um tipo de abuso e destacam que adultos de todas as idades podem sofrer negligência, mas os idosos são particularmente vulneráveis. Apontam ainda que a negligência deliberada é ofensa

criminal e recomendam diferenciar cuidados precários de negligência, o que deve ser feito a partir do efeito da omissão sobre o paciente. As autoras propõem o uso de determinantes de negligência para auxiliar a tomada de decisão e enfatizam que a criação de um ambiente seguro e terapêutico para os pacientes, particularmente os vulneráveis, é parte central do trabalho dos enfermeiros, que devem evitar abusos e danos.

Em *Nurses' experiences of the encounter with elder neglect*, Winterstein (2012) buscou compreender os significados que os enfermeiros atribuem à negligência, concebida como parte de um fenômeno mais amplo de maus-tratos. O autor relata que o abuso tem sido amplamente pesquisado, enquanto a negligência tem recebido pouquíssima atenção nas pesquisas, recupera diferentes definições da literatura e apresenta uma distinção entre negligência física e psicológica, com destaque para suas consequências. Observa que os enfermeiros estão na linha de frente para detectar e impedir abuso e negligência – embora tendam a colocar a responsabilidade por situações negligentes na sociedade, na família, nas instituições e nos próprios idosos – e alude à gravidade das consequências, reforçando a importância do pessoal de enfermagem na detecção, avaliação e prevenção da negligência.

Em outro artigo intitulado *Health care provision for older persons: the interplay between ageism and elder neglect*, Winterstein (2013) aborda a negligência inserida nas instituições como rotina cotidiana e fomentada pelo ageísmo, a discriminação sistemática das pessoas idosas. Nesse artigo, o autor reitera a percepção da negligência como subcategoria de maus-tratos, com ênfase nas consequências físicas e emocionais e na dificuldade de detectar os sinais devido ao processo de envelhecimento natural. Identifica a não adesão aos protocolos como um tipo de negligência e alerta para a necessidade de os enfermeiros adotarem procedimentos para evitá-la. Destaca que, movidas pelo ageísmo, as instituições promovem a negligência por meio de diferentes formas, como o clima institucional, atitudes dos profissionais e política formal, e sugere a abordagem do envelhecimento e negligência como fenômenos inter-relacionados nos programas de provisão de cuidados.

O artigo *Patient neglect in healthcare institutions: a systematic review and conceptual model*, de Reader e Gillespie (2013), foi a primeira revisão sistemática a apresentar o tema da negligência distinto dos temas de segurança do paciente, com enfoque na natureza, frequência e causas da negligência. Os autores apontam para

formas de comportamento associadas à negligência e identificam a negligência relacionada a procedimentos, que se refere a falhas dos profissionais de saúde para atingir padrões adequados de cuidados, e a negligência do cuidado, que se refere a comportamentos que levam os pacientes e observadores a acreditar que a equipe tem atitudes indiferentes. Revelam que a frequência percebida de comportamento negligente varia de acordo com o observador. Pacientes e seus familiares são mais propensos a relatar negligência do que o pessoal de saúde, e os enfermeiros são mais propensos a relatar os comportamentos negligentes de outros enfermeiros do que o seu próprio comportamento. E informam que as causas da negligência do paciente normalmente se relacionam a fatores organizacionais como a elevada carga de trabalho e a relação entre cuidadores e pacientes.

No artigo *Elder neglect*, Carmen e LoFaso (2014) adotam o enfoque da responsabilidade e abordam a negligência como a falha de fornecer cuidados básicos para uma pessoa a quem se aceitou a responsabilidade de cuidar. As autoras relatam que a negligência é a forma mais comumente relatada de maus-tratos, com prevalência assombrosa de 20 a 30% nas instituições, embora ainda subnotificada. Identificam a negligência intencional no ato de falhar conscientemente em fornecer o cuidado necessário a uma pessoa idosa e a negligência involuntária na falta de capacidade para prestar cuidados adequados, que coloca uma pessoa idosa em dano por meio de ações ou falta de ações, destacando o potencial de consequências graves e muitas vezes fatais.

No artigo *Extending the scope of wilful neglect will result in paternalistic nursing care*, Griffith (2015) analisa casos recentes de negligência deliberada e questiona a recomendação de que a ofensa criminosa de negligência intencional seja estendida para proteger todos os grupos de pacientes. Informa que os processos judiciais que envolvem a negligência deliberada são complexos e que ainda não há uma orientação clara que os enfermeiros possam aplicar na prática para evitar a acusação de pacientes. Alerta que a criminalização da falha resultou em intervenções paternalistas e não contribuiu para restaurar a confiança na enfermagem abalada após o inquérito que investigou o escândalo do Hospital Stafford em razão do tratamento desumano e das altas taxas de mortalidade na Inglaterra.

Por fim, a publicação estrangeira mais recente sobre o tema, *Normalization of neglect: a grounded theory of RNs' experiences as family caregivers of hospitalized*

seniors (Taverner, Baumbusch, Taipale, 2016), relata a percepção de enfermeiras sobre atos inadequados observados e cometidos por profissionais em instituições de idosos no Canadá. A negligência foi identificada como um dos atos inadequados do comportamento pessoal e é definida como o fracasso de um indivíduo responsável por cuidar de responder adequadamente às necessidades estabelecidas de cuidados. As autoras constataram que os atos de negligência emocional foram os mais freqüentemente relatados, tanto observados como cometidos, pontuando que podem ser tão prejudiciais quanto os atos físicos, independentemente da intencionalidade por trás do ato.

4 APORTE TEÓRICO-FILOSÓFICO

4.1 Dimensão ética da negligência

O estudo qualitativo empreendido nesta tese propôs-se, fundamentalmente, a compreender os contornos da negligência cometida pelos profissionais de enfermagem no exercício de sua função mediante a reconstituição do sentido atribuído ao ato negligente nas justificativas por eles apresentadas nos processos éticos julgados pelo COREN-SP entre 2001 e 2010, analisados pormenorizadamente por envolverem negligência com criança.

Como pressuposto central, que subsidiou e viabilizou a análise, concebeu-se a negligência praticada no âmbito profissional como uma transgressão ética, um desvio da conduta estabelecida como correta e concernente à função exercida, caracterizado pela abstenção de agir em conformidade ao esperado em uma determinada situação, uma omissão deliberada com consequências danosas e eventualmente irreversíveis.

Tal concepção apoia-se e tem origem nas definições semânticas, éticas e jurídicas de negligência estabelecidas na delimitação temática realizada na seção 1.1 Contornos iniciais da negligência, com registro e previsão no Código de Ética de Enfermagem (COFEN, 2007), no Código Civil (Brasil, 2002) e no Código Penal (Brasil, 1997) brasileiros.

Outro ponto fundamental que norteou a análise foi o entendimento de que a negligência, como sinônimo de omissão, situa-se na esfera individual, depende exclusivamente da deliberação do indivíduo, no caso, da opção do profissional de enfermagem pela não ação precisamente quando deveria executar um ato ou procedimento previsto como de sua responsabilidade.

Por conseguinte, fez-se mister, para o desenvolvimento adequado da proposta, explicitar os conceitos de ética, deliberação e responsabilidade subjacentes ao ato negligente, na perspectiva estrita em que foram utilizados na tese, em consonância com o pensamento de Aristóteles e de Hans Jonas.

4.2 Ética, ação e responsabilidade na perspectiva aristotélica

As proposições de Aristóteles sobre a ética e a responsabilidade fornecem

bases inestimáveis para a reflexão contemporânea sobre a negligência, malgrado a enorme lacuna existente entre o presente e a época em que o filósofo viveu, dada a pertinência e atualidade de sua teoria.

Filósofo ilustre e um dos mais profícuos pensadores da cultura ocidental, Aristóteles nasceu em Estagira, na Macedônia, em 384 a.C., viveu boa parte da vida em Atenas, onde fundou o Liceu, importante escola de filosofia da Antiguidade, e morreu em Calcis, uma ilha do mar Egeu, autoexilado, em 322 a. C. Foi o mais renomado discípulo de Platão e também o preceptor de Alexandre, o Grande, antes de sua coroação. E instituiu o primeiro sistema filosófico conhecido no ocidente, que deu origem a diversas áreas do conhecimento como a física, a lógica, a metafísica, a estética, a política e a ética (Aristóteles, 1999).

Aristóteles é a referência máxima e indelével para tratar questões de cunho ético, posto que aborda a ética do ponto de vista prático, sendo o primeiro pensador grego a refletir sobre a ética diretamente vinculada à ação. Em sua visão, porém, o termo prático não significa apenas conduta, mas também tudo o que se faz em prol do alcance de um determinado objetivo (Aristóteles, 2009, p. 250).

Sobre este ponto, Aristóteles (2009, p. 17) pondera que: “Todo o procedimento prático e toda a decisão parecem lançar-se a um certo bem”. Para o filósofo, toda ação deve almejar o bem como finalidade e a procura do bem supremo é um imperativo na vida de todo indivíduo. Esse bem supremo foi denominado felicidade: “A felicidade parece, por conseguinte, ser de uma completude plena e autossuficiente, sendo o fim último de todas as ações possíveis” (Aristóteles, 2009, p. 26).

Cabe ressaltar, no entanto, que a concepção aristotélica de felicidade diverge da atual, na medida em que só pode ser conquistada por meio de ações virtuosas: “A felicidade é a excelência [...] e quem é feliz vive bem e age bem” (Aristóteles, 2009, p. 29).

Em Aristóteles, a noção de excelência comporta uma subdivisão, que resulta em excelências teóricas – ligadas ao pensamento, como a sabedoria, o entendimento e a sensatez, e excelências éticas – relacionadas ao caráter, como a generosidade e a temperança. Segundo o filósofo, as excelências éticas, que interessam a esta tese em particular, não nascem com o indivíduo “por natureza”, mas dependem de que este faça o seu acionamento, de que as coloque em prática mediante um determinado

modo de agir, o qual não pode ser fortuito ou aleatório, mas “estabelecido de acordo com um sentido orientador” (Aristóteles, 2009, p. 42) que conduza ao bem.

Logo, virtude e ação são conceitos basilares e indissociáveis na ética aristotélica. Na obra *Ética a Nicômaco* (Aristóteles, 2009), essa relação peculiar é metodicamente analisada com base na premissa de que as pessoas têm responsabilidade por suas ações.

De acordo com Aristóteles (2009), as ações humanas dependem sempre de uma escolha e são, predominantemente, ações voluntárias, aquelas nas quais o princípio motivador está no próprio agente, mesmo que resultem da força das circunstâncias.

No entanto, via de regra, as pessoas reconhecem como ações voluntárias apenas aquelas convencionadas como boas, pois têm dificuldade em assumir a responsabilidade por ações cujos resultados são ruins ou vergonhosos e tendem a defender-se alegando ter agido involuntariamente. Contudo, como argumenta o filósofo, poucas ações podem de fato ser consideradas involuntárias:

Involuntárias são, assim, aquelas ações que se geram sob coação ou por ignorância. Um ato perpetrado sob coação é aquele cujo princípio (motivador) lhe é extrínseco. Um princípio desta natureza é tal que o agente, na verdade, passivo, não contribui em nada para ele (Aristóteles, 2009, p. 56).

Aristóteles (2009) esclarece que, nas ações involuntárias realizadas sob coação, a despeito das forças externas pressionarem o indivíduo a agir de determinado modo, existe sempre a possibilidade de escolher o que fazer em vista das consequências da própria ação. Já as ações realizadas por ignorância, são involuntárias somente quando pressupõem o desconhecimento das circunstâncias particulares e concretas decisivas para a ação e geram arrependimento.

A ação motivada por ignorância, portanto, subdivide-se em involuntária, quando o agente se arrepende do que fez, e não voluntária, quando não há arrependimento mesmo diante das consequências danosas do ato.

A consternação e o arrependimento seriam, então, inerentes à ação involuntária por ignorância, porquanto se admite de antemão que, independentemente da vontade, toda ação necessita da participação do indivíduo para ocorrer. O mesmo princípio se aplica às ações involuntárias por coação, como ilustra Aristóteles (2009, p. 58): [...] é ridículo invocar causas exteriores como princípios das nossas ações

involuntárias, realizadas sob coação, e não nos responsabilizarmos a nós por elas, como se fôssemos meramente vítimas das circunstâncias.

Nesse excerto, o filósofo reforça a ideia de que a disposição interna dos indivíduos constitui a principal propulsora de uma ação, já que, mesmo sob coação, o agente possui responsabilidade pelo que faz e poderia optar por não fazer o que as circunstâncias eventualmente impõem.

Aristóteles (2009) denominou “decisão” a possibilidade de escolha prévia do modo de agir, quando uma ação depende somente da iniciativa do indivíduo. E esclarece que, para ser virtuosa, a decisão precisa passar pelo crivo da razão, mediante o qual deverá ser avaliada em função de suas consequências. Sem essa avaliação, a ação corre o risco de ser impulsionada pela paixão, que é uma manifestação do desejo, da inclinação do ser humano para, individualmente, buscar o prazer e fugir da dor.

Destarte, não avaliar racionalmente o desejo antes de decidir agir pode ser perigoso, uma vez que, a paixão visa alvos individuais, que podem ser contrários ao bem da coletividade. Ademais, em sua forma não-virtuosa, a decisão pode ser violenta, ao suscitar no indivíduo movimentos contrários ao bem coletivo, como ocorre nas fugas às obrigações ou nos atos que ferem ou matam outros seres humanos – caso específico do ato negligente.

Aristóteles (2009) denomina as escolhas possíveis de serem feitas pelo indivíduo em sua vida cotidiana como “deliberação”:

Nós deliberamos sobre aquelas coisas que nos dizem respeito e que dependem de nós, a saber, sobre as ações que podem ser praticadas por nós. [...] deliberamos sobre todas aquelas matérias que acontecem através de nós e que não acontecem sempre do mesmo modo [...] O deliberar é a respeito das situações que ocorrem o mais das vezes, mas relativamente às quais é incerto qual será o seu resultado. Isto é, a respeito das situações em que há indeterminação. (Aristóteles, 2009, p. 62-63).

O filósofo observa que os trabalhos que exigem sabedoria prática (perícia) propiciam, diariamente, elementos para sucessivas deliberações. Essas deliberações concernem aos meios de alcançar um fim e devem ser feitas mesmo quando os resultados são incertos, como no caso do trabalho do médico, que delibera sobre os meios de tratar um doente, mesmo sem a certeza de que ele será curado.

Em suma, tanto as ações voluntárias quanto a maior parte das ações

involuntárias e as não voluntárias envolvem a decisão, a deliberação e a responsabilidade, pois todas dependem da disposição interna dos indivíduos para acontecer.

4.3 Características e implicações do ato negligente

Na concepção de Aristóteles (2009), sumarizada nas considerações anteriores, a negligência – tema do presente estudo – constitui uma ação que depende de decisão e de deliberação e que comporta responsabilidade, mesmo quando resulta de ações movidas por ignorância, posto serem praticadas por agentes que podiam “não ignorar o que faziam e ter se preocupado” (Aristóteles, 2009, p. 66).

Na perspectiva aristotélica, a negligência é sempre uma ação voluntária, na medida em que o indivíduo negligente escolheu não agir, optou pelo desleixo:

[...] aqueles que vivem desleixadamente são responsáveis por se terem tornado negligentes, tal como são responsáveis por se terem tornado injustos [...] Na verdade, as atividades a que nos dedicamos fazem de nós o que somos (Aristóteles, 2009, p. 66).

Aristóteles (2009) evidencia a relação intrínseca entre desleixo, negligência e injustiça e explica que a pessoa que escolhe agir com desleixo, torna-se primeiro negligente e, a seguir, injusta, pois a consequência inevitável da conduta negligente é a injustiça.

Nesse ponto, conforma-se a compreensão de negligência mais representativa e alinhada com o entendimento que embasou o presente estudo, a qual serviu de contraponto para recuperar o sentido do ato negligente no discurso dos profissionais que o cometeram no exercício da função.

Ora, se o cuidado é de fato a essência da profissão, e se a responsabilidade pelo cuidado é uma atribuição do profissional de enfermagem preconizada tanto pelo CEPE (COFEN, 2007) como pela Lei de Exercício Profissional (Brasil, 1986), a conduta negligente, independentemente das justificativas discursivas e do efeito lesivo potencial ou real, é sempre injusta e contrária à excelência e ao compromisso ético assumido ao término da formação.

Essa premissa, alicerçada no pensamento aristotélico, norteou a interpretação dos discursos examinados, a partir da qual se buscou compreender os significados atribuídos e subjacentes ao ato negligente entrevistados na fala dos profissionais

condenados, incluindo-se a dimensão da responsabilidade pessoal.

4.4 Responsabilidade como princípio na ética de Hans Jonas

A responsabilidade como categoria, princípio e imperativo foi reintroduzida na reflexão ética atual por Hans Jonas em diversos tópicos de sua obra, mas particularmente em *O princípio da responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica* (Jonas, 2006), texto seminal, que forneceu elementos para o dimensionamento do ato negligente e complementou o embasamento teórico do presente estudo.

Filósofo contemporâneo alemão de origem judaica, nascido em 1903, Hans Jonas manteve um forte vínculo com a questão religiosa desde a juventude e foi adepto do sionismo durante a Segunda Guerra. Estudou simultaneamente filosofia e teologia, tendo sido aluno de Husserl e posteriormente, de Heidegger, que foi seu orientador e com quem manteve longo vínculo desde o início de sua formação em 1921 até a ascensão do nazismo em 1933, período em que chega a questionar a validade da filosofia. Após o fim da guerra, muda-se para os Estados Unidos, onde recebeu diversas condecorações e faleceu em 1993. Com uma produção que se estende por seis décadas do século XX, Jonas dedica-se ao estudo da gnose, biologia e tecnologia, com ênfase na criação de uma nova ética para a civilização atual: a ética da responsabilidade.

Tal como no pensamento aristotélico, a responsabilidade é um conceito central na filosofia de Jonas (2006), entretanto, o filósofo confere à categoria um *locus* privilegiado, bastante ampliado em relação às éticas tradicionais, pois a concebe como princípio e a visualiza em contraste ao ambiente tecnológico em que a civilização contemporânea está inserida.

Jonas (2006, p. 175) considera a responsabilidade “a marca distintiva do ser humano”, um atributo inerente à condição humana:

Ser responsável efetivamente por alguém ou por qualquer coisa em certas circunstâncias (mesmo que não assuma nem reconheça tal responsabilidade) é tão inseparável da existência do homem quanto o fato de que ele seja genericamente capaz de responsabilidade – da mesma maneira que lhe é inalienável a sua natureza falante, característica fundamental para sua definição (Jonas, 2006, p. 176).

Amparado na reflexão sobre as possibilidades incomensuráveis da ação

humana incrementada pela tecnologia, numa época em que a magnitude e o impacto dos fenômenos se contrapõem ao relativismo dos valores, Jonas (2006) desloca a responsabilidade para o centro da ética, designando-a como um dever recém-surgido, indissociável da atuação do homem contemporâneo no mundo. Para o filósofo, torna-se imprescindível, nesse novo contexto, “fundamentar no Ser, para além do subjetivismo dos valores, esse novo dever do homem, que acaba de surgir, [...] expresso no conceito de responsabilidade” (Jonas, 2006, p. 22).

Nesse sentido, Jonas (2006), tal como Aristóteles (2009), concebe a ética totalmente vinculada à ação, contudo, pondera que esta ação tem agora outra dimensão e impacto:

Sob o signo da tecnologia, no entanto, a ética tem a ver com ações (não mais de sujeitos isolados) que têm uma projeção causal sem precedentes na direção do futuro, acompanhadas por uma consciência prévia que, mesmo incompleta, vai muito além daquela outrora existente. Ajunte-se a isso, a magnitude bruta dos impactos de longo prazo e também, com frequência, sua irreversibilidade (Jonas, 2006, p. 22).

A civilização tecnológica amplia o escopo do agir para além da relação com o outro, inclui novas demandas como a sobrevivência do homem e da natureza, ameaçada por seu potencial deletério, o que exige o redimensionamento da conduta ética e, por decorrência, da responsabilidade que deve subsidiá-la: “[...] a natureza qualitativamente nova de muitas de nossas ações descortinou uma dimensão inteiramente nova de significado ético, não prevista nas perspectivas e nos cânones da ética tradicional” (Jonas, 2006, p. 29).

