

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**ESTRATÉGIAS UTILIZADAS POR ENFERMEIROS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS
NA PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE OCORRÊNCIAS ÉTICAS DE
ENFERMAGEM EM HOSPITAIS DE ENSINO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

ILZA DOS PASSOS ZBOROWSKI

RIBEIRÃO PRETO

2008

ILZA DOS PASSOS ZBOROWSKI

**ESTRATÉGIAS UTILIZADAS POR ENFERMEIROS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS
NA PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE OCORRÊNCIAS ÉTICAS DE
ENFERMAGEM EM HOSPITAIS DE ENSINO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Enfermagem
Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Linha de pesquisa: Dinâmica da organização dos
serviços de saúde e de enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Regina Antonietto da
Costa Melo

RIBEIRÃO PRETO

2008

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

Zborowski. Ilza Passos

Estratégias Utilizadas por Enfermeiros Responsáveis Técnicos na Prevenção e Enfrentamento de Ocorrências Éticas de Enfermagem em Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008.

105f.:

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Linha de pesquisa: Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem

Orientadora: Melo, Márcia Regina Antonietto da Costa

1. Ética de Enfermagem. 2. Assistência de Enfermagem. 3.Hospitais de Ensino.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ilza dos Passos Zborowski

Estratégias Utilizadas por Enfermeiros Responsáveis Técnicos na Prevenção e Enfrentamento de Ocorrências Éticas de Enfermagem em Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Nome: _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Nome: _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Nome: _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Nome: _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Nome: _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Aos meus pais

Luiz e Gessi,

Por me orientarem para a vida com amor e dedicação

Ao meu esposo

Antônio César,

Pelo amor, estímulo e compreensão

À Minha irmã

Roseli,

Pelo carinho e amizade em todas as horas

Ao Meu irmão,

Ilton (in memoriam)

pela oportunidade de termos convivido

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Márcia Regina Antonietto da Costa Melo, pela orientação, paciência, disponibilidade e carinho com que sempre me recebeu

À Profa. Dra. Neide Fávero (in memoriam), pelo estímulo no início desta caminhada

Aos Enfermeiros Responsáveis Técnicos e pessoal de apoio dos Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo que tornaram possível a realização deste estudo

“De tudo na vida,

Ficaram três coisas:

A certeza de que estamos sempre começando...

A certeza de que precisamos continuar...

A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...

Portanto, devemos:

Fazer da interrupção um caminho novo...

Da queda, um passo de dança...

Do medo, uma escada...

Do sonho, uma ponte...”

(Fernando Pessoa)

RESUMO

ZBOROWSKI, I.P. **Estratégias Utilizadas por Enfermeiros Responsáveis Técnicos na Prevenção e Enfrentamento de Ocorrências Éticas de Enfermagem em Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo.** 2008. 105f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2008.