Em sintonia com Aristóteles (2009), Jonas (2006) identifica a responsabilidade como o sustentáculo da ação virtuosa e a vê não apenas como um elemento ou resultado dessa ação, mas como um sentimento que a constitui e colabora para a preservação de todos e para a continuidade da vida.

Jonas (2006) assevera que o sentimento de responsabilidade é inato ao ser humano e pode ser observado também na natureza:

O cuidado da natureza por nossa progenitura [...] é de tal forma espontâneo que não necessita do recurso à lei moral, pois é o arquétipo humano elementar da coincidência entre a responsabilidade objetiva e o sentimento de responsabilidade subjetivo, por meio do qual a natureza nos educou previamente e orientou nossos sentimentos para os tipos de responsabilidade aos quais falta a garantia do instinto (Jonas, 2006, p. 164).

Essa dimensão natural do sentimento de responsabilidade predispõe ao cultivo

de uma ética da responsabilidade, na medida em que, por sua origem e singularidade, o homem é, a um só tempo, sujeito e objeto da responsabilidade:

Somente o Ser vivo, em sua natureza carente e sujeita a riscos – e, por isso, em princípio, todos os Seres vivos – pode ser objeto da responsabilidade. Mas essa é a condição necessária, não a condição suficiente para tal. A marca distintiva do Ser humano, de ser o único capaz de ter responsabilidade, significa igualmente que ele deve tê-la pelos seus semelhantes (Jonas, 2006, p. 175)

Essa condição de duplicidade *sui generis* institui a responsabilidade como um dever intrínseco à natureza humana e implica que ela deve pautar toda ação externa do homem, o que estabelece, peremptoriamente, seu caráter de imperativo e princípio. Tal condição, porém, não torna o homem necessária e automaticamente moral, apenas capaz de agir de modo moral ou imoral, capacidade que será exercida mediante escolha, prerrogativa do indivíduo.

4.5 O ato negligente como ação irresponsável

Na perspectiva de Jonas (2006, p. 165), ação e responsabilidade são inseparáveis, e essa conexão determina que: “O agente deve responder por seus atos: ele é responsável por suas consequências e responderá por elas, se for o caso”. Tal pressuposto implica que os danos eventualmente causados devem sempre ser reparados, independentemente da intenção que precedeu o ato ou do fato de as consequências não terem sido nem previstas nem desejadas.

Nesse sentido, o ato negligente, configura-se, indiscutivelmente, como ação irresponsável, em total dissonância com o agir virtuoso e, principalmente, com o sentimento da responsabilidade que sustenta e caracteriza a nova ética. E, pressupõe, igualmente, reconhecimento e reparação.

Jonas (2006) explica que o sentimento de responsabilidade pode tanto ser imputado externamente em relação a atos já realizados como ser a premissa da ação do indivíduo. Vista como imputação, a responsabilidade não precede, mas sucede a ação: “A responsabilidade não fixa fins, mas é a imposição inteiramente formal de todo agir causal entre seres humanos, dos quais se pode exigir uma prestação de contas. Assim, ela é precondição da moral, mas não a própria moral” (Jonas, 2006, p.166). Já como premissa, a responsabilidade concerne “à determinação do que se tem a fazer, uma noção em virtude da qual eu me sinto responsável, em primeiro lugar, não por

minha conduta e consequências, mas pelo objeto que reivindica meu agir” (Jonas, 2006, p. 167).

O filósofo destaca que é esse tipo de responsabilidade prévia – “e não aquela ‘responsabilidade’ formal e vazia de cada ator por seu ato” (Jonas, 2006, p. 168) – que deve embasar as condutas nessa nova ética da responsabilidade.

Imbuído desse entendimento, Jonas (2006, p. 170) define textualmente a negligência como “uma forma de ‘irresponsabilidade’ que não envolve nenhum ato positivo de denegação [...] ou comportamento considerado habitualmente não-ético”. Por conseguinte, o ato negligente analisado neste estudo estaria cabalmente representado por “essa forma de irresponsabilidade imperceptível, inadvertida e não intencional e, que por isso, é até mais perigosa”, pois não tem contornos pré-determinados nem conceituação precisa.

Essa dimensão de recusa em reconhecer a responsabilidade pelo ato praticado embutida na definição de negligência de Jonas revelou-se alinhada à visão aristotélica e somou-se aos elementos que embasaram o exame interpretativo dos significados atribuídos ao ato negligente nos depoimentos dos profissionais condenados, apresentado na seção 6.4.

5 RESULTADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

5.1 Análise quantitativa dos processos éticos

Neste segmento, apresenta-se a análise quantitativa dos dados relativos aos processos éticos classificados como negligência.

Analizou-se um total de 482 processos éticos julgados pelo COREN-SP no período de 2001 a 2010, os quais geraram 777 investigações. O termo “investigações” representa a quantidade de profissionais envolvidos nos processos analisados, pois, em um mesmo processo, pode haver mais de um profissional investigado e com diferentes desfechos no julgamento. Por esta razão, para a apresentação dos resultados, utilizou-se como referencial o número de investigações e não o número de processos.

Com base na natureza dos processos, as investigações foram classificadas em dois tipos: assistencial ou gerencial-administrativa. As investigações de natureza assistencial designam ações do profissional que incidiram diretamente sobre o paciente e que resultaram ou não em algum tipo de dano. As investigações de natureza gerencial-administrativa referem-se às ocorrências em que a ação do profissional não afetou diretamente o paciente.

A pesquisa identificou 443 (57,01%) investigações de natureza assistencial e 334 (42,99%) investigações de natureza gerencial-administrativa. Do total de investigações de natureza assistencial, 169 foram caracterizadas como negligência, correspondendo a um total de 68 processos. Nenhuma ocorrência foi caracterizada como negligência no âmbito gerencial-administrativo.

Nos itens subsequentes, apresenta-se, em tabelas, os dados relativos à classificação das investigações, segundo sua natureza, e os resultados das investigações de negligência praticada no âmbito assistencial.

Ressalta-se que a negligência foi tratada neste estudo em sua especificidade, considerando-se para a composição da amostra (n=169) os casos em que ocorreu isoladamente, tendo sido agrupados em outra modalidade os casos em que apareceu associada às infrações correlatas de imperícia e imprudência.

5.1.1 Investigações decorrentes dos processos éticos

A Tabela 1 apresenta a classificação das investigações de acordo com a sua natureza, assistencial ou administrativa, e o tipo de ocorrência identificado. Registrou-se 443 (57,01%) investigações de natureza assistencial e 334 (42,99%) investigações de natureza gerencial-administrativa e os seguintes tipos de ocorrência, em ordem decrescente: Incidentes, Negligência, Crimes, Conflitos com paciente/família, Irregularidades do técnico/auxiliar, Irregularidades do enfermeiro e Conflitos interprofissionais.

Tabela 1 - Classificação das investigações segundo a natureza e o tipo de ocorrência. São Paulo, 2016.

Variáveis	Assistencial		Gerencial-administrativa		Investigações	
	n	%	n	%	n	%
Tipo de ocorrência						
Incidentes	204	46,05	2	0,60	206	26,51
Negligência	169	38,15	0	0,00	169	21,75
Crimes	49	11,06	153	45,81	202	25,99
Conflitos com paciente/família		1,81	1	0,30	9	1,16
Irregularidades do técnico/auxiliar	7	1,58	49	14,67	56	7,21
Irregularidades do enfermeiro	6	1,35	97	29,04	103	13,26
Conflitos interprofissionais	0	0,00	32	9,58	32	4,12
Total	443	100	334	100	777	100

Fonte: Elaboração própria, 2016.

A negligência ocupa o segundo lugar entre as ocorrências no âmbito assistencial, com 169 registros (38,15%), apresentando um percentual de incidência bastante discrepante em relação aos outros tipos de ocorrências como Crimes (11,06%), Conflitos com paciente/família (1,81%), Irregularidades do técnico/auxiliar (1,58%) e Irregularidades do enfermeiro (1,35%).

Destaca-se, no conjunto de investigações, o fato de nenhuma ocorrência de negligência ter sido identificada no âmbito gerencial-administrativo, enquanto que os Crimes registram incidência consideravelmente maior (45,81%) do que as demais ocorrências identificadas neste âmbito.

5.1.2 Ocorrências de natureza assistencial

A Tabela 2 identifica os tipos de ocorrências registradas no âmbito assistencial. As ocorrências mais frequentes foram os Incidentes (46,05%), seguidas pela Negligência (38,15%), Crimes (11,06%), Conflitos paciente/família (1,81%), Irregularidades do técnico/auxiliar (1,58%) e Irregularidades do enfermeiro (1,35%).

Tabela 2 - Tipo de ocorrência de natureza assistencial. São Paulo, 2016.

Variáveis	Investigação de natureza assistencial	
	n	%
Tipo de ocorrência		
Incidentes	204	46,05
Negligência	169	38,15
Crimes	49	11,06
Conflitos paciente/família	8	1,81
Irregularidades do técnico/auxiliar	7	1,58
Irregularidades do enfermeiro	6	1,35
Total	443	100

Fonte: Elaboração própria, 2016.

Em Incidentes, estão incluídas as ocorrências com medicamentos, dietas enterais, hemoderivados e vacinas e os incidentes procedimentais de ação e omissão. Os incidentes procedimentais são denominados incidentes de ação quando cometidos por imperícia ou imprudência e incidentes de omissão quando causados por negligência (Castello, 2010). Para os fins deste estudo, porém, os incidentes de omissão encontrados, embora constituam negligência, não foram computados como ocorrências do tipo Negligência, e sim como Incidentes, em razão de estarem associados à imperícia e à imprudência, o que ajuda a compreender a prevalência deste tipo de ocorrência na amostra analisada.

As ocorrências relacionadas como Crimes incluem crimes de natureza sexual, aborto, exercício ilegal da profissão de enfermeiro e de médico, maus tratos e falsidade ideológica praticados no âmbito assistencial. Em Conflitos com paciente/família, foram agrupadas ocorrências de agressão física ou verbal e comunicação inadequada; em Irregularidades do técnico/auxiliar, ações de quebra de sigilo profissional, abandono de plantão e invasão de privacidade e em Irregularidades do enfermeiro, ações diretas do enfermeiro como delegação indevida de função, ou

irregularidades no gerenciamento da assistência.

A negligência – que figura neste estudo com destaque como segunda ocorrência de natureza assistencial – apresenta uma incidência próxima do resultado apontado por Mattozinho (2015) em estudo recente, no qual aparece como a principal ocorrência. Todavia, é importante reiterar que os casos de incidentes por omissão não foram desta feita computados em Negligência, o que permite afirmar que esta conduta seria também a principal ocorrência identificada no presente estudo caso tais incidentes tivessem sido incluídos no cálculo final. Embora não utilize a mesma terminologia, estudo empreendido por Freitas e Oguisso (2003) em um hospital do município de São Paulo mostrou a iatrogenia de omissão, relacionada à negligência, como a principal causa das ocorrências éticas, 57,33% do total de 114 ocorrências identificadas, registrando a prevalência de práticas afins já naquela década.

5.1.3 Ocorrências de negligência

A Tabela 3 relaciona os tipos de negligência identificados nos processos, com maior percentual para Cuidado precário (51,47%), seguido de Queda de paciente/Não comunicação da queda (24,27%), Não atendimento ao chamado do paciente/familiar (7,10%), Troca de paciente/cirurgia errada (5,92%), Paciente encontrado morto no leito (4,73%), Falta de assistência durante a internação (2,96%), Perda de fragmentos para biópsia (2,37%) e Troca de bebês (1,18%).

Tabela 3 - Ocorrências de negligência. São Paulo, 2016.

Variáveis	Investigações de negligência	
	n	%
Tipo de ocorrência		
Cuidado precário	87	51,47
Queda de paciente/Não comunicação da queda	41	24,27
Não atendimento ao chamado do paciente/familiar	12	7,10
Troca de paciente/Cirurgia errada	10	5,92
Paciente encontrado morto no leito	8	4,73
Falta de assistência durante a internação	5	2,96
Perda de fragmentos para biópsia	4	2,37
Troca de bebês	2	1,18
Total	169	100

Fonte: Elaboração própria, 2016.

O Cuidado precário destacou-se como o tipo de negligência de maior incidência e registrou um percentual elevado (51,47%), significativamente maior do que as demais ocorrências e mais do que duas vezes maior do que o percentual da ocorrência seguinte Queda de paciente/Não comunicação da queda (24,27%).

Em Cuidado precário foram incluídos casos de negligência diretamente relacionados ao cuidado direto e de atendimento insuficiente ou de má qualidade, sempre decorrentes do fator comportamental, característica igualmente apontada em estudos internacionais (Weld, Bibb, 2009; Reader, Gillespie, 2013).

A Queda de paciente/Não comunicação da queda apresentou uma incidência também elevada, próxima de 1/4 do total de casos (24,27%), índice que chama a atenção por ser um tipo de negligência de elevada gravidade, com danos muitas vezes irreversíveis.

O Não atendimento ao chamado do paciente/familiar, terceiro tipo de ocorrência mais incidente, com 7,10%, é comumente identificado com as falhas no dimensionamento de pessoal e analisado sob a ótica do gerenciamento de enfermagem, no entanto, figura neste estudo relacionado ao fator comportamental. Este tipo de negligência foi apontada também nos estudos de Godoy et al. (2009) e Oliveira et al. (2017).

As ocorrências do tipo Troca de paciente/Cirurgia errada e Perda de fragmentos para biopsia, embora tenham registrado percentuais relativamente baixos, respectivamente 5,92% e 2,37%, merecem destaque por terem sido incluídas nos programas e protocolos de segurança do paciente nacionais e internacionais na lista dos *never events*¹.

5.1.4 Negligência segundo o grupo vítima

A Tabela 4 apresenta as ocorrências de negligência relacionadas ao grupo vítima e aponta que a negligência ocorreu em maior percentual no grupo Adulto (30,77%), seguido do grupo Idoso (30,18%), RN/Lactente (17,75%), Criança

¹ *Never events* são eventos adversos considerados graves e que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde, definidos no Sistema NOTIVISA como "eventos graves" (Brasil, 2015).

(11,83%), Gestante (4,14%) e Adolescente (2,96%)². No grupo Não informado, com percentual de 2,37%, não foi identificada a idade do paciente.

Tabela 4 - Ocorrências de negligência segundo o grupo vítima. São Paulo, 2016.

Variáveis	Negligência	
	n	%
Grupo vítima		
Adulto	52	30,77
Idoso	51	30,18
RN/Lactente	30	17,75
Criança	20	11,83
Gestante	7	4,14
Adolescente	5	2,96
Não informado	4	2,37
Total	169	100

Fonte: Elaboração própria, 2016.

Os dois primeiros grupos Adulto e Idoso apresentaram percentuais muito próximos, 30,77% e 30,18%, com 52 e 51 indivíduos respectivamente. O terceiro grupo RN/Lactente, considerado isoladamente, representa 17,75% das ocorrências, com apenas 30 indivíduos, mas, somado ao grupo Criança, com percentual de 11,83% e 20 indivíduos, forma o público infantil com 50 indivíduos e atinge um percentual de 29,58%, o que o equipara aos dois primeiros e permite inferir que a negligência não é ocorrência característica de uma população em particular.

5.1.5 Negligência segundo o sexo da vítima

A Tabela 5 mostra que a negligência atinge mais vítimas do sexo feminino (50,30%) do que do sexo masculino (46,74%). No grupo Não informado, com percentual de 2,96%, o sexo do paciente não foi descrito no processo.

². Considera-se adulto a pessoa que tem entre 19 e 59 anos; idoso, a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (Estatuto do idoso, Brasil, 2003); recém-nascido (RN), entre o nascimento (idade zero) até 28 dias; lactente, entre 29 dias a dois anos de idade exclusive; criança, a pessoa com até doze anos de idade incompletos e adolescente, aquela entre doze e dezoito anos de idade (ECA, Brasil, 1990),

Tabela 5 - Ocorrências de negligência segundo o sexo da vítima. São Paulo, 2016.

Variáveis	Negligência	
	n	%
Sexo da vítima		
Feminino	85	50,30
Masculino	79	46,74
Não informado	5	2,96
Total	169	100

Fonte: Elaboração própria, 2016.

A diferença percentual observada entre o sexo feminino e masculino na amostra analisada não foi significativa. E não foram encontrados estudos específicos sobre negligência que permitissem confirmar a predominância do sexo da vítima neste tipo de ocorrência.

Estudos relacionados a outros tipos de ocorrências, porém, registram uma incidência maior sobre o sexo masculino (Azevedo Filho et al., 2015; Zambon, 2014; Roque, Melo, 2011; Zárate-Grajales et al., 2015).

5.1.6 Negligência segundo a presença ou não de dano

A Tabela 6 aponta que 92,90% das ocorrências de negligência ocasionaram dano ao paciente e que em apenas 7,10% das investigações não houve dano.

Tabela 6 - Ocorrências de negligência segundo a presença ou não de dano. São Paulo, 2016.

Variáveis	Negligência	
	n	%
Dano		
Com dano	157	92,90
Sem dano	12	7,10
Total	169	100

Fonte: Elaboração própria, 2016.

A prevalência da presença do dano nas ocorrências analisadas revelou-se

demasiadamente acentuada, aproximando-se de 100%, o que denota o potencial danoso intrínseco à conduta negligente e suscita investigação pormenorizada.

Destaca-se que o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Brasil, 2013) define o dano como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico, e que o dano é sempre provocado, não se deve à evolução natural da doença de base (Brasil, 2015).

5.1.7 Negligência segundo a categoria profissional

A Tabela 7 revela que a negligência é mais cometida pelo auxiliar de enfermagem (46,15%), e em seguida pelo enfermeiro (40,24%) e pelo técnico de enfermagem (13,61%).

Tabela 7 - Ocorrências de negligência segundo a categoria profissional. São Paulo, 2016.

Variáveis	Negligência	
	n	%
Categoria profissional		
Auxiliar	78	46,15
Enfermeiro	68	40,24
Técnico	23	13,61
Total	169	100

Fonte: Elaboração própria, 2016.

O auxiliar de enfermagem é ainda a categoria com maior número de profissionais de enfermagem no Estado de São Paulo (192.374), seguida dos técnicos de enfermagem (183.090), enfermeiros (118.853), obstetrizes (214) e atendentes de enfermagem (204) (COREN-SP, 2018).

Além do fato de compor a categoria majoritária, a natureza da atividade exercida, iminentemente técnica e de cuidados diretos aos pacientes, bem como sua menor formação, ajudam a explicar o maior envolvimento do auxiliar de enfermagem nas ocorrências de negligência.

Este dado corrobora os estudos apresentados por Mattozinho e Freitas (2015) no Estado de São Paulo, Schneider e Ramos (2012) no Estado de Santa Catarina e Muzzi et al. (2009) no estado de Minas Gerais, nos quais o auxiliar de enfermagem é apontado como a categoria mais envolvida em processos éticos. Nos Estados do Piauí e do Ceará, respectivamente, Costa e Silva et al. (2013) e Mendonça et al. (2017) apontaram o enfermeiro como o profissional que mais responde a processos éticos.

Embora a diferença percentual entre auxiliares (46,15%) e enfermeiros (40,24%) não se mostre significativa ao comparar as duas categorias, o número de enfermeiros envolvidos em ocorrências de negligência (68 em 169), considerado isoladamente, torna-se elevado ao se levar em conta que os enfermeiros trabalham sempre em menor número do que os demais profissionais nas instituições de saúde.

Sob esta ótica, ganha força, ainda que careça de aprofundamento em estudos futuros, o entendimento de que o enfermeiro é o profissional que mais comete negligência nas instituições de saúde do estado de São Paulo.

5.1.8 Negligência segundo o sexo do profissional

Na Tabela 8, o percentual de negligência foi consideravelmente maior no grupo de profissionais do sexo feminino, 88,76%, em contraposição a apenas 11,24% do grupo masculino.

Tabela 8 - Ocorrências de negligência segundo o sexo do profissional. São Paulo, 2016.

Variáveis	Negligência	
	n	%
Sexo		
Feminino	150	88,76
Masculino	19	11,24
Total	169	100

Fonte: Elaboração própria, 2016.