As ocorrências éticas, na assistência de enfermagem, são uma realidade com a qual não devemos nos acostumar, mas que, por outro lado, não podemos negar. O enfrentamento e especialmente a prevenção de tais ocorrências representam um constante desafio para o enfermeiro. Este estudo foi realizado com 25 Enfermeiros Responsáveis Técnicos (RTs) de Hospitais de Ensino que, em maio de 2007, compunham a lista de hospitais participantes do Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SAHE). Trata-se de um estudo quantiquantitativo que teve como objetivos: identificar e discorrer sobre as estratégias usadas pelos Enfermeiros Responsáveis Técnicos das referidas instituições para prevenir e/ou enfrentar as ocorrências éticas que envolvem a equipe de enfermagem; identificar a existência das Comissões de Ética de Enfermagem nestes Hospitais de Ensino e descrever as atividades que elas desenvolvem nestes locais; discorrer acerca da existência e finalidade dos registros estatísticos das ocorrências éticas de enfermagem. Além da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição vinculada, por exigência de nove das instituições participantes do estudo, foi necessário submeter o projeto à aprovação dos Comitês locais. Os dados foram coletados no período entre julho de 2007 e março de 2008, após o estudo ter sido autorizado pelas instituições participantes e ter aquiescência dos RTs. Os resultados quantitativos foram dispostos em tabelas e discutidos com base na literatura acerca do tema, os qualitativos foram tratados segundo a Análise de Conteúdo de Bardin (2007), dispostos em categorias e unidades temáticas e posteriormente discutidos, também, com base em referências bibliográficas sobre o assunto. Os resultados mostraram que, dos 25 Hospitais de Ensino (HE), oito estão situados na cidade de São Paulo e 17 no interior do Estado; 16 são públicos e nove privados. Quanto ao porte, 14 são considerados de grande porte, cinco de porte especial, três de médio porte e três não possuem leitos de internação. Quanto ao número de profissionais, dos 17.442 profissionais dos 25 HEs, 3.349(19,20%) são enfermeiros, 3.242(18,58%), técnicos de enfermagem e 10.851(62,21%) são auxiliares de enfermagem. No que se refere às estratégias preventivas, os RTs utilizam o treinamento como primeira escolha, enquanto para o enfrentamento das ocorrências éticas, predominam as ações gerenciais, seguidas das ações da CEE. Das 25 instituições, três não tinham CEE. Dos 22 HEs que possuem CEE, 13 referem que estas foram constituídas em cumprimento às exigências legais e nove para atender às necessidades do Serviço de Enfermagem. Em relação às atividades desenvolvidas pelas CEEs, nove RTs referem a de fiscalização e 13 as educativas e de orientação. Os registros das ocorrências acontecem em 21 HEs e, na sua maioria, são feitos através de livro-ata ou relatórios. Apenas 13 RTs responderam sobre a finalidade dos registros, sendo que quatro os utilizam para direcionar a educação continuada ou ações gerenciais, e os demais procedem o arquivamento, abertura de sindicância ou encaminhamento ao Conselho Regional de Enfermagem, quando necessário.

Palavras-chave: Ética de Enfermagem. Assistência de Enfermagem. Hospitais de Ensino.

ABSTRACT

ZBOROWSKI, I.P. **Strategies Used by Nursing Technical Staff in the Prevention and Confrontation of Ethical Events in Education Hospitals in the State of Sao Paulo.** 2008. 105f. Thesis (PhD).Ribeirão Preto Nursing School, University of São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2008.

The ethical occurrences in nursing care, are a reality that we should not get used to, but, on the other hand, we can not deny. The confrontation and especially the prevention of such occurrences represent a constant challenge to nurse personal. This study was conducted with 25 Nurse Responsible Technician (RTs) from Teaching Hospitals that in May 2007, were working in hospitals that participated in the System for the Evaluation of Teaching Hospitals, Health Department from State of Sao Paulo (SAHE). This is a quantitative and qualitative study aimed to: identify and talk about the strategies used by the Nurses Technical Responsible of those institutions to prevent and / or face the ethical occurrences involving the nursing staff, identify the existence of Nursing Ethics Committees (NEC) in Nursing Education Hospitals and describe the activities that they develop in these places; talk about the existence and purpose of statistical records of nursing ethical events. Besides the approval by the Research Ethics Committee of the Institution bound by the requirement of nine institutions participating in the study, it was necessary to bring the project to the approval of local committees. Data were collected between July 2007 and March 2008, after the study has been approved by participating institutions and acquiescence by RTs. The quantitative results were arranged on tables and discussed in the literature based on the theme, the qualitative were treated according to Content Analysis of Bardin (2007), arranged in categories and thematic units and subsequently discussed, too, based on references on the subject. The results showed that the 25 Education Hospitals (EH) under study, eight are located in Sao Paulo city (capital) and 17 in Sao Paulo state, 16 are public and nine private. Regarding size, 14 are considered large-scale, five are especial size, three mid-size and three does not have beds for internment. Referring to the number of professionals the 17,442 professionals from the 25 EHs, 3,349 (19.20%) are nurses , 3,242 (18.58%), nursing technicians and 10,851 (62.21%) are auxiliary nurses. With regard to preventive strategies, (RTs) use the training as the first choice while the confronting of ethical events, dominate the management actions, followed by EEC acts. From the 25 institutions, three had no NEC. From 22 HEs with NEC, 13 stated that they were formed in compliance with legal requirements and nine to meet the needs of the Nursing Department. In relation to activities undertaken by NECs (CEE), nine RTs refer to the supervisory and 13 to the education and guidance. The records of occurrences happen in 21 EHs and, mostly, are made through minutes-book or reports. Only 13 RTs responded on the purpose of the records, four of which use them to direct the continuing education or managerial actions, and the others do the filling, inquiry opening or the guiding to the Regional Council of Nursing, when necessary.

Keywords: Nursing Ethics. Nursing Assistance. Education Hospital.

RESUMEN

ZBOROWSKI, I.P. **Estrategias Utilizadas por Enfermeros Responsables Técnicos en la Prevención y Enfrentamiento de Ocurrencias Éticas de Enfermería en Hospitales de Enseñanza del Estado de São Paulo.** 2008. 105f. Tesis (Doctorado). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de San Pablo, Ribeirão Preto (SP), 2008.

Las ocurrencias éticas, en la atención de enfermería, son una realidad a la cual no debemos acostumbrarnos, pero por otro lado, no podemos negar. El enfrentamiento y especialmente la prevención de tales ocurrencias representan un constante desafío para el Enfermero. Este estudio se ha realizado con 25 Enfermeros Responsables Técnicos (RTs) de Hospitales de Enseñanza que, en mayo de 2007, componían la lista de hospitales participantes del Sistema de Evaluación de los Hospitales de Enseñanza de la Secretaría de Salud del Estado de San Pablo (SAHE). Ha sido un estudio cuantitativo que ha tenido como objetivos: identificar y disertar sobre las estrategias usadas por los Enfermeros Responsables Técnicos de las referidas Instituciones para prevenir y/o enfrentar las ocurrencias éticas que involucran el equipo de enfermería; identificar la existencia de las Comisiones de Ética de Enfermería en estos Hospitales de Enseñanza y describir las actividades que ellas desarrollan en estos sitios; disertar sobre la existencia y finalidad de los registros estadísticos de las ocurrencias éticas de Enfermería. Además de la aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la Institución vinculada, por exigencia de nueve de las instituciones participantes del estudio, hizo falta someter el proyecto a la aprobación de los Comités locales. Los datos se han recolectado en el período entre julio de 2007 y marzo de 2008 tras la autorización de los estudios por las instituciones participantes y aprobación de los RTs. Se han dispuesto los resultados cuantitativos en tablas y se han discutido basados en la literatura sobre el tema, los cualitativos se han tratado según el Análisis de Contenido de Bardin (2007), dispuestos en categorías y unidades temáticas y posteriormente discutidos también basados en referencias bibliográficas sobre el tema. Los resultados han indicado que de los 25 Hospitales de Enseñanza (HE), 8 están localizados en la ciudad de São Paulo y 17 en el interior del Estado; 16 son públicos y 9 privados. En cuanto al porte, 14 son considerados de gran porte, cinco de porte especial, tres de porte mediano y tres no poseen lechos de hospitalización. En cuanto al número de profesionales, de los 17.442 profesionales de los 25 HE, 3349 (el 19,20%) son enfermeros, 3242 (el 18,58%) técnicos de enfermería y 10.851 (el 62,21%) son auxiliares de enfermería. En lo que se refiere a las estrategias preventivas, los RTs utilizan el entrenamiento como primera elección mientras para el enfrentamiento de las ocurrencias éticas, predominan las acciones gerenciales, seguidas de las acciones de la CEE. De las 25 instituciones, tres no tenían CEE. De los 22 HE que poseen CEE, 13 hacen referencia que éstas se han constituido en cumplimiento a las exigencias legales y 9 para atender necesidades del Servicio de enfermería. En relación a las actividades desarrolladas por las CEE, 9 RTs hacen referencia a la de fiscalización y 13 a las educativas y de orientación. Los registros de las ocurrencias suceden en 21 HE y la mayor parte es hecha a través de libro acta o informes. Solamente 13 RTs han contestado sobre la finalidad de los registros, siendo que cuatro los utilizan para direccionar la educación continuada o acciones gerenciales y los demás realizan el archivo, apertura de sindicancia o encaminan al Consejo Regional de Enfermería cuando es necesario.