A prevalência de mulheres na autoria das ocorrências de negligência, com registro de 88,76%, acompanha a participação feminina na composição do *corpus* profissional da enfermagem, posto que as profissionais do sexo feminino representam

83,3% do total de profissionais do Estado de São Paulo (COFEN,2017)

A prevalência do sexo feminino também apareceu em outros estudos relacionados a processos éticos realizados por Freitas e Oguisso (2007) e Mattozinho (2015) no Estado de São Paulo e por Costa e Silva (2013) no Piauí, os quais registraram, respectivamente, 64%, 77,9% e 80%.

5.1.9 Negligência segundo o tipo de instituição de saúde

A Tabela 9 apresenta a distribuição das ocorrências de negligência segundo o tipo de instituição de saúde. Verificou-se que o maior percentual de negligência ocorreu em Hospital (84,62%), seguido de Instituição de Longa Permanência – ILP (8,28%), Outras unidades (4,14%), *Homecare* (1,78%) e UBS (1,18%). Em Outras unidades estão incluídas as seguintes instituições: Centro de Testagem e Aconselhamento, Colsan - Associação Beneficente de Coleta de Sangue, Centro de Referência DST/AIDS, Departamento Regional de Saúde (DIR1), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, SOS CIDADÃO 199 e Unidade de Pronto Atendimento - UPA.

Tabela 9 - Ocorrências de negligência segundo o tipo de instituição de saúde. São Paulo, 2016.

Variáveis	Negligência	
	n	%
Tipo de instituição		
Hospital	143	84,62
ILP	14	8,28
Outras Unidades	7	4,14
<i>Homecare</i>	3	1,78
UBS	2	1,18
Total	169	100

Fonte: Elaboração própria, 2016.

A prevalência das ocorrências de negligência em hospitais foi notável, pois identificou-se uma incidência cerca de 10 vezes maior (143) do que a observada nas ILPs (14), registradas em segundo lugar.

O hospital é a instituição que abriga um maior percentual da força de trabalho da enfermagem. Apenas o Estado de São Paulo dispõe de um total de 92.389 leitos hospitalares (Brasil, 2017).

Pela sua característica, é possível afirmar que o hospital é a instituição de saúde onde mais se realizam procedimentos médicos e de enfermagem, por este motivo, é também o lugar com maior potencial para a ocorrência de eventos adversos na assistência ao paciente.

5.1.10 Negligência segundo o tipo de administração da instituição

A Tabela 10 apresenta a ocorrência de negligência segundo o tipo de administração da instituição. Verificou-se uma diferença percentual pouco expressiva entre instituições de administração pública (34,91%), privada (33,13%) e filantrópica (31,96%).

Tabela 10 - Ocorrências de negligência segundo o tipo de administração da instituição. São Paulo, 2016.

Variáveis	Negligência	
	n	%
Administração		
Pública	59	34,91
Privada	56	33,13
Filantrópica	54	31,96
Total	169	100

Fonte: Elaboração própria, 2016.

O maior percentual de ocorrência de negligência, 34,91%, foi observado em instituições de administração pública, muito próximo, porém, dos outros dois tipos de administração, privada e filantrópica, 33,13% e 31,96% respectivamente.

Às instituições de administração pública correspondem à maioria dos hospitais da amostra, as Unidades Básicas de Saúde e outras unidades de saúde já indicadas na descrição da tabela anterior. As instituições filantrópicas referem-se às Santas Casas e as instituições de administração privada, aos demais hospitais, ILPs e *Homecare*.

5.1.11 Negligência segundo a área de especialidade

Os dados da Tabela 11 revelam prevalência de negligência na Unidade de Clínica Médica e Cirúrgica (CMC) (34,31%), seguida das Unidades de Terapia Intensiva adulto (UTIA), pediátrico e neonatal (UTIP/UTIN) (21,90%), Maternidade/Alojamento Conjunto (17,76%), Pediatria (13,01%), Centro Cirúrgico (CC) e Unidade de Recuperação Pós Anestésica (RPA) (6,50%), *Homecare* (1,78%), Saúde Pública (1,18%) e outras especialidades (3,56%).

Tabela 11 - Ocorrências de negligência segundo a área de especialidade. São Paulo, 2016.

Variáveis	Negligência	
	n	%
Especialidade		
CMC	58	34,31
UTIA/UTIP/UTIN	37	21,90
Maternidade/AC	30	17,76
Pediatria clínica	22	13,01
CC/RPA	11	6,50
<i>Homecare</i>	3	1,78
Saúde Pública	2	1,18
Outras	6	3,56
Total	169	100

Fonte: Elaboração própria, 2016.

Em relação à área de especialidade, nota-se que a prevalência da negligência na Unidade de Clínica Médica e Cirúrgica (CMC) (34,31%) acompanha a disponibilidade dos leitos hospitalares no país, que totalizou 233.286 leitos clínicos e cirúrgicos em 2017, quantidade significativamente maior do que os leitos destinados às demais especialidades segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Brasil, 2017).

Situação similar é observada também em São Paulo, onde 69.748 do total de 92.389 leitos são destinados ao hospital geral e apenas 18.545 às demais especialidades (Brasil, 2017).

5.1.12 Negligência segundo o turno de ocorrência

A Tabela 12 mostra as ocorrências de negligência observadas em cada turno. No turno da manhã, registrou-se 59 ocorrências (34,91%), seguidas de 56 ocorrências à tarde (33,13%) e 54 à noite (31,96%).

Tabela 12 - Ocorrências de negligência segundo o turno. São Paulo, 2016.

Variáveis	Negligência	
	n	%
Turno		
Manhã	59	34,91
Tarde	56	33,13
Noite	54	31,96
Total	169	100

Fonte: Elaboração própria, 2016.

Embora não exista uma diferença significativa entre as ocorrências observadas isoladamente em cada turno, constatou-se que o percentual de ocorrências de negligência no período diurno, que atinge 68,04% ao se somar os percentuais dos turnos da manhã e da tarde, foi maior que o percentual de ocorrências no turno da noite, 31,96%.

Destaca-se que o período diurno concentra a maior parte das atividades assistenciais, terapêuticas e de diagnóstico, o que pode justificar o maior percentual de ocorrências neste período.

5.1.13 Negligência segundo a origem das denúncias

A Tabela 13 apresenta as ocorrências de negligência relacionadas à origem das denúncias.

Verificou-se que mais da metade das denúncias de negligência teve origem no COREN-SP (52,67%) e que as demais denúncias foram apresentadas, respectivamente, às Comissões de Ética em Enfermagem - CEE (30,77%), Órgão público (10,65%) e CREMESP (5,91%).

Tabela 13 - Ocorrências de negligência segundo a origem das denúncias. São Paulo, 2016.

Variáveis	Negligência	
	n	%
Origem da denúncia		
COREN-SP	89	52,67
CEE	52	30,77
Órgão público	18	10,65
CREMESP	10	5,91
Total	169	100

Fonte: Elaboração própria, 2016.

O percentual de denúncias encaminhadas ao COREN-SP (52,67%) é bastante significativo e sugere maior atuação e efetividade da fiscalização. Ressalta-se que, sempre que uma denúncia é apresentada ao COREN-SP, dá-se início ao processo de apuração.

O fato de as Comissões de Ética em Enfermagem - CEE ocuparem o segundo lugar de origem das denúncias, com percentual de 30,77%, é também notável e remete à fase de expansão de sua implantação nas instituições e indica o reconhecimento que passou a ter como instância de averiguação.

5.1.14 Negligência segundo o denunciante

A Tabela 14 relaciona as ocorrências de negligência ao responsável pela realização das denúncias.

Observou-se uma prevalência das denúncias por parte do denunciante Vítima/familiares (40,82%), registrando-se em seguida a participação de Enfermeiro (21,90%), Comissão de Ética de Enfermagem - CEE (18, 34%) e Enfermeiro RT (13,60%).

Os denunciadores identificados como Outros profissionais de saúde (2,37%), COREN (1,78%) e Técnicos e auxiliares de enfermagem (1,19%) registraram um percentual de participação significativamente menor.

Tabela 14 - Ocorrências de negligência segundo o denunciante. São Paulo, 2016.

Variáveis	Negligência	
	n	%
Denunciante		
Vítima/familiares	69	40,82
Enfermeiro	37	21,90
CEE	31	18,34
Enfermeiro RT	23	13,60
Outros profissionais de saúde	04	2,37
COREN	03	1,78
Técnicos e auxiliares de enfermagem	02	1,19
Total	169	100

Fonte: Elaboração própria, 2016.

O destaque na participação das Vítimas/familiares nas denúncias de negligência pode indicar maior esclarecimento da população em relação aos seus direitos, considerando a criação de legislações protetoras, como a Lei nº 10.241 de 1999, que dispõe sobre o direito dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado de São Paulo, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 e Estatuto do Idoso de 2003. Outros fatores a serem considerados são o maior conhecimento dos canais de denúncia, a facilidade de acesso e, possivelmente, a natureza da infração.

A prevalência das Vítima/familiares como denunciante foi significativa neste estudo (40,82%), diferentemente do que foi apurado em outros estudos relacionados a ocorrências éticas em que a vítima e a família figuram em menor percentual (Schneider, 2010; Muzzi et al, 2009; Freitas, Oguisso, 2007).

As denúncias encaminhadas pelo Enfermeiro e Enfermeiro RT, que somam 35,5%, devem também ser destacadas, dado ser responsabilidade e dever deste profissional, no exercício da função, conforme o Art.7º e o Art. 49º do CEPE (COFEN, 2007), comunicar ao COREN e aos órgãos competentes fatos que infrinjam preceitos éticos e legais da profissão. Por conseguinte, ocupar o segundo lugar como denunciante (denúncias somadas) indica não apenas o cumprimento da responsabilidade profissional, mas também, uma maior conscientização desta categoria acerca do seu papel no gerenciamento da assistência.

A participação das Comissões de Ética – CEE nas denúncias (18,34%) merece ainda ser considerada em razão da importância que vêm assumindo junto às instituições de saúde. No Estado de São Paulo, somente em 2016, foram empossadas 126 comissões de ética, o que permite afirmar que há maior compreensão e valorização do seu papel por parte das instituições (Coren, 2016).

Nos estudos apresentados por Schneider (2010) e Mattozinhos (2015), as CEE se destacam nas denúncias de ocorrências éticas.

5.1.15 Desfecho do julgamento dos profissionais

Na Tabela 15, observa-se que, das 169 investigações, ou seja, do total de profissionais envolvidos nos processos de negligência, 105 (62,13%) profissionais foram considerados inocentes e 64 (37,87%) culpados no desfecho dos julgamentos.

Tabela 15 - Desfecho do julgamento dos profissionais. São Paulo, 2016.

Variáveis	Negligência	
	n	%
Resultado		
Inocente	105	62,13
Culpado	64	37,87
Total	169	100

Fonte: Elaboração própria, 2016.

Em razão da gravidade das ocorrências que motivaram as denúncias, o percentual de profissionais inocentados (62,13%) chama a atenção e deve ser investigado em um estudo específico e pormenorizado.

5.1.16 Profissionais condenados por negligência segundo a categoria

A Tabela 16 mostra que, dos 64 profissionais condenados por negligência, 28 (43,75%) eram auxiliares de enfermagem, 25 (39,6%) enfermeiros e 11 (17,19%) técnicos de enfermagem.

Tabela 16 - Profissionais condenados por negligência segundo a categoria. São Paulo, 2016.

Variáveis	Negligência	
	n	%
Categoria		
Auxiliar de enfermagem	28	43,75
Enfermeiro	25	39,60
Técnico de enfermagem	11	17,19
Total	64	100

Fonte: Elaboração própria, 2016.

A prevalência do auxiliar de enfermagem entre os profissionais condenados (43,75%) segue a primazia desta categoria nas ocorrências de negligência observada também na Tabela 7 (46,15%) e pode ser igualmente atribuída à participação majoritária, natureza da atividade profissional diretamente ligada aos cuidados do paciente e formação deficitária deste profissional já mencionadas no item 5.1.7.

Percentuais semelhantes aos da Tabela 7 foram também observados nas condenações dos profissionais das categorias Enfermeiro (39,60%) e Técnico de enfermagem (17,19%) quando comparados aos registrados nas ocorrências de negligência por categoria profissional, respectivamente Enfermeiro (40,24%) e Técnico de enfermagem (13,61%).

5.1.17 Pena aplicada aos profissionais condenados por negligência

A Tabela 17 apresenta os tipos de pena aplicados aos profissionais condenados por negligência, em ordem de incidência: Advertência verbal, Censura, Multa, Suspensão e Cassação.

Entre as penas aplicadas aos profissionais, a que registrou maior percentual foi a Advertência verbal (47,76%), seguida das penas de Censura (35,82%), Multa (8,96%) e Suspensão (7,46%). Não houve registro de aplicação da pena de Cassação nas condenações por negligência.

Tabela 17 - Pena aplicada aos profissionais condenados por negligência. São Paulo, 2016.

Variáveis	Negligência	
	n	%
Pena		
Advertência verbal	32	47,76
Censura	24	35,82
Multa	06	8,96
Suspensão	05	7,46
Cassação	0	0,0
Total	67	100

Fonte: Elaboração própria, 2016.

A Advertência verbal é a pena prevalente e representa quase metade do total de penas aplicadas (47,76%) aos profissionais. A pena de Advertência verbal aparece também como a mais aplicada em outros estudos de processos éticos realizados em Santa Catarina (Schneider, 2010), Piauí (Costa e Silva et al., 2013), São Paulo (Mattozinhos, 2015) e Ceará (Mendonça et al., 2017). Apenas no Estado de Minas Gerais a Censura figura como a pena mais imposta (Muzzi, 2009).

Cabe ressaltar que três dos profissionais investigados receberam mais de uma pena, simultaneamente Censura e Multa, por este motivo, o total de penas aplicadas (67) difere do número de profissionais condenados (n=64).

5.2 Análise temática dos processos éticos de negligência com criança

5.2.1 Apresentação dos processos éticos de negligência com criança

Para o desenvolvimento da análise temática, focalizou-se especificamente os processos éticos de negligência com criança, um total de sete processos que atenderam simultaneamente a dois critérios, alinhados com o terceiro objetivo do estudo: ter profissionais condenados e ter pacientes pediátricos como vítimas.

Com relação ao recorte temporal, os processos éticos de negligência com criança selecionados situam-se no período estabelecido para o estudo, foram julgados entre os anos de 2001 e 2010, sendo 1 processo correspondente a cada ano, respectivamente, em 2001, 2002, 2003 e 2007, 2 processos relativos ao ano de 2008 e 1 processo do ano de 2010.

Para efeito de identificação e alocação nas categorias analíticas correspondentes, os processos examinados foram numerados em ordem sequencial de 1 a 7 e serão, a partir daqui, assim referidos ao figurar no texto: Processo 1 (P1), Processo 2 (P2), Processo 3 (P3), Processo 4 (P4), Processo 5 (P5), Processo 6 (P6) e Processo 7 (P7).

Os sujeitos citados nestes processos éticos de negligência com criança são profissionais de enfermagem pertencentes às seguintes categorias: 3 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem e 6 auxiliares de enfermagem atuantes, à época, em instituições de saúde da rede pública e privada. Os profissionais serão doravante designados no texto segundo a categoria da seguinte forma: enfermeiro (E), técnico de enfermagem (TE) e auxiliar de enfermagem (AE).

As instâncias/órgãos onde foram realizadas as denúncias que instauraram os processos éticos de negligência com criança são, em ordem correspondente à da numeração dos processos: 1ª Vara Criminal do Fórum Público de São Miguel Paulista (P1), Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (P2), Comissão de Ética de Enfermagem (P3), 5ª Delegacia de Polícia da Circunscrição de Campinas (P4), Comissão de Ética de Enfermagem (P5, P6 e P7).

As penas atribuídas aos profissionais condenados nos processos de negligência com criança, aplicadas pelo COREN-SP, foram, segundo a mesma ordem

de numeração dos processos: Advertência verbal (P1, P2, P3 e P4), Censura (P5), Suspensão (P6) e Censura (P7). Houve absolvição de duas profissionais denunciadas, as enfermeiras dos processos P2 e P3. Os processos de 1 a 4 foram julgados pela versão antiga do CEPE (COFEN, 2000) e os processos de 5 a 7, já pelo código vigente (CEPE, COFEN, 2007).

Apresenta-se, na sequência, uma síntese de cada processo ético examinado, a qual contém a identificação da categoria profissional dos profissionais denunciados por negligência, a instância denunciante, o motivo da denúncia, os artigos infringidos, os tipos de infração, o desfecho do julgamento e as categorias analíticas em que os processos foram relacionados.

5.2.2 Síntese dos processos éticos de negligência com criança

5.2.2.1 Síntese do Processo 1 (P1)

Denunciada: Uma auxiliar de enfermagem (AE)

Denunciante: 1ª Vara Criminal do Fórum Público de São Miguel Paulista

Motivo da denúncia: Procedimento cirúrgico indevido, realizado na criança errada. A criança deveria ter sido submetida a uma endoscopia e passou por uma amigdalectomia. A AE denunciada trabalhava no Centro Cirúrgico (CC), era sua função buscar a criança na unidade de internação (Pediatria) e encaminhá-la à cirurgia. No dia dos fatos, a AE solicitou a uma atendente de enfermagem, funcionária da unidade de Pediatria, para levar a criança ao centro cirúrgico. A atendente da Pediatria encaminhou a criança errada à cirurgia.

Artigos infringidos: 22 e 24

Tipo de infração: Gravíssima

Desfecho: Advertência verbal

Categorias: Desidentificação; Desvalorização do procedimento; Inobservância da responsabilidade.

5.2.2.2 Síntese do Processo 2

Denunciadas: Uma enfermeira (E), uma auxiliar de enfermagem (AE) e uma técnica de enfermagem (TE)

Denunciante: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

Motivo da denúncia: Má-formação não identificada em RN. O RN nasceu com ânus imperfurado. Durante o período de internação na maternidade, a mãe relatou que o bebê chorava muito, mas, mesmo tendo sido levado ao berçário várias vezes para ser trocado, nada foi observado. No dia seguinte ao nascimento, o bebê teve alta, porém, continuava a chorar, tinha o abdome distendido e apresentou vômitos, então a mãe o levou ao hospital. No atendimento do Pronto Socorro, ao tentar introduzir o supositório prescrito pelo médico de plantão, a enfermagem percebeu que o RN tinha ânus imperfurado. O bebê foi imediatamente transferido para outro hospital, para a realização de procedimento cirúrgico. Nas anotações do prontuário do paciente, realizadas pela AE e pela TE da maternidade, havia registro de evacuação e eliminação de urina.

Artigos infringidos: 1º, 16 e 24 (AE e TE) e 1º, 16 e 20 (E)

Tipo de infração: Grave

Desfecho: Advertência verbal somente para a AE e a TE e absolvição da E

Categorias: Inobservância da responsabilidade; Minimização; Vitimização;

5.2.2.3 Síntese do Processo 3

Denunciadas: Uma enfermeira (E) e três auxiliares de enfermagem (AE)

Denunciante: Comissão de Ética de Enfermagem

Motivo da denúncia: Procedimento cirúrgico indevido, realizado na criança errada. A criança foi submetida a frenulectomia lingual, ao invés da herniorrafia inguinal programada. No dia dos fatos, havia duas crianças com o mesmo nome agendadas na programação cirúrgica do hospital, uma para a realização de frenulectomia lingual, às 7 horas, e a outra, para herniorrafia inguinal às 9 horas. A criança da cirurgia de herniorrafia deu entrada no hospital às 7 horas e foi recebida por uma das AE da Pediatria, que a encaminhou ao centro cirúrgico por solicitação da

E sem conferir os dados de identificação. O AE que recebeu a criança no centro cirúrgico também não conferiu os dados, tampouco o cirurgião e o anestesista o fizeram. A outra criança não compareceu ao hospital naquela data, pois a mãe solicitou o adiamento da cirurgia à secretária do cirurgião, que não o avisou a tempo.

Artigos infringidos: 4º, 16, 20, 22, 24 e 33 (E) e 4º, 16, 20 e 24 (AE)

Tipo de infração: Gravíssima

Desfecho: Advertência verbal para a E e dois AE e absolvição de uma AE

Categorias: Desvalorização do procedimento; Inobservância da responsabilidade; Minimização;

5.2.2.4 Síntese do Processo 4

Denunciadas: Duas técnicas de enfermagem (TE)

Denunciante: 5ª Delegacia de Polícia da Circunscrição de Campinas

Motivo da denúncia: Óbito de RN. A mãe do RN, internada na maternidade em alojamento conjunto, no dia seguinte ao parto, chamou a enfermagem duas vezes porque seu bebê estava frio e gemente. Foi atendida pelas TE da maternidade. Na primeira vez, uma das TE da maternidade disse à mãe que poderia ser cólica e que o colocasse no peito para aquecê-lo, mas não avaliou o bebê. A mãe seguiu as orientações, porém, como o bebê continuava frio, chamou novamente a enfermagem. A outra TE da maternidade entrou no quarto e a mãe informou novamente que o bebê continuava gelado e gemente. A TE então perguntou o que a mãe queria que ela fizesse, se queria que chamasse alguém do berçário, mas também não avaliou o bebê. A mãe disse que sim, e a TE do berçário foi chamada. Ao pegar o bebê no colo, a TE percebeu que estava cianótico e o levou de emergência para o berçário, onde foi atendido e veio a falecer.

Artigos infringidos: 4º, 16, 20, 22 e 24 (TE)

Tipo de infração: Gravíssima

Desfecho: Advertência verbal para as duas TE

Categorias: Desidentificação; Inobservância da responsabilidade; Minimização; Projeção;

5.2.2.5 Síntese do Processo 5

Denunciadas: Uma enfermeira (E) e uma auxiliar de enfermagem (AE)

Denunciante: Comissão de Ética de Enfermagem

Motivo da denúncia: Óbito de lactente. No dia dos fatos, a E era a responsável pela Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e a AE havia sido escalada para ficar com seis bebês, juntamente com outra AE. No horário de intervalo, a AE encontrou a E no corredor e informou que iria jantar, mas não comunicou o fato de a outra AE também não estar na unidade por ter ido à farmácia buscar medicamento, nem mencionou a hipoatividade observada no lactente após a mamada. Antes de sair da unidade, a AE administrou a dieta da criança por sonda nasogástrica. E pediu para a AE do box ao lado observar seus pacientes enquanto estivesse fora. Esta AE notou que o lactente estava apático e com cianose generalizada e iniciou oxigenação sob pressão. Ao entrar na unidade, a E iniciou as manobras de ressuscitação juntamente com a médica, mas o lactente veio a óbito.

Artigos infringidos: 5º, 12, 21, 25, 35 e 38 (E) e 5º, 12, 13, 16 e 38 (AE)

Tipo de infração: Gravíssima

Desfecho: Censura para a E e para a AE

Categorias: Desvalorização do procedimento; Inobservância da responsabilidade; Vitimização; Projeção;

5.2.2.6 Síntese do Processo 6

Denunciada: Técnica de enfermagem (TE)

Denunciante: Comissão de Ética de Enfermagem

Motivo da denúncia: Lesão em RN. Queimadura de segundo grau no membro inferior direito do RN, ocasionada pelo sensor do oxímetro de pulso. A TE não realizou o rodízio do sensor de oxímetro de pulso conforme a prescrição realizada pela E. O sensor deveria ser rodiziado a cada duas horas para evitar lesões.

Artigos infringidos: 12

Tipo de infração: Leve

Desfecho: Suspensão por 29 dias

Categorias: Desidentificação; Inobservância da responsabilidade; Minimização; Vitimização;

5.2.2.7 Síntese do Processo 7

Denunciada: Enfermeira (E)

Denunciante: Comissão de Ética de Enfermagem

Motivo da denúncia: Óbito de RN. RN pré-termo e com risco de infecção devido à amniorrexe³ prematura internado na UTI neonatal em razão de alteração respiratória, alteração na saturação de O₂ e de glicemia. Permaneceu instável durante todo o plantão noturno, mas a E não comunicou a médica responsável pelo plantão. No fim do plantão, por volta das 6 horas da manhã, o RN apresentou piora do quadro e veio a óbito. A E não estava presente, havia saído uma hora mais cedo para cumprir estágio do curso de especialização com autorização da chefia de enfermagem.

Artigos infringidos: 16, 17, 20, 22, 24 e 25

Tipo de infração: Gravíssima

Desfecho: Censura

Categorias: Desvalorização do procedimento. Inobservância da responsabilidade; Vitimização;

5.3 Elaboração das categorias de análise

Nesta seção, expõe-se o processo de elaboração das categorias correspondentes às unidades temáticas identificadas nos processos e que subsidiaram a etapa analítica do estudo.

De acordo com Minayo (2010, p. 178-179):

Categorias são conceitos classificatórios. Constituem-se como termos carregados de significação [...] são saturadas de sentido e chaves para a

³ A RPM [Amniorrexe Prematura ou Ruptura Prematura das Membranas] é definida como a amniorrexe espontânea que ocorre antes do início do parto. Quando essa rotura espontânea ocorre antes de 37 semanas, ela é dita RPM pré-termo (RPMp). O período de latência é o tempo decorrido entre a rotura e o parto (Montenegro, 2008. p. 283).

compreensão teórica da realidade em sua especificidade histórica e em sua diferenciação interna.

Esse entendimento orientou o agrupamento e a subsequente classificação das unidades temáticas encontradas com base na frequência ou relevância do tema, compreendidas, respectivamente, como repetição de determinados conteúdos nas falas dos profissionais e ocorrência de conteúdos que se destacavam comparativamente em importância e remetiam ao objeto de estudo a despeito de sua repetição.

Tal processo de categorização decorreu de um exame minucioso e exaustivo dos sete processos selecionados para a etapa qualitativa do estudo, que pretendeu assegurar a abrangência, representatividade e pertinência dos núcleos temáticos eleitos para a análise.

Dessa forma, as categorias elaboradas para subsidiar a análise temática emergiram da própria leitura dos processos e foram criteriosamente definidas com base na incidência do conteúdo semântico e na similaridade encontrada no teor do discurso proferido pelos profissionais durante as fases em que se manifestaram nos processos. Por essa razão, como não foram definidas de antemão, mas surgiram concomitante e posteriormente ao exame detalhado do *corpus* de análise, tais categorias são denominadas categorias empíricas *a posteriori*:

Quando são construídas *a posteriori*, a partir da compreensão do ponto de vista dos atores sociais, possibilitando desvendar relações específicas do grupo em questão, são chamadas categorias empíricas.

Categorias empíricas constituem-se em classificações com dupla forma de elaboração: são, antes de tudo, expressões classificatórias que os atores sociais de determinada realidade constroem e lhes permitem dar sentido a sua vida, suas relações e suas aspirações. Portanto, **emanam da realidade** [grifo meu]. Por outro lado, são elaborações do investigador, é sua sensibilidade e acuidade que lhe permitem compreendê-las e valorizá-las, à medida em que vai desvendando a lógica interna do grupo (objeto) pesquisado e descobre essas expressões, as exploram e sobre elas criam construtos de segunda ordem (Minayo, 2010, p. 179).

Nessa etapa do processo, observou-se que as falas selecionadas remetiam a determinados conteúdos, bastante peculiares, que expressavam qualidades comuns e eram carregados de significado para os sujeitos de cada processo ético, bem como traziam elevada carga de representatividade do conjunto das falas.

Essa recorrência na fala de sujeitos diferentes suscitou o agrupamento em núcleos temáticos distintos, designados pela nomenclatura semântica que melhor

traduziu a especificidade daquele conteúdo, procedimento que deu origem ao título de cada categoria.

Uma vez estabelecidas as categorias, foi possível reconstituir diferentes facetas do ato negligente apreendidas sob a ótica dos profissionais, bem como relacionar esses significados por eles atribuídos aos conceitos de negligência apresentados na seção 1.1 Contornos iniciais da negligência.

Nesse sentido, a operação realizada cumpriu o intento proposto no terceiro objetivo do estudo e coaduna-se com o desdobramento natural da análise temática, conforme esclarece Minayo (2010, p. 318):

[Na análise temática] o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material.

A fim de preservar a autenticidade do discurso dos profissionais denunciados nos processos, as categorias propostas foram elaboradas exclusivamente com base em determinados trechos dos processos extraídos dos documentos: “termos de depoimento”, “Defesa Prévia” e “Alegação Final”. Os “termos de depoimento” foram escolhidos por serem o registro escrito obtido diretamente a partir da fala do próprio profissional, produzido durante seu depoimento inicial. Já os documentos de “Defesa Prévia” e “Alegação Final”, embora em sua maioria não tenham sido escritos ou ditados pelos profissionais, mas apresentados pelos advogados, seus representantes legais, decorrem de uma autorização estabelecida em contrato prévio entre o acusado e seu defensor, fator que, entendeu-se, por si só, legitimava tais falas.

Os trechos selecionados para a apresentação foram reproduzidos na íntegra e alocados nas categorias correspondentes, com o intuito de ilustrar e elucidar o conteúdo desenvolvido em cada porção e momento da análise, com a devida identificação do processo e dos profissionais envolvidos.

Ainda para preservar a autenticidade e legitimidade das falas dos profissionais, transcreveu-se as falas exatamente como foram colhidas dos processos, com os erros gramaticais e o mesmo padrão de linguagem utilizado, sem serem editadas pela autora do estudo. E identificou-se entre parênteses, com iniciais maiúsculas, os documentos das quais foram extraídas: “Termo de depoimento” (TD), “Defesa Prévia” (DP) e “Alegação Final” (AF). Quando necessário, acrescentou-se, ao final da

transcrição de cada trecho dos depoimentos, comentários entre colchetes e em fonte menor para facilitar a identificação do processo em análise e fornecer eventuais informações de contexto necessárias ao entendimento do caso examinado. Com o mesmo intento, destacou-se em negrito determinadas palavras, expressões ou frases consideradas elucidativas da categoria em questão. O último ponto a ressaltar é que algumas falas foram alocadas em mais de uma categoria em razão de sua pertinência, relevância e representatividade do conteúdo analisado.

As categorias eleitas para a análise foram, em ordem de apresentação: “Desidentificação”; “Desvalorização do procedimento”; “Inobservância da responsabilidade”; “Minimização”; “Vitimização” e “Projeção”.

O Quadro 4 apresenta as seis categorias de análise estabelecidas e os processos correspondentes a cada categoria.

Quadro 4 - Categorias de análise e processos correspondentes

Categorias de análise	Processos
Desidentificação	P1; P4; P6
Desvalorização do procedimento	P1; P3; P5; P7
Projeção	P4; P5
Minimização	P2; P3; P4; P6
Vitimização	P2; P5; P6; P7
Inobservância da responsabilidade	P1; P2; P3; P5; P6; P7

Fonte: Elaboração própria, 2017.

5.4 Análise dos depoimentos segundo a categoria

5.4.1 Desidentificação

O termo desidentificação foi eleito para designar determinados trechos dos discursos analisados nos quais se entrevê uma dissociação, um afastamento proposital do profissional em relação à ação que gerou o processo. Tal aspecto aparece bastante ressaltado nos processos P1, P4 e P6, selecionados por envolver negligência com criança, no entanto, é oportuno mencionar que falas que indicavam tentativas de se desidentificar foram também observadas em diversos outros

processos durante a seleção dos processos de negligência na Etapa 2 da coleta de dados descrita na seção 2.5.1.1 *Classificação dos processos de negligência*.

A categoria Desidentificação agrupa as falas nas quais o profissional, implícita ou explicitamente, nega a autoria ou não se reconhece como participante da ação negligente. Os discursos destacados nessa categoria são marcados pela externalidade e transmitem a impressão de que os profissionais que os proferem são meros expectadores e não agentes responsáveis pela conduta executada.

Ao valer-se da desidentificação, os profissionais se eximem de antemão de qualquer responsabilidade sobre o ato praticado, o que fica nítido, por exemplo, na justificativa apresentada pela AE do P1:

AE (P1): “**Que não se sente culpada por esse procedimento, não achando justo a advertência que sofreu por parte da instituição**”. (TD). [A AE do centro cirúrgico que deveria buscar a criança para a cirurgia delegou a tarefa a outra AE, da Unidade de Pediatria, que trouxe a criança errada.]

Sem qualquer manifestação de constrangimento ou alusão ao erro que originou a troca da criança encaminhada à cirurgia, a AE deixa claro em sua fala o não reconhecimento de sua participação na situação que gerou o processo, numa clara tentativa de isentar-se, dissociar-se da ocorrência.

Nesse sentido, não demonstra, como seria desejável e esperado na conduta de uma profissional de enfermagem, a “disposição de assumir seus atos” (Jonas, 2006, p. 166), princípio que, por excelência, caracteriza a responsabilidade.

O mesmo sentido de externalidade, acentuado pelo tom de indiferença, aparece na escolha semântica dos advogados que buscam isentar os profissionais dos processos P4 e P6, ao elegerem, para a defesa de suas clientes, o termo “fatalidade”:

TE1 e TE2 (P4): [...] “**ocorreu uma fatalidade com o RN que foi a óbito**”. (AF). [A mãe chamou duas vezes as técnicas para falar que o RN estava frio e gemente e, apenas na segunda vez, chamaram a funcionária do berçário que verificou que o RN estava cianótico e veio a óbito.]

TE (P6): [...] “a *queimadura no RN foi uma **fatalidade**, não houve dolo da minha parte*”. (DP). [A TE não realizou o rodizio do sensor do pé do RN, provocando a queimadura.]

Fatalidade, por definição, é um “destino que não se pode evitar” (Houaiss, 2009). No entanto, nos dois casos em análise, o dano poderia ter sido evitado se as técnicas tivessem agido, respectivamente, com presteza e proatividade, dado a devida atenção ao apelo feito pela mãe (P4) e cumprido a prescrição feita pela enfermeira (P6).

Ao se desidentificar da situação, ambas as profissionais se eximem da responsabilidade sobre as ações pelas quais são acusadas e, conseqüentemente, não reconhecem também a responsabilidade sobre o efeito de seus atos, mesmo que em um dos casos a negligência tenha, inclusive, levado à morte do RN.

Tal comportamento evasivo, corriqueiro não somente entre os profissionais de enfermagem, configura aquilo que Bauman (2016, p. 32) descreve como uma propensão do sujeito contemporâneo, fruto de uma época que relativiza todas as condutas e supervaloriza a subjetividade, na qual “a *responsabilidade pelo resultado é como flutuante, não encontrando em nenhum lugar seu porto natural*”.

Essa percepção difusa ou negação da responsabilidade autoriza uma desidentificação prévia, uma dissociação *a priori* do profissional em relação à ação do qual é acusado, que leva à reiteração de sua suposta isenção a despeito de sua notória participação nos eventos danosos, como aparece textualmente manifestado nos seguintes depoimentos:

AE (P1): “A *averiguanda é inocente das acusações que lhe estão sendo imputadas, já que **em momento algum concorreu para a ocorrência da infração noticiada (ou pretendida)**. A sua função foi apenas a de recepcionar e encaminhar o paciente à sala de cirurgia, o que fez com zelo, dedicação e observados os critérios de praxe*”. (DP).

AE (P1): [...] *depois dos fatos analisados, que a denunciada não teve **nenhuma responsabilidade** com os fatos acontecidos*”. (DP).

5.4.2 Desvalorização do procedimento

A categoria intitulada desvalorização do procedimento designa situações em que a negligência decorre da desconsideração absoluta do procedimento técnico que deveria nortear a conduta do profissional para evitar a ocorrência que gerou a denúncia.

As normas, rotinas e procedimentos técnicos são parte integrante da política de gestão de toda instituição de saúde e estabelecem um parâmetro seguro para atuação dos profissionais de enfermagem. Esse conjunto normativo deve estar de acordo com os princípios—científicos, éticos e legais, bem como ser registrado e atualizado permanentemente para garantir a segurança no processo de trabalho em enfermagem (Brasil, 2002). Tal entendimento, porém, nem sempre norteia a política das instituições e a conduta dos profissionais, que por vezes subestimam ou ignoram a importância de seguir à risca recomendações de natureza técnica no exercício da função, como ilustram as falas seguintes.

AE (P1): “*Que na época dos fatos **não havia enfermeira, tão somente uma TE; não tinha por escrito rotinas de atendimento e que, também, nunca ‘foi passado’ verbalmente rotinas de procedimento de atendimento ao paciente***”. (TD).

Ao fazer tais declarações, a AE do (P1) evidencia falha por parte da instituição e do serviço de enfermagem no que tange ao cumprimento de normas técnicas para o funcionamento adequado do setor e capacidade de assistir o paciente com segurança. Entretanto, é necessário destacar que o princípio básico para o recebimento e encaminhamento de um paciente para cirurgia é conferir o nome do paciente, e ela não o fez.

Certos procedimentos parecem tão óbvios e triviais que levam os profissionais a desconsiderá-los, tal como ocorreu também com a AE do (P3):

AE (P3): “*Que não época dos fatos não colocou a pulseira de identificação no paciente pelo fato de que **‘não era rotina do hospital’*** ”. (TD). [A criança foi encaminhada ao CC sem pulseira de identificação e submetida a procedimento cirúrgico errado].

A falta de organização do serviço é um fator relacionado a eventos adversos (Souza et al, 2011), o que pode explicar as ocorrências com as auxiliares dos Processos 1 e 3. Por outro lado, estudo realizado sobre o conhecimento dos profissionais acerca de eventos adversos em pacientes cirúrgicos aponta como uma das causas frequentes o ato rotineiro, observado particularmente nos procedimentos eletivos, nos quais há maior descuido no seguimento de regras, embora exijam maior nível de atenção da equipe de enfermagem (Bohomol, Tartali, 2013).

Este dado merece ser considerado e discutido pelos profissionais de enfermagem, pois, à medida que se identifica um ponto de risco para a ocorrência de um evento adverso na rotina de trabalho, é possível intervir preventivamente. No entanto, para que isso ocorra, o profissional tem que ter a real noção da dimensão do seu trabalho, da importância da atividade que desenvolve e da responsabilidade que assume. Do contrário, ele nada fará.

A desatenção ao procedimento, que contraria a conduta esperada, pode ser observada na declaração da AE do (P3):

AE (P3): *“Que quando chegou no CC entregou a criança junto com o prontuário e falou o nome da criança completo e o procedimento e a médica [...]. Acredita que **os AE não prestaram muita atenção ao que dizia, pois estavam com a atenção voltada para o paciente. Que rotineiramente chamava atenção desses mesmos colegas para que ficassem mais atentos ao que dizia quando entregava os pacientes no CC.** Muitas vezes fazia esta reclamação a enfermeira da pediatria e a enfermeira entrava em contato com o CC”.* (TD).

A desvalorização do procedimento é evidente nesse trecho do discurso da auxiliar, podendo ser atribuída ao fato de seus colegas não perceberem a importância que a correta execução do procedimento traz para a segurança do paciente, embora fossem frequentemente alertados por ela sobre a necessidade de observá-lo.

Se o profissional não compreende o impacto que o seu trabalho traz para a segurança e bem-estar do paciente ou, especificamente no caso em análise, do procedimento a ser realizado, não age com a responsabilidade que o próprio

procedimento impõe.

Nesse sentido, recupera-se aqui a fala de Jonas (2006, p. 167) apresentada na seção 4.5 *O ato negligente como ação irresponsável*, na qual ele aponta para a noção de responsabilidade como premissa, que não concerne ao que já foi feito, mas “*à determinação do que se tem a fazer; uma noção em virtude da qual eu me sinto responsável, em primeiro lugar, não por minha conduta e suas consequências, mas pelo objeto que reivindica meu agir*”.

Essa dimensão da responsabilidade escapa aos profissionais que negligenciaram o procedimento nos processos que ilustram essa categoria.

A falta de atenção à comunicação no momento do recebimento do paciente no centro cirúrgico foi outro ponto destacado por ser fundamental para a continuidade dos cuidados previstos. A desatenção na passagem de plantão é identificada pelos profissionais como fator muito frequente de evento adverso cirúrgico, conforme mostra a pesquisa realizada por Bohomol e Tartali (2013). O evento adverso pode se dar por problemas de organização do trabalho, de infraestrutura e comportamentais da equipe ou pelo ato rotineiro de trabalho já citado anteriormente (Silva, Campos, 2007; Bohomol, Tartali, 2013).

Outro fato que elucida o descumprimento do procedimento relacionado ao ato rotineiro ocorreu com a enfermeira do P5, conforme declarou em seu depoimento:

E (P5): “**Existia acordo informal entre os funcionários para o revezamento; que ficava a critério dos funcionários a saída para jantar, pois costumam ter bom senso**”. (TD). [A enfermeira se refere ao rodízio dos funcionários no horário de intervalo para o jantar.]