Palabras-claves: ética de enfermería, atención de enfermería.,hospitales de enseñanza

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos Hospitais de Ensino relacionados no site da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e participantes do SAHE, em maio de 2007, quanto à cidade onde se localizam	49
Tabela 2	Distribuição dos Hospitais de Ensino relacionados no site da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e participantes do SAHE, em maio de 2007, quanto ao órgão mantenedor	51
Tabela 3	Distribuição dos Hospitais de Ensino relacionados no site da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e participantes do SAHE, em maio de 2007, quanto ao número de leitos	51
Tabela 4	Distribuição dos Hospitais de Ensino relacionados no site da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e participantes do SAHE, em maio de 2007, quanto ao número de profissionais de enfermagem nas categorias de enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem	53
Tabela 5	Distribuição dos Enfermeiros Responsáveis Técnicos – RTs, dos Hospitais de Ensino relacionados no site da Secretaria do Estado de São Paulo e participantes do SAHE, em maio de 2007, quanto ao tempo de formado, tempo de trabalho na instituição e tempo como RT nesta instituição.....	55
Tabela 6	Distribuição dos Hospitais de Ensino relacionados no site da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e participantes do SAHE, em maio de 2007, quanto ao tempo de existência da CEE	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Demonstrativo do número de profissionais de enfermagem nos hospitais de ensino (HE) do estudo, nas cidades onde se localizam os HEs e número total no Estado de São Paulo (SP).....	54
-----------------	---	----

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Estratégias utilizadas na prevenção e enfrentamento das ocorrências éticas na assistência de Enfermagem - Categorias definidas segundo a Análise de Conteúdo de Bardin (2007).....57
- Figura 2** Motivos que levaram à constituição da CEE – Categorias definidas segundo a Análise de Conteúdo de Bardin (2007)74
- Figura 3** Atividades desenvolvidas pelas CEEs – Segundo categorias definidas pela Análise de Conteúdo de Bardin (2007)78

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	33
2.1 Objetivo geral	34
2.2 Objetivos específicos	34
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	35
3.1 Descrição do estudo.....	36
3.2 Local do estudo	36
3.3 População e amostra	36
3.4 Sujeitos da pesquisa	37
3.5 Aspectos éticos	38
3.6 Instrumento de coleta de dados	39
3.7 Validação do instrumento.....	39
3.8 Coleta de dados	40
3.9 Tratamento e Análise dos Dados	44
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
4.1 Apresentação e Análise dos Dados Quantitativos.....	49
4.2 Apresentação e Análise dos Dados Qualitativos.....	56
4.2.1 Estratégias Utilizadas Pelos Enfermeiros Responsáveis Técnico (RT) na Prevenção e Enfrentamento de Ocorrências Éticas na Assistência de Enfermagem	56
4.2.2 A existência ou não da Comissão de Ética de Enfermagem, os motivos que levaram à implantação e atividades desenvolvidas por ela.....	73
4.2.3 Aspectos relativos aos registros e estatística das infrações éticas.....	81

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
APÊNDICES	98
APÊNDICE A - Solicitação de autorização para realização do estudo nos Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo.....	99
APÊNDICE B - Carta explicativa do estudo ao sujeito da pesquisa.....	100
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	101
APÊNDICE D - Instrumento orientador da coleta de dados	102
ANEXOS	104
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP	105

1 INTRODUÇÃO

Existem alguns valores que fazem parte da história da humanidade e, certamente, já estavam inseridos nas relações humanas antes mesmo de terem sido discutidos e expressados por importantes pensadores. A ética é, sem dúvida, um exemplo do que acabamos de colocar.

Aristóteles que viveu na Grécia no século IV a.C. foi um dos primeiros filósofos a pensar sobre a ética, e conta a história que muitas de suas obras são resultado das anotações feitas por alunos em suas aulas numa escola em que lecionava que se chamava Liceu. Especialmente no caso da ética, as anotações foram feitas por seu filho chamado Nicômaco, por isso o título de seu livro “Ética a Nicômaco” (Gallo, 2007, p.54).

Ao recorrermos à história, veremos que a ética é um tema que esteve sempre em pauta, sendo discutida sob os mais variados enfoques. Muitos séculos depois de Aristóteles, o médico vienense Sigmund Freud, criador da psicanálise, no seu livro “O mal-estar na civilização” trabalhou sobre o processo civilizatório e constatou que: “os seres humanos estão condenados a viver nesse conflito irremediável entre as exigências pulsionais (a liberdade) e as restrições sociais (as leis)”(Gallo,2007 p.56).