Normalmente, a rotina de intervalos é estabelecida pela enfermeira, para que todos os funcionários da unidade fiquem cientes de seus respectivos horários. Ao não tomar para si a responsabilidade pelo gerenciamento do serviço – função específica e privativa do enfermeiro – a enfermeira incorre no risco de responder por uma decisão equivocada, como aconteceu neste caso.

No entanto, a mesma profissional afirma ainda que:

E (P5): “[...] **não houve, após o evento, confecção de escala formal**, refere que fica mais atenta às saídas, permanecendo a

enfermeira no setor enquanto todo o pessoal não retornar da janta”. (TD).

A rotina dos funcionários não foi alterada mesmo depois do evento que ocasionou a morte do RN. A gravidade do evento não mobilizou a enfermeira para que implantasse uma rotina mais segura, capaz de prevenir uma nova ocorrência. A inação da enfermeira revela a fragilidade da liderança, ou talvez a falta de capacidade de avaliação e de tomar decisões que exigiam mudanças.

A observação atenta e o senso crítico são requisitos fundamentais para a capacitação profissional do enfermeiro, diretamente relacionados à tomada de decisões mais assertivas. A ausência desses atributos, portanto, resulta em um profissional despreparado, que contribui, ainda que involuntariamente, para eventos adversos evitáveis.

Cabe, contudo, ponderar que as auxiliares também não mudaram a forma de revezamento na saída para o jantar após a morte do RN. Em princípio, o fato – indiscutivelmente grave – deveria ter sido objeto de reconsideração e provocado uma mudança de postura em toda a equipe, no entanto, os depoimentos dos profissionais acusados deixam claro que isso não aconteceu. Tal circunstância revela a persistência de um agir negligente e remete à reflexão de Aristóteles (2009):

Uma vez que compreender (*epistasthai*) e conhecer (*eidenai*) possuem dois sentidos, sendo um o de possuir o conhecimento e o outro o de usá-lo, um homem que possui o conhecimento sem utilizá-lo pode ser, em certo caso, adequadamente descrito como ignorante, mas em outro não – a saber, quando ele não se serve do conhecimento por negligência (*ameleian*) (EE 1225b15-18).

Outra situação que denota a desvalorização do procedimento, relacionada à comunicação na assistência de enfermagem, foi observada na fala da E do (P7):

E (P7): “[...] *Pedia-se anotação no início e ao fim do plantão, mas não se fixava horário; caso o médico fosse chamado, ainda se orientava a mais anotações*”. (TD). [A enfermeira se refere à insuficiência das anotações sobre os cuidados de enfermagem prestados ao RN.]

Esse discurso revela pouco entendimento sobre a relevância da anotação de enfermagem, outra importante forma de comunicação de dados relativos aos cuidados do paciente. A anotação de enfermagem é o registro escrito de toda a assistência

prestada ao paciente, realizado de forma sistematizada pela equipe de enfermagem. Tem por finalidade compartilhar e uniformizar informações entre os profissionais envolvidos no tratamento e no cuidado do paciente, razão pela qual deve ser feita imediatamente após a realização de qualquer atividade com o paciente. Portanto, ao fazer a anotação em apenas dois momentos, como declara a enfermeira, no início e no fim do plantão, corre-se o risco de perder a informação e, principalmente, de prejudicar o paciente.

Outro ponto importante a ser considerado é que as anotações dão subsídios para avaliar a evolução do paciente durante o período de internação, possibilitando o planejamento e a tomada de decisões relativas ao cuidado e ao gerenciamento do serviço.

Do ponto de vista ético e legal, o CEPE (COFEN, 2007) prevê, no capítulo I, em Responsabilidades e Deveres, que cabe ao profissional:

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

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

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

O CEPE (COFEN, 2007) também veda ao profissional, em Proibições: “Art. 35: Registrar informações parciais e inverídicas sobre a assistência prestada”.

Logo, fica claro que a anotação é uma exigência legal no trabalho dos profissionais de enfermagem e que tem orientação precisa quanto à forma de ser realizada e conteúdo a ser registrado, conforme também prescreve o Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem (COFEN, 2017). Trata-se de um dever e precisa ser rigorosamente cumprida.

Vale ressaltar que a visita médica não é fator que imprime a obrigatoriedade de mais anotação, mas é parte de todo o contexto que envolve o tratamento e o cuidado do paciente, razão pela qual não deve ser vista como exceção.

De acordo com a resolução 358/2009 do COFEN (2009), a anotação de enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, pois é fonte de informações essenciais para assegurar a

continuidade da assistência.

As anotações de enfermagem são também um meio de avaliar a qualidade da assistência e um valioso recurso para o aprimoramento do profissional e do cuidado. No entanto, essa certamente não era a compreensão da enfermeira do P7, que declarou ainda que:

E (P7): “Deveria ter anotação de todas as fases da SAE diante da complexidade do RN, mas isso não era orientação da instituição”. [...] nem havia rotina de anotação”. (TD).

Ora, no exercício de sua função profissional, não é razoável que o enfermeiro espere que a instituição o oriente para efetuar a anotação de enfermagem, pois, para além da obrigação legal, como a enfermeira mesmo declarou, “diante da complexidade do RN”, impõe-se a obrigatoriedade da anotação.

Em qualquer circunstância, o enfermeiro deve ser capaz de tomar decisões autônomas e agir em prol da segurança do paciente, garantindo que todos os dados relativos ao paciente sejam registrados e estejam disponíveis para as equipes de saúde.

5.4.3 Projeção

Na categoria projeção, foram agrupadas as falas dos profissionais que atribuíam a outrem as ações que lhes eram imputadas.

No sentido psicanalítico, a projeção aparece sempre como uma defesa, como atribuição ao outro, pessoa ou coisa, de qualidades, sentimentos e desejos que o sujeito recusa ou desconhece em si. Trata-se de rejeitar o que o que se recusa reconhecer em si ou o que se recusa ser (Laplanche, Pontalis, 2001).

A projeção é, inclusive, um dos dez mecanismos de defesa do ego descritos por Freud, “empregada para descrever a luta do ego contra ideias ou afetos dolorosos ou insuportáveis” (Freud, 1983, p. 36).

Na fala da TE1 do P4 fica claro o uso deste mecanismo de defesa pela profissional. Da mesma forma que não se identifica com o fato ocorrido, analisado na categoria Desidentificação, ela projeta no outro, no caso, a mãe do RN, a

responsabilidade pelo ocorrido, conforme o discurso abaixo:

TE1 (P4): “[...] **se a mãe tivesse se demonstrado nervosa ou feito reclamação de que a criança estava passando mal, imediatamente teria providenciado o atendimento da intercorrência**, o que de fato não aconteceu, pois, **a genitora da criança somente reclamou da mão gelada da criança**”. (TD).

Interessante notar que a TE1 utiliza a palavra “reclamação”, que tem um sentido de queixa, significa, semanticamente: “exigir a presença ou a ação de (alguém)” (Houaiss, 2009). Contudo, a reclamação da mãe não atraiu a atenção da TE1 a ponto de movê-la a ir chamar a funcionária do berçário responsável pelo RN, como descrito na sua segunda fala, tampouco a examinar o bebê para checar a “mão gelada”. Ao contrário, aponta para a mãe, como se fosse dela a responsabilidade de saber identificar o que é normal ou grave para somente então solicitar a presença da técnica do berçário, a TE2 do mesmo processo (P4).

Além de projetar a responsabilidade na mãe, a TE1 também procura minimizar a ocorrência ao declarar que a genitora “*somente reclamou da mão gelada da criança*”, aspecto que será tratado na categoria Minimização (seção 6.4.4).

A projeção também se manifesta na sua segunda fala, na qual a TE1 (P4) alega que os cuidados relativos ao RN não seriam de sua obrigação, mas sim dos funcionários do outro setor.

TE1 (P4): “[...] **as trocas de fralda, bem como a higienização das crianças é feita pelo setor do berçário, não sendo obrigação dos funcionários do setor onde aconteceram os fatos**”. (TD).
[O setor da maternidade.]

De fato, na instituição em questão, as atribuições designadas pelo serviço às funcionárias da maternidade e do berçário eram distintas. No entanto, embora a avaliação do RN não constituísse sua obrigação, nada a impedia – nem a eximia – de verificar se a situação da criança era de urgência.

A alegação de que os funcionários da maternidade e do berçário tinham obrigações distintas é reiterada na fala da TE2 (P4):

TE2 (P4): “[...] os funcionários do setor [as técnicas da maternidade] são responsáveis por avaliarem os sinais vitais da puérpera, **não sendo atribuição a verificação de sinais do recém-nascido, fato este que é obrigação dos profissionais do berçário**”.

(TD).

A ideia de obrigação embutida nos discursos de ambas as técnicas traz um peso a uma ação que deveria ser natural: a disposição de querer ajudar alguém em necessidade – no caso um bebê recém-nascido –, independentemente de ser ou não sua atribuição, como ocorreu naquele contexto.

Ao deixar de ser uma manifestação espontânea, o cuidado adquire uma conotação diferente e se transforma em obrigação (Noddings, 2003) e, quando isso, ocorre, a resposta ao apelo de cuidado passa a depender dos princípios éticos de cada um.

A fala das técnicas dá margem a refletir sobre a forma de estar com o outro. Diante do apelo da mãe, não cabe a obrigatoriedade do cumprimento de um dever, mas o reconhecimento de uma necessidade a ser atendida, que transcende o compromisso profissional e só pode ser acessado mediante a solidariedade humana, ativada naturalmente em situações como esta.

Todavia, não foi essa a percepção e a postura de ambas as auxiliares, que justificam a atitude tomada com base nas atribuições determinadas pelas rotinas de trabalho e projetam no outro (equipe do berçário) a responsabilidade por aquilo que poderiam ou deveriam ter feito no momento exato da solicitação da mãe.

No P5, caso em que as auxiliares se ausentam do berçário indevida e simultaneamente, a projeção aparece nas falas da AE que colocam a E na posição de responsável pela ausência delas, como se a aquela atitude não dissesse respeito a ela, e como se a equipe fosse incapaz de analisar criticamente a rotina e tomar uma atitude diferente do que estava acostumada na situação em análise [RN grave, clinicamente instável, com frequentes internações em UTI].

AE (P5): “A escala era informal e combinada entre os funcionários. **A enfermeira nunca orientou sobre o assunto especificamente**”. [Saída das funcionárias do berçário para o intervalo

do jantar.] [...] **Não houve reunião dos enfermeiros para orientação de forma a evitar eventos como o ocorrido**". (TD).

O excerto acima deixa claro que a AE tinha ciência da conduta indevida, no entanto, busca na responsabilização da E justificar sua ação:

AE (P5): "[...] **as enfermeiras são coniventes com a rotina de ausentar-se para o jantar ou café**, sem comunicação prévia à enfermeira responsável e chamar uma terceira pessoa para responder pela unidade descoberta". (TD).

Cabe aqui recordar que, a despeito da tentativa visível de projetar a responsabilidade observada na narrativa da AE, compete sempre ao profissional de enfermagem, segundo o CEPE (COFEN, 2007, Art. 38): "Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individualmente ou em equipe".

5.4.4 Minimização

A categoria minimização reuniu segmentos de discursos nos quais os profissionais envolvidos nos processos de negligência buscam, por meio da suavização da fala, atenuar o fato que motivou a denúncia, reduzir sua importância e gravidade.

A tentativa de reduzir, "não dar o devido valor" ao ato praticado e "subestimar intencionalmente" (Houaiss, 2009) sua importância é perceptível no uso de determinadas palavras eufemísticas, como as destacadas na fala da TE do P2:

TE (P2): "Que *foi fazer a troca do RN, colocando em um papel o nome do RN, da mãe, se urinou, se evacuou, etc. Que sempre escreve tudo, não sabendo ao certo o que aconteceu nesse dia, que constou uma **informação trocada***". (TD). [A TE anotou dados relacionados a eliminação intestinal do RN, que nunca ocorreu, pois apresentava anus imperfurado.]

Note-se que aquilo que a TE (P2) reporta como "informação trocada", com efeito, consiste em um registro de algo que não foi observado, pois não aconteceu concretamente. Portanto, a informação à qual a técnica se refere não foi somente

“trocada”, mas, sim, erroneamente registrada.

O hábito de anotar informações transmitidas pelos pacientes sobre o seu estado, sobre as eliminações, etc., em folha de papel toalha ou caderneta para posterior transferência ao prontuário do paciente é bastante conhecido e disseminado nas instituições de saúde, principalmente nas enfermarias.

Essa prática, contudo, contraria a orientação contida no manual Anotações de Enfermagem (COREN, 2009), que determina que “as anotações de Enfermagem devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida”, regra que foi desconsiderada pela profissional no atendimento ao RN.

Ademais, o CEPE (COFEN, 2007) também alerta para a necessidade de atentar para a correção e veracidade das informações registradas, elencando entre as responsabilidades dos profissionais, no art. 41: “Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência”, o que fornece a exata dimensão do significado e potencial de dano de uma “informação trocada”.

A minimização da ocorrência é ainda mais enfatizada nos seguintes trechos extraídos da Defesa Prévia e Alegação Final:

TE e AE (P2): “Os atos que desafiaram as infrações [...] consistem em **descuidos** com o RN e **inadequações de registro** no respectivo prontuário”. (DP).

TE e AE (P2): “O **descuido de observação** no RN consistiu em não ter sido verificado que o RN nascera sem perfuração no ânus e com má formação nos órgãos genitais [...] por consequência de tal fato, houve **equívoco** na observação de que o RN teria evacuado e urinado, o que se deduz que isso não poderia ter ocorrido”. (DP).

AE (P2): “O **eventual descuido** [...] teria sido a realização de uma **anotação inadequada**, por **confundir** os prontuários, fato que pode acontecer com qualquer pessoa, posto que a perfeição não é uma premissa do ser humano”. (AF).

Os termos “descuidos”, “inadequações de registro”, “descuido de observação”, “equivoco”, “eventual descuido”, “anotação inadequada” e “confundir”, usados neste contexto e com tal conotação, pretendem converter o ato praticado em um problema menor, numa clara tentativa de reduzir o acontecimento a uma ocorrência banal, corriqueira.

O intuito de minimização é também percebido e ganha ênfase nas falas apresentadas na Defesa Prévia e na Alegação Final:

TE e AE (P2): *“É preciso ainda dizer que a **anotação inadequada não foi causa de gravame** para a saúde do RN e tão logo foi constatada a anomalia, imediatamente, se procedeu à transferência para hospital com recursos necessários ao tratamento”*. (DP).

TE (P2) *“[...] Um **ato falho**⁴ confessado de pronto a despeito de não ser atividade claramente de sua responsabilidade, mas da equipe, especialmente da médica, apontada nos autos, a ora denunciada não pode ser julgada somente por tal conduta de forma implacável”*. [Referência à médica que não realizou o exame físico do RN, mas se baseou nas anotações da enfermagem para fazer seu relatório]. *Os bons antecedentes, a dedicação diuturna em suas tarefas, comprovadamente nos autos [...] são razões suficientes para **relevar** o caso”*. (AF).

Apesar de o RN ter sido posteriormente encaminhado para tratamento, a questão que se quer examinar aqui é: qual foi a percepção que as profissionais de enfermagem, no exercício da função, tiveram efetivamente do fato? Há de se considerar, nesse exame, todo o desconforto e mal-estar que o RN sofreu, bem como o sofrimento da mãe por presenciar o sofrimento do filho e não poder fazer nada, visto que o apelo feito não foi atendido a tempo de evitá-lo.

Valer-se de recursos linguísticos pode pretender dissimular os fatos e ser uma maneira de forjar a própria defesa, mas não reduz a gravidade da ocorrência, nem

⁴ *Ato falho* (Rubrica: psicologia): aparecimento, na linguagem falada ou escrita, de termos inapropriados que supostamente remetem para conteúdos ou desejos recalcados referentes ao objeto, à pessoa ou ao fato em questão (Houaiss, 2009).

substitui a necessidade de se pensar na responsabilidade que os profissionais têm no que tange à anotação de enfermagem, estabelecida formalmente pelo CEPE (COFEN, 2007). Assim como expõe a necessidade de valorizar a “voz” do paciente, ouvir com atenção, pois a mãe havia informado a equipe sobre o choro do bebê, a dificuldade em mamar e, mesmo assim, nada foi identificado.

Neste ponto, adverte-se sobre a importância de uma escuta verdadeiramente atenta e não protocolar, como mera técnica de coleta de dados (Reis et al., 2012). Na interação com o paciente, o profissional de enfermagem deve exercer o ato de escutar como uma ação de cuidado e prestar especial atenção nas entrelinhas, nunca ignorar uma fala ou desconsiderar uma informação que seria essencial, sob pena de negligenciar o cuidado.

A minimização desponta também no P3, no qual a E busca atenuar o fato ocorrido ao destacar que a criança submetida ao procedimento cirúrgico errado tenha ficado bem:

E (P3): “*Que a criança **não apresentou consequências danosas em razão das cirurgias***”. (TD).

A percepção do dano externalizada pela E, traduzida na expressão “consequências danosas”, restringe-se apenas às consequências físicas, sem mencionar ou levar em conta o impacto emocional, e suas eventuais consequências, exercido sobre a criança submetida a um descuido desta ordem.

A internação sempre provoca impactos tanto sobre a criança, como sobre a família. Para a criança, a dor física, o medo e a separação dos pais em determinados momentos. Para a família, o medo da perda do filho, o sentimento de culpa, a incerteza do tratamento, entre outros sentimentos angustiantes. Além disso, o fato de a criança ter ficado bem não anula a necessidade de reconhecimento de que houve uma ocorrência e um evento com dano, pois a criança foi submetida a um procedimento de que não precisava, nem tinha qualquer recomendação.

Sobre este aspecto, é preciso ressaltar que, a despeito da gravidade do dano, é de crucial importância para o profissional e para a categoria pensar sobre a ocorrência em si, analisar minuciosamente o evento adverso com o objetivo de identificar as possíveis falhas no processo e proceder a sua correção. Um dano menor não pode imprimir a ideia de menor gravidade à ação que o causou, pois incorre-se

no perigo de banalizar qualquer evento e considerar apenas a morte como dano maior.

De igual modo, a TE1 do P4 também recorre à minimização para justificar sua conduta durante a ocorrência:

TE 1 (P4): “[...] se a mãe tivesse se demonstrado nervosa ou feito reclamação de que a criança estava passando mal, imediatamente teria providenciado o atendimento da intercorrência, o que de fato não aconteceu, pois a genitora da criança **somente reclamou da mão gelada da criança**”. (TD).

Recurso idêntico ao empregado para depreciar a reação da mãe e desqualificar sua fala no depoimento de ambas as técnicas do P4 na Alegação Final:

TE1 e TE 2 (P4): “[...] **até mesmo pelo seu estado puerperal não se conformando com a morte de seu filho, que era tido como sadio, queira responsabilizar alguém [...]**”. (AF).

Ao mencionar o estado puerperal, as técnicas reduzem a dor da mãe a um estado de anormalidade, induzindo erroneamente a concluir que se espera que em estado de “normalidade” a mãe compreendesse e aceitasse a morte do filho.

No Processo 6, aparece novamente a ideia de que a recuperação da criança do dano provocado pela negligência do profissional é o que deve ser considerado.

TE (P6): “[...] a integridade física da RN foi **totalmente restabelecida, digo, sem sequelas**”. (DP). [Após a queimadura do pé do bebê pelo sensor do oxímêtro.]

Com efeito, a recuperação do RN deve ter trazido alívio para todos os envolvidos, sobretudo para a família da criança, todavia, não exime a profissional da responsabilidade pelo dano ocasionado.

Mais uma vez, porém, no lugar do esperado reconhecimento e da retratação, o discurso da técnica denota a minimização do dano e de seus efeitos e revela a absoluta falta de percepção da gravidade do fato e da própria conduta.

5.4.5 Vitimização

Vitimização é um termo derivado do verbo vitimizar, forma coloquial do verbo pronominal vitimar-se, compreendido no sentido figurado como “fazer-se de vítima” (Houaiss, 2009). O vocábulo denomina um comportamento frequente e bastante observado entre os profissionais de enfermagem, visto ser usual, no contato com enfermeiros, técnicos e auxiliares, ouvir queixas relativas às condições de trabalho, às políticas de saúde, à política e organização da instituição e ao próprio serviço de enfermagem, bem como à insuficiência da remuneração, como fatores que influenciariam, ou mesmo determinariam, a disposição e a conduta do profissional.