Segundo Freud, é nesse conflito que reside a infelicidade do homem. Ele retoma a questão levantada por Aristóteles quando este argumenta que toda a ação humana tem em vista o alcance da felicidade, mas que nem sempre ela será conquistada de maneira ética, porque a ética está respaldada no bem e questiona se o que é bem para um indivíduo também será para outro.

Para Pegoraro (2001, p 52):

É importante reconhecer que o homem, como produto da natureza, amadurece como os outros seres naturais. A maturidade humana alcança-se, sobretudo, no estágio ético, isto é, na fase em que o homem, autônomo e livre, age segundo valores adequados ao seu modo de existir. Ora, os valores não se encontram nos genes, nem são produtos espontâneos da genética, mas são culturais, frutos de uma longa tradição e experiência humana. Isto é, o processo não nos deu de saída um código de valores

éticos, mas deu-nos as condições e a capacidade de adquiri-los (PEGORARO, 2001, p 52).

Nesta mesma linha de raciocínio, Soveral (1993, p.65) diz que embora a história da ética tenha explicitado diversos esquemas possíveis de relação dos seus elementos constructivos essenciais, não significa que o conceito genérico de ética e suas possíveis variantes sejam determináveis e independentes do curso da história. Segundo ele, são os homens concretos, concretamente situados num contexto cultural, quem elabora as noções e as analisa, dando expressão no interior de uma linguagem que é, por sua vez, concreta e histórica.

Acreditamos, portanto, que através do exercício ético de seus valores, no dia-a-dia, o homem também é capaz de transformar a realidade em que vive, por mais que, muitas vezes, isso possa parecer difícil.

De acordo com Vázquez (2003),

A ética estuda uma forma de comportamento humano que os homens julgam valioso e, além disso, obrigatório e inescapável. Mas nada disso altera minimamente a verdade de que a ética deve fornecer a compreensão racional de um aspecto real, efetivo, do comportamento dos homens (VÁZQUEZ, 2003, p.22).

O mesmo autor considera ainda que o objeto da ética é constituído pelos atos conscientes e voluntários dos indivíduos, os quais podem repercutir e trazer conseqüências a outros indivíduos.

Para Fortes (1998, p.25), a ética é um dos mecanismos das relações sociais do homem que visa a garantir a coesão social e harmonizar interesses individuais e coletivos.

Desse modo, é possível perceber que a ética sempre fez parte do dia-a-dia do homem e que a compreensão do seu conceito pode sofrer algumas influências de fatores como a cultura, a religião, o contexto do indivíduo ou da sua comunidade,

mas seu objetivo estará sempre voltado para alcançar a adequada convivência entre as pessoas de uma determinada época.

Diskin (1998), no primeiro parágrafo do capítulo intitulado: “Ética ou arte da convivência”, refere que

Se todos nós pertencêssemos a um mesmo contexto cultural, a uma mesma tradição espiritual, se a nossa história pessoal estivesse alicerçada sobre uma raiz comum, talvez não fosse necessário fazermos um preâmbulo para adentrar nas questões que nos propomos abordar. Atrevo-me a dizer que talvez não seria necessário sequer falar de um assunto que resulta o óbvio (DISKIN, 1998, p.65).

Os valores preferidos pelos indivíduos são reflexos de suas necessidades pessoais, culturais, influências sociais e relacionamentos com outras pessoas, com uma dada importância determinada pessoalmente. Os valores variam entre as pessoas, são desenvolvidos e podem sofrer mudanças com o passar do tempo (POTTER & PERRY, 1996, p.67).

Zoboli (2004) lembra que, mesmo quando nos propomos a uma reflexão restrita ao âmbito organizacional, não podemos esquecer que a ética empresarial ocorre no contexto da ética social e que também leva em conta a ética pessoal de cada membro da organização.

Pode-se dizer que a ética organizacional representa a confluência de uma mobilização de cidadania e uma opção da consciência individual. É oportuno lembrar, no entanto, que as organizações, com seus valores, influenciam neste processo decisório (ZOBOLI, 2004, p.78).

A equipe de enfermagem tem como essência do seu trabalho o cuidado ao paciente, e prestar esse cuidado de forma técnica, humana e ética não é tarefa fácil.

Sobre o cuidar, Boff (2000) refere que

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2000, p.33).