Porém, não obstante se reconheça que tais problemas existem e decorrem da precarização do trabalho em curso no mundo contemporâneo – que atinge também a área da enfermagem – este não foi o foco eleito para a discussão, já que a presente análise visa recuperar os sentidos atribuídos ao ato negligente, neste caso, particularmente os trechos das falas dos profissionais que denotam indícios de vitimização.

No Processo 2, logo no início de seu discurso, a AE já apresenta uma fala que evidencia sua suposta condição de vítima.

AE (P2): *“Que no dia dos fatos, estava sozinha no plantão, pois no berçário **só fica um profissional**. Que os leitos são em torno de 16, nunca estando cheios. Que são duas profissionais entre maternidade e berçário, uma ajudando a outra quando necessário”*. (TD).

De fato, não é incomum, ainda hoje, encontrar instituições de saúde que mantêm setores com apenas um profissional para cuidar de um número de pacientes que certamente exigiria mais do que o dobro. Esta é uma queixa legítima e recorrente dos profissionais de enfermagem e, embora a Resolução nº 0543/2017 (COFEN, 2017) determine o cálculo para o dimensionamento adequado de pessoal de enfermagem, esbarra-se ainda em obstáculos que dificultam seu cumprimento, por exemplo, a existência de restrições orçamentárias.

Todavia, o ponto em análise aqui é a predisposição da profissional de destacar, desde o início, o fato de estar sozinha no setor, numa fala que traz implícita a percepção de que as más condições de trabalho sempre estão em perspectiva e

direcionam qualquer raciocínio, sendo inclusive a justificativa habitual para os profissionais se lastimarem e cultivarem um estado interior de lamúria permanente.

A vitimização pode também ser percebida na fala da E do P5 ao referir-se ao funcionário “menos sobrecarregado”:

E (P5): “[...] *não estava no setor quando os fatos ocorreram. Não foi comunicada da saída simultânea das auxiliares, embora a AE tenha lhe avisado a saída de jantar. Orientava-se as AE que não deixassem o box sozinho, era possível que as AE responsáveis pelos mesmos boxes precisassem sair, caso em que outro AE, **menos sobrecarregado** assumiria*”. (TD). [A enfermeira faz referência à saída da funcionária no intervalo para o jantar, quando deixou o RN com uma colega de outro box.]

Neste trecho, a expressão em destaque permite entrever que a sobrecarga de trabalho é condição permanente, considerada razão suficiente para contrariar a orientação de não deixar a unidade sozinha. Novamente, não se pretende negar a realidade óbvia da insuficiência de pessoal nas instituições, mas sim alertar para a naturalização da utilização desse argumento para justificar falhas e omissões, já que, por estar sempre sobrecarregado, o profissional é colocado por si mesmo ou por seus pares e superiores em uma posição desprivilegiada, que o isentaria de antemão de qualquer responsabilidade.

Neste ponto, cabe ponderar que, em nenhum dos discursos examinados até aqui, há o reconhecimento prévio do ato praticado, mas sim a imediata alusão do profissional às condições desfavoráveis de trabalho como desculpa – e mesmo como razão – para a ocorrência do dano.

Na Alegação Final da AE do P2, a vitimização figura ainda com maior ênfase:

AE (P2): “[...] **considerando o desgaste que a denunciada já sofreu com o caso**, que lhe seja aplicada de forma reservada e, sem eventuais registros administrativos, que todem sua primariedade, apenas uma advertência orientativa (ou colóquio por ofício reservado) para que se empenhe ainda mais em seus deveres ético-profissionais”. (AF).

Nessa passagem, há uma clara inversão de perspectiva, na medida em que o foco do discurso é deslocado da ocorrência e direcionado para a própria profissional, agora claramente colocada na condição de vítima, que deveria ter sua pena atenuada em razão do “desgaste” que sofreu – e não do dano que provocou.

A alegação de ser portadora de uma doença crônica (diabetes *mellitus*) foi também usada pela AE do P5 como recurso de vitimização, a fim de sensibilizar seus ouvintes, ainda que indiretamente, para uma condição de saúde que justificaria um tratamento mais condescendente.

AE (P5): “[...] *É portadora de diabetes controlada com dieta e medicamento. Acredita que a colega não sabia que era diabética. **Nunca usou sua doença como motivo para faltar ao trabalho; nunca requisitou licenças** ou se utilizou de qualquer outro expediente para se afastar de suas atividades*”.

(TD).

A doença foi também o motivo citado pela AE do P5 na Defesa Prévia para justificar sua saída do setor antes do retorno da outra auxiliar com quem compartilhava o turno:

AE (P5): “[...] *a fim de ter uma manutenção perfeita de sua saúde em função da diabetes, necessitava de sua medicação e de alimentação a cada três horas. **Por este motivo** [ser portadora de diabetes], no dia dos fatos, e considerando o curto espaço de tempo para o horário de jantar do plantão noturno, que era das 20h30 às 21 horas, **não pode esperar o retorno da auxiliar**, que havia se ausentado do setor para buscar medicação na UTI*”.

(DP).

Finalmente, foram ainda agrupados na categoria vitimização os seguintes fragmentos das falas dos profissionais, nos quais enfermeiros e técnicos se apresentam como afetados por ações externas e condições de trabalho, logo, vítimas das circunstâncias e sem qualquer responsabilidade pelo ato praticado que resultou em sua condenação.

TE (P6): “Que a **pressão psicológica** se dava em razão dos fatos ora apurados [...]”. (TD). [Responsabilização pela queimadura do pé do RN por falta de rodizio do sensor de oxigênio.]

TE (P6): “[...] que por motivos alheios a minha vontade, **precisei me defender de uma acusação que me deixou sem o chão dos pés, totalmente desorientada**”. (TD).

TE (P6): “Que foi demitida sem justa causa, mas **recebeu ameaças de demissão por justa causa pela coordenadora**”. (TD).

E (P7): “No dia dos fatos [óbito do recém-nascido internado na UTIN em razão da mãe ter apresentado aminiorrexe prematura] **era responsável apenas pela UTI neonatal. Cobria os funcionários no horário de janta. À noite tinha que se deslocar e ficava difícil assumir cuidados integrais. Ainda tinha que fazer evolução em SAE. Sempre estava sozinha na UTI neonatal, apenas auxiliava, quando e se necessário**”. (TD).

5.4.6 Inobservância da responsabilidade

Inobservância significa, literalmente, “falta de observância” e, no sentido jurídico, “falta de cumprimento do que é legalmente previsto; desrespeito à lei” (Houaiss, 2009). A categoria inobservância da responsabilidade abrange os dois significados e foi a que registrou maior incidência entre os casos analisados.

Do ponto de vista legal, a responsabilidade do profissional de enfermagem é estabelecida e delimitada pela Lei do Exercício Profissional - Lei 7498/86 (Brasil, 1986), acrescida das determinações do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - CEPE (COFEN, 2007), que estipula direitos e deveres e descreve os princípios fundamentais que devem balizar a conduta ética de todos os que se dedicam a exercer a enfermagem como profissão.

A responsabilidade como atributo exigido do profissional de enfermagem: figura textualmente no art. 5º do CEPE (COFEN, 2007): “Exercer a profissão com justiça,

compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, **responsabilidade**, honestidade e lealdade. [*grifo meu*]. Portanto, a inobservância da responsabilidade durante a atuação do profissional configura infração ética e reveste-se de gravidade por estar diretamente relacionada à ocorrência de atos negligentes, como sucedeu nos casos ilustrados pelos depoimentos subsequentes.

No Processo 2, ao ser confrontada com os fatos que motivaram a denúncia, a AE declara que:

AE (P2): “[...] reconhece como sua anotação do prontuário onde a sua assinatura e consta que o RN apresentou evacuação [...]. Lembra de ter comentado com a médica que o RN estava com o abdômen distendido, e indagada se o RN havia evacuado, e **como não havia notado, seguiu assim a anotação de enfermagem anterior feita no prontuário [...]**”. (TD).

O procedimento padrão recomenda, e a legislação elenca entre as responsabilidades dos auxiliares de enfermagem, tanto a observação como a descrição das condições do paciente:

Art. 13. O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; (Brasil, 1986)

Destarte, a AE do P2 comete negligência em razão da dupla inobservância da responsabilidade, dado que não faz a devida observação do RN e simplesmente segue a “anotação de enfermagem anterior”, prescindindo de fazer suas próprias anotações sem se preocupar com a responsabilidade que lhe cabe ou com a veracidade dos dados.

Inquestionavelmente, o registro de uma informação inverídica, além de denotar irresponsabilidade no exercício da função, apresenta um risco inequívoco para a saúde do paciente, pois o dado omitido ou alterado pode ser determinante para a tomada de decisão de qualquer membro da equipe multiprofissional acerca do tratamento.

Sobre esse ponto, vale ainda ressaltar que o CEPE (COFEN, 2007) inclui especificamente entre as proibições: “Art. 35 - Registrar informações parciais e

inverídicas sobre a assistência prestada”.

Do mesmo modo, o CEPE (COFEN, 2007) também estabelece como responsabilidades e deveres do profissional de enfermagem:

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

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

Ademais, a inserção de informações falsas no prontuário do paciente, além de ser crime previsto no artigo 299 do Código Civil (Brasil, 2002)⁵, viola o princípio básico da relação paciente/profissional/instituição - a confiança.

Conceitualmente, confiança significa “crença na probidade moral, na sinceridade, lealdade, competência, descrição de outrem”, a crença de que algo “não falhará, de que é benfeito ou forte o suficiente para cumprir sua função” (Houaiss, 2009). Por essa razão, respaldada na noção convencionada de confiança, qualquer pessoa que esteja internada em uma instituição de saúde deposita no profissional que a atende a expectativa de receber um cuidado realizado com competência e ética.

A hospitalização é vista como uma circunstância de elevada vulnerabilidade na vida do ser humano, um fato que, por si só, já gera ansiedade e desconforto. No momento em que o profissional prescinde de exercer a responsabilidade que lhe cabe, como o faz e declara a AE do caso em questão, rompe essa relação de confiança, aumentando exponencialmente a sensação de vulnerabilidade da mãe e expondo o RN a riscos desnecessários, felizmente revertidos depois. Mais uma vez, porém, embora a conduta descrita tenha sido reconhecida pela AE e caracterize negligência por omissão, não houve qualquer alusão no depoimento da profissional ao reconhecimento do ato negligente.

A responsabilidade profissional deixou também de ser observada pela E e pela AE do Processo 5, como informam as próprias profissionais em seus depoimentos:

E (P5): *“[...] a criança possuía sonda nasointestinal para alimentação, e que provavelmente as dietas foram administradas com auxílio de seringa e não por gravitação, por*

⁵ Art. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

*ser **ocorrência comum no setor**, apesar de os funcionários já terem sido orientados sobre essa inadequação”. (TD).*

AE (P5): “[...] depois de colocá-lo deitado de lado, notou que se encontrava hipoativo, mesmo assim **não comunicou o fato a enfermeira**”. (TD). [Após a administração da dieta por sonda nasoesférica, o RN ficou hipoativo.]

Ao alegar que a forma inadequada de alimentação da criança constituía uma “*ocorrência comum no setor*”, a E, além de se furtar à responsabilidade que lhe compete, revela falha na sua capacidade de liderança, pois admite ser habitual a realização incorreta do procedimento pelos membros da equipe de enfermagem, apesar de já tê-los advertido anteriormente.

A AE, por sua vez, deixou de cumprir sua responsabilidade profissional tanto por não seguir uma determinação técnica, o procedimento estabelecido para ministrar a dieta, como, e sobretudo, por não comunicar a hipoatividade observada no RN, estado que deveria suscitar uma ação imediata de sua parte.

De fato, é responsabilidade do enfermeiro, na qualidade de líder da equipe, assegurar que as normas e rotinas instituídas sejam cumpridas e que o cuidado de enfermagem seja realizado com rigor e segurança. Portanto, se um membro da equipe negligencia uma conduta, cabe ao seu superior fazer uma abordagem individualizada para identificar o motivo e instruí-lo a agir de acordo com o esperado.

O descumprimento de uma orientação recebida pode estar atrelado a uma comunicação pouco clara ou a um treinamento deficiente. Todavia, quando identifica um comportamento inadequado na equipe, o enfermeiro não pode, sob nenhuma hipótese, ignorar ou naturalizar o desvio comportamental de outro profissional. Se o enfermeiro não intervém em ações potencialmente danosas, torna-se conivente com o erro e, tal como o subordinado, viola o dever profissional ao deixar de exercer a responsabilidade que lhe compete.

Nesse sentido, o CEPE (COFEN, 2007) prescreve, textualmente, no artigo 9º, ser proibido aos profissionais de enfermagem: “Praticar e/ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato que infrinja postulados éticos e legais”.

O CEPE (COFEN, 2007) também determina, na Seção III - Das Relações com

as Organizações da Categoria - Das Responsabilidades e Deveres, como primeira responsabilidade desta seção: “Art. 48 - Cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão”.

Em suma, como a necessidade de intervenção nas condutas impróprias dos membros da equipe integra as responsabilidades profissionais do enfermeiro e tem respaldo no CEPE (COFEN, 2007), deixar de fazê-lo caracteriza incontestável infração ética, passível de julgamento e punição.

O trecho a seguir, extraído do Processo 5 e já analisado na categoria Desvalorização do procedimento (seção 6.4.2), foi aqui retomado porque a fala da E ilustra claramente a abdicação da responsabilidade pela assistência de enfermagem e do seu papel de líder da equipe de trabalho.

E (P5): “[...] existia acordo informal entre os funcionários para o revezamento; fica a critério dos funcionários a saída para jantar, pois costumam ter **bom senso**. Não houve, após o evento, confecção de escala formal, refere que fica mais atenta às saídas, permanecendo a enfermeira no setor enquanto todo o pessoal não retornar da janta [...]. A divisão de horário de janta continuou a critério dos funcionários”. (TD).

Tal fala demonstra que, não somente a E abdica da responsabilidade que lhe compete ao delegar à equipe uma decisão de ordem administrativa, mas ainda alega não ser necessário fazê-lo em razão de considerar suficiente o “bom senso” dos profissionais para o gerenciamento da própria escala.

Inevitável salientar que, ao delegar uma atividade privativa, a responsabilidade não é apenas daquele que delegou – o enfermeiro, mas recai também sobre aquele que aceitou a incumbência. Ambos responderão ética e legalmente.

Do ponto de vista ético, compete ao enfermeiro, conforme aponta o art. 38 do CEPE (COFEN, 2007): “Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individualmente ou em equipe.”

Assim como cabe a todos os profissionais de enfermagem, segundo o art. 12: “Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos

decorrentes de imperícia, negligência e imprudência” (CEPE, COFEN, 2007).

Igualmente, o Código de Defesa do Consumidor (Brasil, 1990), que regulamenta as relações entre os prestadores de serviço em saúde (profissionais de enfermagem) e consumidores (pacientes), também prevê que: “Art. 7º. Parágrafo único - Tendo mais de um autor a ofensa, todos responderão solidariamente pela reparação dos danos previstos nas normas de consumo”.

Ressalta-se, contudo, que, mesmo após a grave ocorrência que levou ao óbito do RN, não houve por parte da enfermeira ou da equipe de enfermagem uma mudança de postura em relação à escala, tendo sido perpetuada a conduta negligente conforme a própria enfermeira declara:

E (P5): “[...] existia acordo informal entre os funcionários para o revezamento; fica a critério dos funcionários a saída para jantar, pois costumam ter bom senso. **Não houve, após o evento, confecção de escala formal**, refere que fica mais atenta às saídas, permanecendo a enfermeira no setor enquanto todo o pessoal não retornar da janta [...]. **A divisão de horário de janta continuou a critério dos funcionários**”. (TD).

Ao delegar uma tarefa, o enfermeiro precisa avaliar a capacidade e o preparo dos profissionais ou da equipe para a atividade designada, bem como a complexidade da própria tarefa. Jamais pode contar com o bom senso. Deve avaliar riscos e agir com propriedade. Para tanto, porém, é necessário que o profissional tenha clareza sobre a exata dimensão do seu trabalho e que seja capaz de avaliar sua própria capacidade, como indica o art. 13 do CEPE (COFEN, 2007): “*Avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem*”.

Do mesmo modo, cabe também à equipe refletir sobre suas responsabilidades e posicionar-se corretamente, a despeito das orientações da enfermeira. Nesse sentido, chama a atenção, nos diferentes trechos da fala da AE do Processo 5, a recorrência em apontar a inobservância da responsabilidade das enfermeiras sem aludir à própria.

AE (P5): “[...] A escala era informal e combinada entre os funcionários. A enfermeira nunca orientou sobre o assunto especificamente”.

AE (P5): “[...] as enfermeiras são coniventes com a rotina de ausentar-se para o jantar ou café, sem comunicação prévia a enfermeira responsável e chamar uma terceira pessoa para responder pela unidade descoberta”.

AE (P5): “[...] Não houve reunião dos enfermeiros para orientação de forma a evitar eventos como o ocorrido”.

Neste mesmo processo, tanto a E como a AE fogem à própria responsabilidade quando não mantém a continuidade da assistência ao RN mesmo cientes de que se tratava de um paciente grave, como ambas afirmam em seus discursos:

E (P5): “*Informa que conhecia a paciente [...], que ia e voltava da UTI, **era RN que necessitava de cuidados especiais***”.

AE (P5): “[...] **O RN era um bebê em estado grave**, e que ia e voltava da UTI, mas não notou nenhuma anormalidade no bebê antes de sua saída”.

Ora, se o estado de saúde do RN era delicado e de conhecimento da equipe, e as profissionais reconhecem em suas falas que “*era um bebê grave*” e “*necessitava de cuidados especiais*”, ao deixá-lo sozinho, além de prescindir da responsabilidade profissional, assumem deliberadamente o risco do dano e adotam sucessivas condutas que configuram negligência.

No processo seguinte, Processo 6, a TE declara literalmente ter conhecimento sobre a prescrição de enfermagem e a necessidade de seguir o procedimento:

TE (P6): “[...] *Que estava ciente da necessidade de rodizio de sensor e que havia prescrição de enfermagem*”. [A TE não realizou o rodizio do sensor conforme prescrição da E.]

A prescrição de enfermagem é uma etapa essencial do processo de cuidar e deve ser rigorosamente executada por todos os membros da equipe de enfermagem.

Por essa razão, o descumprimento do que foi prescrito, se não ordenado ou alterado em nova prescrição, coloca o paciente em risco e pode resultar em dano.

Ao deixar de realizar um cuidado prescrito de sua responsabilidade, a TE do processo em análise gerou inevitavelmente o dano: o RN teve uma queimadura de segundo grau como resultado do descumprimento de uma ordem formal prescrita.

Nesse sentido, cabe ponderar que a inobservância da responsabilidade não é de modo algum inócua, nem pode ser tratada como rotineira pelos profissionais da área, na medida em que se vincula diretamente – assim como predispõe – às condutas negligentes, com consequências potencialmente danosas tais como a lesão provocada desnecessariamente na criança do caso em questão.

O fragmento inicial selecionado do Processo 7 para ilustrar a inobservância da responsabilidade apresenta uma fala já discutida sob a perspectiva da desvalorização do procedimento, retomada aqui com base no entendimento de que tal inobservância decorre de uma percepção equivocada da E acerca da própria responsabilidade.

E (P7): ***“Deveria ter anotação de todas as fases da SAE diante da complexidade do RN, mas isso não era orientação da instituição”.*** (TD).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE é um sistema que otimiza a organização do processo de trabalho em enfermagem regulamentado pela resolução nº 358/2009 (COFEN, 2009). No entanto, embora a SAE constitua uma exigência legal – e preserve a autonomia do enfermeiro tanto no âmbito gerencial como assistencial –, sua adesão é ainda insuficiente entre os profissionais, bem como carece de apoio institucional e não está universalmente implantada nas instituições de saúde (Boaventura, Santos, Duran; 2017; Maroso, 2015; Penedo, Spiri, 2014), como bem retrata a fala da E.

Em outra fala, a mesma E declara que:

E (P7): ***“Não sabe dizer quem cuidou do bebê, pois não tem carimbo, nome ou checagem”.*** (TD).

De acordo com a Lei do Exercício Profissional (Brasil, 1986), o enfermeiro é responsável pela supervisão da equipe de enfermagem. Logo, ao declarar que não sabia dizer *“quem cuidou do bebê”*, a E do Processo 7 não somente expõe o

descumprimento da própria responsabilidade como também evidencia a deficiência de todo o sistema, no âmbito assistencial e gerencial.

Evidentemente, não se pretende aqui ignorar a necessidade de avaliar todas as circunstâncias que envolveram o fato, mas sim demonstrar quão imperativo é o reconhecimento de que o enfermeiro é o responsável direto pelo controle da equipe e também aquele que responde ética e legalmente por eventuais erros de execução em procedimentos executados sob seu comando.

Os dois processos seguintes, Processo 1 e Processo 3, abordam ocorrências de negligência com criança em Centro Cirúrgico.

A responsabilidade dos profissionais de enfermagem no Centro Cirúrgico abrange uma série de atividades como: preparo da sala operatória, disponibilização de instrumental, aparelhos e equipamentos, transporte e recepção do paciente, apoio à equipe cirúrgica durante o procedimento e prestação de cuidados ao paciente no pós-operatório (Oguisso, Schmidt, 2017).

Cada etapa do processo de assistência ao paciente cirúrgico deve ser cumprida rigorosamente e requer medidas específicas para garantir sua segurança e a eficácia da intervenção. A confirmação do paciente e da cirurgia é parte central do procedimento convencionado e cumpre a função de prevenir enganos e assegurar que se trata da cirurgia e do paciente corretos.

Tal confirmação, porém, não foi efetuada pela AE do Processo 1, conforme ela própria relata em seu depoimento:

AE (P1): *“Quem chama o paciente é o auxiliar do CC e no caso presente foi a depoente quem chamou o profissional da ala, clínica pediátrica, a atendente de enfermagem, para chamar o paciente. Que recebeu a criança e o prontuário. Que a atendente encaminhou a criança no colo de sua mãe. **Que recebeu a criança, com o prontuário, não verificou o prontuário, a cirurgia, nem o nome da criança, levando a mesma para a sala cirúrgica**”.* (TD). [A depoente solicitou à atendente de enfermagem da pediatria para levar a criança ao CC, função de sua competência. A atendente levou a criança errada.]

Dessa forma, além de ter delegado a atribuição de buscar a criança na pediatria

para levá-la ao Centro Cirúrgico, ao recebê-la, a auxiliar de enfermagem não cumpriu os procedimentos básicos de conferir o prontuário, o nome do paciente e a cirurgia, o que induziu ao erro e provocou danos ao paciente.

A segurança do paciente cirúrgico, segundo o desafio global lançado em 2008 pela Organização Mundial da Saúde com o tema – *Cirurgias seguras salvam vidas* –, tem como abordagem fundamental a prevenção de danos cirúrgicos aos pacientes nos serviços de saúde. O programa chama a atenção para os fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, que são, indiscutivelmente, componentes essenciais da assistência à saúde (Brasil, 2013).

No Brasil, atualmente, as atividades relacionadas a este desafio vêm sendo desenvolvidas em parceria com a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, Anvisa, Fiocruz, Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e OPAS/OMS. As medidas são adotadas para prevenir falhas que podem acontecer antes, durante e após o procedimento anestésico-cirúrgico e são feitas para assegurar o paciente, local, lateralidade (lado a ser operado) e procedimento corretos (Brasil, 2013, 2017).

Cabe pontuar que, à época da ocorrência, ainda não havia sido instituído no Brasil o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Brasil, 2013), que uniformizou as condutas de segurança em protocolos. No entanto, a medida de confirmação do paciente e da cirurgia, como foi discutido anteriormente na seção 6.4.2, na análise da categoria Desvalorização do procedimento, é e sempre foi um procedimento básico na rotina de trabalho do profissional que atua no Centro Cirúrgico, razão pela qual não poderia ter sido ignorado pela AE do P1.

Entretanto, a falta de conferência para a confirmação do paciente e da cirurgia, não é uma prática incomum, tendo sido apontada como causa muito frequente para a ocorrência de evento adverso por 12,9% dos profissionais de enfermagem entrevistados em estudo recente (Bohomol, Tartali, 2013).

Por fim, destaca-se que, ao se furtar à responsabilidade de executar um procedimento tão elementar, a AE do P1 deixa de agir protetivamente, como era esperado na sua função, e não atenta para o importante princípio da não maleficência *primum non nocere* que recomenda, antes de tudo, não fazer nada que possa prejudicar o paciente.

No Processo 3, a inobservância da responsabilidade pode ser identificada na

fala da E que relata uma sucessão de erros:

E (P3): “[...] Que de rotina o prontuário antes de começar a cirurgia **deve ser lido pela circulante, pelo cirurgião e pelo anestesista**, o que não foi realizado”. (TD).

E (P3): “[...] acredita que houve uma sequência de erros que colaborou para o acontecimento dos fatos, desde a recepção que confirmou a internação da criança de forma equivocada, passando pela atendente de enfermagem que estava sozinha na unidade de pediatria e **encaminhou a criança errada** [...]”. (TD).

Nestes dois fragmentos, o discurso da E aponta a existência de sucessivos erros no processo de assistência ao paciente cirúrgico, ocorridos em razão de nenhuma das etapas previstas ter sido respeitada, ao contrário, houve violação deliberada do procedimento, com imediato dano ao paciente, o que caracteriza falha ativa.

As falhas ativas constituem erros ou violações que têm efeito imediatamente adverso e são cometidas pelos profissionais que mantêm contato direto com o paciente. Diferenciam-se das falhas latentes e estruturais, decorrentes das decisões tomadas nos escalões mais elevados da organização (Reason, 2008).

A inobservância da responsabilidade se deu também como falha ativa na situação descrita pelo AE2:

AE2 (P3): “[...] Que de rotina a criança ao entrar no CC onde é feito o registro de enfermagem e punção venosa por quem recebeu o paciente, no caso **não houve esse procedimento**, a criança foi encaminhada direto para sala. Que o denunciado em nenhum momento teve acesso ao prontuário da criança”. (TD).

Essa fala do profissional revela o reconhecimento textual do descumprimento de um procedimento, com efeitos danosos e imediatos sobre a criança, numa inequívoca configuração de conduta negligente.

Situação similar foi ainda relatada pela AE1 ao declarar o abandono do setor, atitude claramente contrária à responsabilidade profissional:

AE1 (P3): “[...] Que a criança foi na maca, junto com os pais para o CC, levado pela depoente, que **abandonou o setor**, pois não havia outra AE para ajudá-la”. (TD).

Neste caso, porém, não se pode deixar de reconhecer que a fala desta AE deixa implícita a falha institucional no dimensionamento de pessoal, assim como do próprio gerenciamento de enfermagem, o que dá a exata dimensão dos contornos da negligência cometida no processo em questão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A negligência foi tratada neste estudo em sua especificidade, particularmente em sua especificidade ética, sendo contemplada e analisada na qualidade de infração ética, tal como configurada nos processos éticos examinados ao longo da tese e tipificada no Código de Ética de Enfermagem

Explorou-se longamente as perspectivas conceitual, semântica, jurídica e ético-profissional da negligência no âmbito da enfermagem, que tem previsão específica nos artigos 12, 21 e 40 do Código de Ética de Enfermagem de 2007, ainda em vigência.

Explorou-se, também, o conceito correlato de responsabilidade, basilar para o entendimento da negligência, nas dimensões jurídica, ética e penal, bem como nas concepções filosóficas de Aristóteles e Hans Jonas, que forneceram o aporte teórico que orientou o raciocínio e subsidiou a análise da conduta negligente.

Ainda a fim de promover o entendimento específico do conceito, buscou-se estabelecer sua diferenciação em relação às infrações éticas análogas imperícia e imprudência, comumente apresentadas em conjunto na literatura e na legislação.

Abordou-se pontualmente a vinculação da negligência ao gerenciamento de enfermagem, com destaque para a responsabilidade do enfermeiro no gerenciamento assistencial.

Alicerçou-se o pensamento que norteou a tessitura da tese na pressuposição – construída e reiterada na extensa prática cotidiana – de que a negligência é uma conduta antiética que afronta a própria essência da enfermagem, na medida em que, conceitual e efetivamente, representa e constitui descuido, traço que a converte indelevelmente na antítese do cuidado.

Elegeu-se como suporte metodológico para o desenvolvimento do estudo a pesquisa bibliográfica, realizada na literatura especializada em duas etapas, e a pesquisa documental dos processos éticos, submetidos à abordagem quantitativa e qualitativa

Procedeu-se inicialmente a revisão bibliográfica dos estudos nacionais que abordaram a negligência como ocorrência ética ou aludiram a situações que

denotavam sua ocorrência. Nesta etapa da pesquisa, identificou-se 3 teses e 10 artigos nacionais que atenderam aos critérios de apresentar dados empíricos e abordar a negligência como ocorrência ética.

Essa etapa inicial atendeu à necessidade de estabelecer um conceito preliminar para balizar a busca, dado que a negligência figura sempre difusa ou imiscuída ao conceito análogo de imprudência nos estudos que abordam o tema, ao que se somou o fato de não existir um conceito específico de negligência no campo da enfermagem.

Criou-se, assim, o parâmetro de análise, o ponto de partida que permitiu identificar a negligência nos processos éticos examinados, com base em definições extraídas da literatura nacional. Posteriormente, na segunda etapa, ampliou-se e atualizou-se a revisão dos estudos nacionais e procedeu-se a revisão dos artigos internacionais, realizada subsequentemente à leitura dos processos.

A pesquisa documental localizou 482 processos inclusos no recorte temporal estabelecido – 2001 a 2010, correspondentes a 777 investigações, dos quais selecionou-se 68 processos classificados neste estudo como negligência, correspondentes a 169 investigações, que designam o número de profissionais envolvidos em cada processo.

Os dados encontrados neste *corpus* foram compilados, analisados estatisticamente e apresentados em 17 tabelas, o que possibilitou cumprir o primeiro objetivo do estudo: identificar e classificar os casos de negligência profissional nos processos éticos julgados pelo COREN-SP no período de 2001 a 2010.

A análise quantitativa dos processos éticos ocorreu entremeada às duas etapas da pesquisa bibliográfica e respaldou-se na concepção de negligência compilada das acepções semânticas de Antônio Houaiss e das definições de Damásio de Jesus e Genival Fernandes de Freitas, utilizadas para formular o critério de classificação dos processos.

Os resultados do estudo quantitativo permitiram desenhar os primeiros contornos do ato negligente ao fornecer dados precisos sobre o tipo de ocorrência, o perfil da vítima e do profissional, a presença ou não de dano, a especialidade prevalente, a origem e o desfecho do processo e o tipo de instituição implicada, conformando um primeiro retrato da negligência no âmbito da enfermagem.

Para a análise qualitativa, selecionou-se sete processos éticos que atendiam simultaneamente aos dois critérios estabelecidos – ter profissionais condenados e ter crianças como vítimas –, o que contemplou o segundo objetivo do estudo: analisar as justificativas presentes nos depoimentos dos profissionais condenados nos processos de negligência com criança julgados pelo COREN-SP no período de 2001 a 2010.

A abordagem dos processos éticos selecionados foi feita mediante a técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática, que rastreou e privilegiou os conteúdos semânticos que se aproximavam da concepção inicial de ato negligente e permitiram defini-lo mais especificamente. Cumpriu-se, assim, o terceiro e último objetivo do estudo: reconstituir o sentido do ato negligente mediante a análise do conteúdo dos depoimentos dos profissionais condenados nos processos de negligência com criança julgados pelo COREN-SP no período de 2001 a 2010.

Apresentou-se uma síntese de cada processo e procedeu-se à análise dos depoimentos dos profissionais, subsidiada pela formulação de seis categorias, apresentadas e discutidas minuciosa e individualmente no capítulo 6. Essa discussão suscitou considerações relativas a cada categoria analítica, sintetizadas e comentadas pontualmente na sequência.

Na categoria nomeada Desidentificação, foi sempre ressaltada na fala dos profissionais condenados a negação, a desvinculação total do ato praticado da sua responsabilidade profissional. Nos depoimentos agrupados nesta categoria, não houve qualquer reconhecimento do ato negligente por parte dos profissionais, nem tampouco de sua participação na situação que gerou o dano. Os fragmentos de discurso agrupados nessa categoria aproximam-se da terceira acepção de negligência apresentada na seção 1.1 da Introdução: “falta de interesse, de motivação, indiferença, preguiça”, pois denotam desinteresse e impassibilidade frente ao cuidado ao ignorar completamente as demandas e vulnerabilidade do outro.

A categoria Desvalorização do procedimento vincula-se conceitualmente à quarta acepção de negligência: “inobservância e descuido na execução do ato”, na medida em que reúne falas que revelam a violação deliberada do procedimento estabelecido, bem como a desconsideração da necessidade imediata do paciente. Nestas falas, há um reconhecimento parcial do ato negligente, revelado nos trechos em que os profissionais admitem ter conhecimento do procedimento que foi desconsiderado, o que é imediatamente seguido, porém, de justificativas que tornam

esse reconhecimento sem efeito e buscam isentá-los da responsabilidade.

A categoria *Projeção* incluiu falas que apresentavam uma tendência de externalizar a responsabilidade, projetar a culpa pelo ato negligente – e principalmente pelo dano – no outro. A projeção denota uma tentativa de isenção pessoal, bem como revela o não reconhecimento do ato praticado, a tentativa do profissional de transferir a responsabilidade e não assumir as consequências resultantes de não exercer adequadamente sua atribuição profissional. Embora a categoria *Projeção* tenha sido a que registrou menor incidência, reuniu falas bastante significativas, por expressarem um discurso recorrente na enfermagem, que avalia os acontecimentos sempre a partir das circunstâncias externas, traço presente também nas falas da categoria *Vitimização*.

A categoria *Minimização* agrupou as falas nas quais era perceptível a tentativa dos profissionais de minorar a importância do ato negligente por meio da suavização da fala, da atenuação do conteúdo dos depoimentos e do uso de eufemismos para explicar suas condutas improcédentes. Nessas falas, fica nítido o uso do artifício semântico/discursivo para minimizar a ocorrência e o impacto do ato negligente. Os depoimentos reunidos na categoria *Minimização* embutem o reconhecimento da negligência, contudo, apresentam-na camuflada, buscam dissimular sua ocorrência. Ao valer-se desse subterfúgio, o profissional tenta, por meio do discurso, desqualificar o ato negligente, a fim de tornar mais leve a própria responsabilidade.

Na categoria *Vitimização*, elencou-se as falas nas quais os profissionais apresentavam-se a si próprios como vítimas das circunstâncias que, sob a sua ótica, concorreram para o ato negligente. A tendência à vitimizar-se é uma postura bastante arraigada entre os profissionais de enfermagem, reiterada pela alusão constante às más condições de trabalho que, por si só, justificariam a eventualidade do erro ou da infração. Nos discursos que se amparam na vitimização, o ato negligente é sempre atribuído a um elemento externo, hipoteticamente fora da alçada do profissional, que o isentaria previamente de qualquer efeito de sua ação ou omissão. Nesse sentido, a vitimização antecede e inviabiliza o reconhecimento da responsabilidade, já que se sobrepõe ao compromisso do profissional com o cuidado e o autoriza a deixar de ter a conduta esperada.

Na categoria *Inobservância da Responsabilidade* incluiu-se fragmentos de discurso dos profissionais que aludem ao descumprimento de normas técnicas e

procedimentais que caracterizaram o ato negligente e feriram o Código de Ética. A Inobservância da Responsabilidade foi a categoria predominante na análise dos depoimentos, com uma incidência significativamente maior do que as demais categorias, o que evidencia o quanto a responsabilidade ético-profissional é mal dimensionada pelos profissionais de enfermagem, uma vez que se trata de um ato negligente inequívoco e que infringe diretamente a legislação profissional. Nas falas abrangidas nesta categoria, há um claro reconhecimento da conduta indevida que, entretanto, não se estende ao ato negligente. Mesmo assim, pôde-se identificar claramente nestas falas a atuação indevida do profissional, por retratarem situações concretas, nas quais a negligência se manifesta de forma objetiva.

O estudo em pauta abarcou um intervalo temporal longo, submeteu a negligência a uma análise longitudinal com abrangência de uma década, e identificou a ocorrência de denúncias que resultaram em condenações por infração a artigos que a mencionam textualmente ao longo de todo o período. Essa recorrência de condenações por motivos similares indica a incidência cada vez maior de um comportamento negligente entre os profissionais, o que anuncia uma tendência crescente do fenômeno da negligência na área de enfermagem.

Constatou-se que, de fato, não existe um conceito único de negligência na literatura especializada e jurídica, assim como também não há um conceito de negligência convencionado no campo da enfermagem. E confirmou-se que não existem realmente estudos específicos sobre o tema negligência na produção acadêmica da área.

Abordou-se a negligência em suas diferentes dimensões, abarcando-se a multiplicidade de sentidos atribuídos ao termo nas perspectivas semântica e teórica, com destaque para as noções de descuido e indiferença, que figuravam reiteradamente associadas ao termo.

Esse esforço analítico, juntamente com as impressões extraídas dos processos, ratificou a percepção inicial que motivou o estudo e permitiu cunhar o constructo de negligência como descumprimento deliberado do dever de atender a necessidade do cuidado, consolidando-a definitivamente como conduta antiética.

Optou-se por uma abordagem dissonante, calcada na experiência e na observação *in loco* da negligência no cotidiano profissional, na qual o fenômeno foi

examinado a partir do sujeito, com enfoque comportamental, e recebeu um tratamento diferenciado em relação ao de estudos anteriores, que abordavam a negligência juntamente com outras modalidades de infração e enfatizavam o aspecto procedimental, bem como sua vinculação com a precariedade das condições de trabalho.

Reitera-se que, inquestionavelmente, a enfermagem – como as demais profissões contemporâneas – sofre com a precarização do trabalho e da própria atividade, mas entende-se que o bom desempenho do ofício fica cerceado também pela formação deficitária dos profissionais que a compõem e pela falta de consciência da autonomia que deve suportar a responsabilidade que lhes compete. Decerto, nenhum exercício profissional é isento de responsabilidade, todavia, na enfermagem, esta responsabilidade é ampliada, adquire uma dimensão consideravelmente maior, posto que lida com a vida humana.

Constatou-se que, no ato negligente, há sempre um componente de deliberação, no sentido moldado por Aristóteles, na medida em que o profissional que o comete age sempre por escolha e voluntariamente ao omitir-se, ser indiferente ou prescindir do cuidado. E, há, igualmente, responsabilidade pessoal implicada, já que toda ação, por princípio, comporta responsabilidade, entendimento compartilhado também por Hans Jonas.

Sob este prisma, confirmou-se que, na qualidade de conduta antiética, a negligência efetivamente afronta a responsabilidade profissional que decorre do compromisso ético inerente à profissão, da mesma forma que se opõe à excelência preconizada como padrão de atuação profissional e aos intentos almejados pelos programas de humanização da saúde.

Observou-se, no contato com os processos, a mesma naturalização da negligência presenciada no cotidiano profissional, manifestada nos depoimentos analisados, que não tratavam a conduta que motivou a denúncia com o devido peso – como desvio comportamental –, mas apresentavam-na como uma entre tantas possibilidades de agir, mesmo quando tal conduta infringiu frontalmente procedimentos normativos ou resultou em consequências fatais.

Pondera-se que, não obstante as condições de trabalho mais do que inadequadas que os profissionais de enfermagem enfrentam diariamente,

costumamos ser muito condescendentes com desvios de comportamento, como diante das inúmeras mortes no trânsito provocadas por motoristas embriagados e de outras tantas condutas indevidas, quase sempre impunes, o que dificulta o dimensionamento e a discussão do tema em questão.

Por essa razão, penso que, se nos ampararmos na precariedade das condições de trabalho como fator gerador do erro, autorizaremos automaticamente tais desvios. Não se trata, evidentemente, de negar a precarização em curso, mas de recusar a naturalização do argumento da sobrecarga e da insuficiência de recursos para justificar, de antemão, a negligência do profissional e isentá-lo de assumir sua responsabilidade.

Trata-se de enfrentar as condições existentes e buscar a melhor ação possível, a fim de sair da passividade, da condição de vítima em que o profissional é colocado e mantido por esse discurso, que o inibe de ter uma postura proativa e buscar possibilidades de uma atuação mais criativa mesmo imerso em ambiente adverso.

Essa nova postura, se reconhecida e cultivada entre os profissionais, conduziria a um real empoderamento da enfermagem ao elevar a profissão a um outro patamar, condição que favoreceria o pleno exercício da autonomia e uma reivindicação de direitos mais consistente.

Pontuo, por fim, que, embora cinco dos sete processos analisados em profundidade tenham tido profissionais condenados por infração gravíssima, e tenha havido dano na quase totalidade das investigações por negligência (157 em 169), não houve nenhum depoimento em que o profissional processado manifestasse algum sentimento de pesar pelo efeito lesivo do ato praticado.

Essa flagrante indiferença sinaliza a necessidade premente de mobilizar a categoria para reconhecer e integrar a própria responsabilidade, missão de primeira grandeza e que só será cumprida ao se engendrar ações concretas para trazer a negligência ao centro das discussões e encontrar caminhos para reverter sua naturalização e reconstituir coletivamente a essência do cuidado. Esse foi o propósito maior desta tese.

REFERÊNCIAS

- Aguiar JM, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [citado 2015 out. 14];29(11). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>.
- Almeida ABA, Aguiar MGG. A dimensão ética do cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado na perspectiva de enfermeiros. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2015 out. 14];13(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.9462>
- Aristóteles. Os pensadores. Vida e obra. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1999.
- Aristóteles. *Ética a Eudemo*. São Paulo: Edipro; 2015.
- Aristóteles. *Ética a Nicômano*. São Paulo: Atlas; 2009.
- Azevedo Filho FM, Pinho DLM, Bezerra ALQ, Amaral RT, Silva ME. Prevalência de incidentes relacionados à medicação em unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2017 mai. 16];28(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v28n4/1982-0194-ape-28-04-0331.pdf>.
- Barros AJS, Lehfeldd NAS. Fundamentos da metodologia científica. 2ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2004.
- Bauman Z. *Ética pós-moderna*. São Paulo: Paulus; 1997.
- Boaventura AP, Santos PA, Duran ECM. Conhecimento teórico-prático do enfermeiro sobre processo de enfermagem e sistematização de enfermagem. *Enferm Glob* [Internet]. 2017 [citado 2017 nov. 01];16(46). Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00182.pdf.
- Bohomol E, Tartali JA. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(4):376-81.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília; 2013. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Brasília; 2017.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano integrado para a gestão sanitária da segurança do paciente em serviços de saúde: monitoramento e investigação de eventos adversos e avaliação de práticas de segurança do paciente. Brasília; 2015.
- Brasil. Código Penal. 35ª ed. São Paulo: Saraiva; 1997.
- Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. 1986 [citado 2015

out. 10];1. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html

Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. 1990 [citado 2017 jul. 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

Brasil. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 8, Seção 1, p. 1, Suplemento.

São Paulo (Estado). Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 1999;109(51):1.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). In: Diário Oficial da União. Brasília; 2013, n. 62, Seção 1, p. 43.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. 3ª ed. rev. atual. Brasília; 2002.

Brasil. Novo código civil: lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. São Paulo: Sugestões Literárias; 2002.

Brasil. Presidência da República. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 192, Seção 1, p. 1.

Brasil. Ministério da Saúde. CNES: recursos físicos, hospitalar, leitos de internação [Internet]. Brasília; 2017. [citado 2017 mai. 9]. Disponível em: www.tabnet.datasus.gov.br

Castello C. Segurança do paciente: a importância da enfermagem na prevenção de iatrogenias. In: Malagutti W, Miranda SMRC, organizadores. Os caminhos da enfermagem: de Florence à globalização. São Paulo: Phorte, 2010. p. 105-18.

Conselho Federal de Enfermagem. Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília; 2016.

Conselho Federal de Enfermagem. Pesquisa perfil da enfermagem no Brasil: banco de dados [Internet]. Brasília [acesso 2017 fev. 27]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/#dados-regionais2>

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN – 240/2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências [Internet]. 2003 [citado 2015 out. 10]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2402000-revogada-pela-resoluo-cofen-3112007_4280.html

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN - 252/2001. Aprova o Código de Processo Ético das Autarquias profissionais de Enfermagem [Internet]. Brasília [citado 2015 out. 10]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2522001-revogada-pela-resoluo-cofen-3702010_4290.html

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN - 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. 2007 [citado 2015 out. 10]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN - 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências [Internet]. 2009 [acesso 2017 jul. 10]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN - 370/2010. Altera o Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem para aperfeiçoar as regras e procedimentos sobre o processo ético-profissional que envolvem os profissionais de enfermagem e aprova o Código de Processo Ético [Internet]. 2010 [citado 2017 set. 18]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-3702010_33338.html

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN - 543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem [Internet]. 2017 [acesso 2017 jul. 10]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Anotações de Enfermagem 2009 [Internet]. 2009 [acesso 2017 jul. 10]. Disponível em: <http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Quantidade de profissionais no Estado de São Paulo [Internet]. São Paulo; 2018 [acesso 2018 jan. 04]. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/institucional/quantidade-de-profissionais-no-estado-de-sao-paulo>.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Retrospectiva 2016: a luta e as conquistas do Coren-SP pelo empoderamento da enfermagem e pela garantia de uma assistência de qualidade. *Enferm Rev.* 2016; 17:1-48.

Costa e Silva MED, Oliveira EP, Lima TR, Rocha SS, Monteiro MRA. Processos éticos contra profissionais de enfermagem no Coren -PI: análise das infrações [Internet]. Teresina: Instituto Camillo Filho; 2013 [citado em 2017 mar. 13]. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I47669.E11.T9157.D7A.P.pdf>

Del Carmen T, LoFaso VM. Elder Neglect. *Clin Geriatr Med.* 2014;30(4):769–777.

Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa 2009 [CD-ROM]. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009.

Diniz, MH. *Direito Civil Brasileiro*. São Paulo: Saraiva; 1999.

Freitas GF, Oguiso T, Merighi MAB. Motivações do agir de enfermeiros nas ocorrências éticas de enfermagem. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2006 [citado 2017 jan. 28];19(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v19n1/a12v19n1.pdf>.

Freitas GF, Oguisso T. Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2008 [citado 2017 jan. 28];42(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/05.pdf>.

Freitas GF, Oguisso T. Ocorrências éticas na enfermagem. Rev Bras Enferm USP [Internet]. 2003 [citado 2015 out. 14];56(6). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n6/a09v56n6.pdf>.

Freitas GF. A responsabilidade ético-legal do enfermeiro. In: Oguisso T, organizadora. Trajetória histórica e legal da enfermagem. Barueri: Manole; 2005. p. 173-200.

Freitas GF. Ocorrências éticas de enfermagem: uma abordagem compreensiva da ação social [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Freitas GF, Oguisso T. Perfil de profissionais de enfermagem e ocorrências éticas. Acta Paul Enferm. 2007;20(4):489-94.

Freud A. O ego e os mecanismos de defesa. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1983.

Fulmer T, Paveza G, VandeWeerd C, Guadagno L, Fairchild S, Norman R, et al. Neglect assessment in urban emergency departments and confirmation by an expert clinical team. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2005;60(8):1002-6.

GIL AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.

Godoy SR, Gualda DMR, Bergamasco RB, Tsunechiro M. "Near miss": repercussões e percepção da assistência recebida por mulheres sobreviventes egressas de uma unidade de terapia intensiva. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [citado 2015 out. 14];22(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v22n2/a08v22n2.pdf>

Griffith R. Extending the scope of wilful neglect will result in paternalistic nursing care. Br J Nurs. 2013;22(20):1190-1.

Jesus D. Direito penal. 33ª ed. São Paulo: Saraiva; 2012. v. 1.

Jonas H. O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro: Contraponto; 2006.

Jones JS. Elder abuse and neglect: responding to a national problem. Ann Emerg Med. 1994; 23:845-848.

Laplanche J, Pontalis JBL. Vocabulário da psicanálise. 4ª ed. São Paulo. Martins Fontes; 2001.

Lopes BC, Vargas MAO, Azeredo NSG, Behenck A. Erros de medicação realizados pelo técnico de enfermagem na UTI: contextualização da problemática. Enferm Foco. 2012;3(1):16-21.

Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos da metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.

Maroso E, Adamy R, Amora L, Ferraz L, Lima M, Neiss M. Sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica: o que dizem os enfermeiros? Cienc Enferm [Internet]. 2015 [citado 2017 nov. 01];21(2): 31-38, 2015. Disponível em: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n2/art_04.pdf

Mattozinhos FCB, Freitas GF. Ocorrências éticas de enfermagem no Estado de São Paulo: descrição fática. Acta Paul Enferm [Internet]. 2015 [citado 2017 jan. 28];28(6). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/appe/v28n6/1982-0194-appe-28-06-0593.pdf>

Mattozinhos FCB, Silva EC, Freitas GF. Infrações éticas na enfermagem. In: Oguisso T, Zoboli E, organizadoras. Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. 2ª ed. Barueri: Manole; 2017. p. 401-13.

Mattozinhos FCB. Processos ético-disciplinares julgados pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo: 2012-2013 [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

Mendes HWB, Caldas Jr AL. Infrações éticas envolvendo pessoal de enfermagem. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 1999 [citado 2015 out. 16];7(5). Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1402/1434>.

Mendonça FAC, Menezes MV, Cruz AS, Moraes, FDM, Feitosa, EMN, Lacerda, CMM. Processo ético de enfermagem no Estado do Ceará: reflexão para prática profissional. Enferm Foco. 2017;8(2):77-81.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.

Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 22ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

Montenegro CAB, Rezende Filho, J. Obstetrícia fundamental. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Muzzi HM, Costa JA, Nunan RRM, Arashiro VBV. Processos éticos: um estudo sobre as infrações [internet]. Belo Horizonte; 2009. [citado 2017 mar. 13]. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I9875.E3.T1499.D3AP.pdf>

Noddings N. O cuidado: uma abordagem feminina à ética e à educação moral. São Leopoldo: UNISINOS; 2003.

Oguisso T, Schmidt MJ, Freitas GF. Exercício da enfermagem em Centro Cirúrgico. In: Oguisso T, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p.126-36.

Oguisso T. Responsabilidade ética e legal do profissional de enfermagem. In: Oguisso T, Zoboli E, organizadoras. Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri: Manole; 2006. p. 68-90.

Oguisso T, Silva EC, Freitas GF. Responsabilidade ética e legal do profissional de enfermagem. In: Oguisso T, Zoboli E, organizadoras. Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. 2ª ed. Barueri: Manole; 2017. p. 69-80.

Oliveira MAN. Conflitos e dilemas éticos vivenciados na prática da enfermeira no centro cirúrgico [tese]. Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 2011.

Oliveira TR, Costa REOL, Monte NL, Veras JMMF, Sá MIMR. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(1):40-6.

Penedo RM, Spiri WC. Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes. *Acta Paul Enferm*. 2017;27(1):86-92.

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

Phair L, Heath H. Safeguarding vulnerable older people in hospital. *Nurs Stand*. 2012;27(4):50-5.

Phelan A. Elder abuse and neglect: the nurse's responsibility in care of the older person. *Int J Older People Nurs*. 2009;4(2):115-9.

Posso MBS, Costa DSP. Conhecimento dos docentes de enfermagem sobre os elementos subjetivos da culpa: imprudência, imperícia e negligência em suas ações profissionais. *Nursing (São Paulo)*. 1998;1(7):24-9.

Prochet TC, Silva MJP. Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com a invasão do espaço pessoal e territorial. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2008 [citado 2015 out. 15];12(2). Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a17.pdf>

Reader TW, Gillespie A. Patient neglect in healthcare institutions: a systematic review and conceptual model. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:156.

Reason J. The human contribution: unsafe acts, accidents and heroic recoveries. Farnham: Ashgate; 2008.

Reis AT, Araújo GF, Paschoal Júnior A, Santos RS. A escuta atenta: reflexões para a enfermagem no uso do método história de vida. *Reme Rev Min Enferm*. 2012;16(4):617-22.

Rodrigues S. Direito Civil. São Paulo: Saraiva; 2000.

Roque KE, Melo ECP. Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]*. 2011 [citado 2017 mai. 15];5(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a22v15n3.pdf>

Rudio FV. Introdução ao projeto de pesquisa científica. 31ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

Schneider DG, Ramos FRS. Nursing ethical processes in the State of Santa Catarina: characterization of factual elements. *Rev Latinoam Enferm [Internet]*. 2012 [cited 2015 Out. 16];20(4). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt_15.pdf

Schneider, DG. Discursos profissionais e deliberação moral: análise a partir de processos éticos de enfermagem [tese]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.

Silva EE, Campos LF. Passagem de plantão na enfermagem: revisão da literatura. *Cogitare Enferm.* 2007;12(4):502-7.

Silva RC, Ferreira MA, Apostolidis T, Sauthier M. Práticas de cuidado de enfermagem na terapia intensiva: análise segundo a ética da responsabilidade. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2017 jan. 28];20(4). Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/1414-8145-ean-20-04-20160095.pdf>

Soares NV, Dall'Agnol CM. Privacidade dos pacientes: uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2015 Out. 15];24(5). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v24n5/14v24n5.pdf>

Soares O. Responsabilidade Civil no direito brasileiro: teoria, prática forense e jurisprudência. Rio de Janeiro: Forense; 1996.

Souza LP, Bezerra AL, Silva AE, Carneiro FS, Paranaguá TT, Lemos LF. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. *Rev Enferm UERJ.* 2011;19(1):127-33.

Taverner T, Baumbusch J, Taipale P. Normalization of Neglect: a grounded theory of RNs' experiences as family caregivers of hospitalized senior. *Can J Aging.* 2016;35(2):215 – 228.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1990.

Vargas MAO, Ramos FRS. Iatrogenias nas unidades de terapia intensiva: dramaticidade dos problemas bio/éticos contemporâneos. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2010 [citado 2017 jan. 28];18(5). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_21.pdf

Weld KK, Garmon Bibb SC. Concept analysis: malpractice and modern-day nursing practice. *Nurs Forum.* 2009;44(1):2-10.

Winterstein TB. Health care provision for older persons: the interplay between ageism and elder neglect. *J Appl Gerontol.* 2015;34(3):113-127.

Winterstein TB. Nurses' experiences of the encounter with elder neglect. *J Nurs Scholarsh.* 2012;44(1):55–62.

Zambon LS. Segurança do paciente em terapia intensiva: caracterização de paciente críticos, avaliação de sua mortalidade, e identificação de fatores de risco para sua ocorrência [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.

Zárate-Grajales R, Olvera-Areola S, Hernández-Cantoral A, Hernández-Corral S, Sánchez-Angeles S, Labastida RV, et al. Factores relacionados com eventos adversos reportados por enfermeiros em unidades de cuidados intensivos. *Proyecto multicêntrico. Enferm Univ.* 2015;12(2):63-72.

APÊNDICE A

ELEMENTOS DO PROCESSO

1. DADOS DO PROCESSO ÉTICO

1.1 Nº Processo Ético/ Ano:

1.2 Data de abertura do processo administrativo:

1.3 Data de abertura do processo ético:

1.4 Local (cidade e município/subseção):

1.5 Denunciado(s)

Nome(s): _____ Nº COREN: () _____ Função: _____

1.6 Motivo da Denúncia: _____

1.7 Tipo de Instituição

() Pública () Privada () Filantrópica

1.8 Origem da denúncia

() CEE - Instituição

() Órgão Público (Especificar):

() COREN - Sede ou Subseção (Especificar):

1.9 Denunciante

() Suposta vítima junto à CEE - hospital público

() Suposta vítima junto à CEE - hospital privado

() Suposta vítima junto ao COREN

() Representação da suposta vítima junto à CEE

() Representação da suposta vítima junto ao COREN

() Outra (Especificar):

1.10 Área de Especialidade da Ocorrência: _____

1.11 Período/horário da ocorrência: () M () T () N ()

1.12 Idade da suposta vítima

() RN () Lactente () Criança () Adolescente () Adulto () Idoso

1.13 Sexo da suposta vítima

() Feminino () Masculino

1.14 Parecer do Relatório de Admissibilidade:

- Indicação de infração aos artigos:

1.15 Parecer do Relatório Final da CI

() Inocente () Culpado

- Indicação de artigos infringidos:

1.16 Parecer do Relator do PE

() Inocente () Culpado

- Indicação de infração aos artigos:

Tipo de Penalidade Proposta

() Advertência verbal () Multa () Censura () Suspensão () Cassação

1.17 Decisão Final do Julgamento:

() Inocente () Culpado

Tipo de Penalidade Proposta

() Advertência verbal () Multa () Censura () Suspensão () Cassação

1.18 Data de Encerramento do PE/COREN:

2. COFEN

2.1 RECURSO/ PE ENCAMINHADO AO COFEN - PARECER

() Inocente () Culpado

- Tipo de Penalidade

() Advertência verbal () Multa () Censura () Suspensão () Cassação

- Artigos infringidos:

2.3 Data de Encerramento do PE/COFEN:

APÊNDICE B**EXCERTOS DOS DEPOIMENTOS**

Processo nº/ano	Trechos extraídos

ANEXO 1

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

OFÍCIO Nº 203/2014/GAB/PRES

São Paulo, 27 de maio de 2014.

À Senhora
Elaine Correa da Silva

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - COREN/SP vem informar que a solicitação feita através do P.A nº 2222/2014 a esse órgão referente ao acesso de dados dos processos éticos julgados neste conselho para o trabalho intitulado: **"Negligência Profissional: Análise dos Processos Éticos de Enfermagem Julgados pelo Coren – SP entre 2001 e 2010"** está autorizado.

Autorizo ainda, a utilização do nome dessa autarquia na divulgação dos dados.

Observa-se, que a autorização será válida somente após a aprovação do referido projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de São Paulo.

Sem mais para o momento, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

MAURO ANTONIO PIRES DIAS DA SILVA
COREN-SP 5.866
Presidente

/dms

ANEXO 2

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NEGLIGÊNCIA PROFISSIONAL: ANÁLISE DOS PROCESSOS ÉTICOS DE ENFERMAGEM JULGADOS PELO COREN-SP ENTRE 2001 E 2010

Pesquisador: elaine correa da silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32524414.9.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 744.057

Data da Relatoria: 05/08/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como foco a negligência cometida pelos profissionais de enfermagem no exercício da função, configurada como infração ética nos processos julgados pelo COREN-SP entre 2001-2010 e pretende compreender a negligência no que diz respeito à natureza do fenômeno, à abrangência do ato, à extensão do dano eventualmente provocado a terceiros, à gravidade do ato e aos tipos de sanção aplicados. A pesquisadora analisará processos.

Critério de inclusão: processos éticos julgados pelo COREN-SP no período de 2001 a 2010 decorrentes de negligência profissional. **Critérios de exclusão:** processos éticos em processo de análise e os que não estejam sendo analisados por negligência profissional.

Objetivo da Pesquisa:

- Identificar as diferentes versões de negligência nos discursos dos sujeitos envolvidos nos processos éticos julgados pelo COREN-SP - denunciado, denunciante, comissão de instrução e COREN-SP no período de 2001 a 2010.
- Investigar o valor atribuído pelo profissional ao ato negligente com base na análise dos discursos registrados nos processos éticos do COREN-SP.
- Analisar os elementos preponderantes da deliberação moral que fundamentam as decisões éticas do COREN-SP.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira César

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: adpesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 744.057

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: foi referido como possível risco a identificação dos sujeitos e das instituições envolvidas nos processos éticos analisados, quando da divulgação dos resultados. Porém, informa que esses riscos serão contornados com o compromisso de obedecer os critérios de confidencialidade dos dados e preservação da privacidade e anonimato dos profissionais e das instituições relacionadas.

Benefícios: não refere benefícios diretos aos sujeitos envolvidos nos processos éticos analisados. Refere que os resultados da pesquisa podem trazer benefícios aos profissionais da enfermagem e podem aprimorar o processo de formação do trabalhador, nas instituições de ensino.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora incluiu ofício assinado pelo presidente do COREN, autorizando o acesso aos processos éticos julgados pelo COREN, após aprovação do projeto por este CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisa prevê dispensa de TCLE, pois consultará documentos relacionados a processos analisados entre 2001 e 2010.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

o projeto não apresenta óbices éticos para a realização da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na Plataforma Brasil.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipeq@usp.br

Continuação do Parecer: 744 087

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP**

SAO PAULO, 08 de Agosto de 2014

**Assinado por:
Ruth Natalia Teresa Turrini
(Coordenador)**

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br