Pensamos que as palavras do autor refletem o “ser enfermeiro” desde os seus primórdios, uma vez que a essência da enfermagem sempre foi e continua a ser o cuidar, o cuidar enquanto “atitude”, com afeto e responsabilidade.

Por isso, não é de se estranhar o fato de que os conflitos éticos, em qualquer instância pessoal ou profissional, causem tantos desconfortos aos que neles se envolvem.

Os profissionais de saúde geralmente têm sua prática profissional regida pelas normas deontológicas estabelecidas em seus “códigos de ética”. Convém ressaltar, porém, que não é comum a todos os países a previsão de sanções para as violações ao determinado nestes códigos deontológicos.

Nos Estados Unidos, uma vez que os profissionais de saúde não estão obrigados a se filiar aos órgãos colegiados de classe, as normas deontológicas constituem tão-somente orientações diretivas para seu agir profissional. Já no Brasil, as normas gozam de poder coercitivo, com a garantia, pelo poder estatal, de sanções às violações. A legislação brasileira prevê que todo profissional de saúde, a fim de legalizar o exercício da sua profissão, está obrigado a inscrever-se no órgão regional de sua categoria, o conselho profissional (ZOBOLI, 2004, p.192-193).

No caso dos profissionais de enfermagem, as normas deontológicas, a que se refere o parágrafo anterior, estão definidas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) e pode parecer óbvio o seu cumprimento, porém, especialmente o enfermeiro precisa estar atento a cada detalhe da assistência porque em vários momentos, no seu trabalho, ele é chamado não só a responder pelas conseqüências dos seus atos individuais, mas também pelos da sua equipe, o que lhe coloca em situação de maior risco no que se refere a falhas cometidas no exercício da atividade profissional.

Zoboli (2004, p.191) lembra que: A adoção de um código de ética não exime da responsabilidade da decisão pessoal, pois a noção de ética não se resume a uma obrigação por efeito de coação externa, mas supõe o livre consentimento e a adesão

espontânea do indivíduo. Segundo o autor, o sujeito ético não se submete a regras simplesmente por obrigação ou temor à determinada punição e sim por acreditar nelas, e estar convencido de seu valor e sua legitimidade. O mesmo autor ainda pondera que, se por um lado não é o temor às punições que garante a observância de um código de ética, por outro sua possibilidade pode constituir fator de auxílio em sua eficácia.

Vázquez (2003, p.23) afirma que “enquanto conhecimento científico, a ética deve aspirar à racionalidade e objetividade mais completas e, ao mesmo tempo, deve proporcionar conhecimentos sistemáticos, metódicos e, no limite do possível, comprováveis”.

Por outro lado, Boff (2003) reflete sobre o afeto enquanto fonte originária da ética, afirmando que:

A crise cria a oportunidade de irmos às raízes da ética e nos convida a descermos àquela instância na qual se formam continuamente valores. A ética para ganhar um mínimo de consenso, deve brotar da base última da existência humana. Esta não reside na razão, como sempre pretendeu o Ocidente (BOFF, 2003, p. 29).

Weil (1998, p.16-20) discorre sobre dois tipos de ética: a moralista e a espontânea. A primeira confunde-se com a moral; foi e está sendo rejeitada por grande parte da população mundial, especialmente após a descoberta, por Freud, do seu caráter neurotizante quando usada de modo repressivo. Segundo o autor, trata-se de uma ética forjada, artificialmente criada pela pressão social e que acaba, muitas vezes, levando a condutas aberrantes e contraditórias, em geral inconscientes: guerras, em nome da paz, defendem a igualdade, mas criticam os desiguais e assim por diante. A segunda forma, para a qual o autor alerta que procurem se inspirar aqueles que, com muita razão, querem subordinar a tecnologia e as organizações à ética, é a ética espontânea. Para falar da ética espontânea, ele

utiliza-se de uma história simbólica do mestre Zen que costumava apontar o dedo para o público, a fim de mostrar simbolicamente que tudo é um. Um de seus discípulos começou a imitá-lo. O mestre pegou um machado e cortou-lhe o dedo. Neste mesmo instante, o discípulo se iluminou. O autor conclui dizendo que para adquirirmos uma ética autêntica, esta tem de despertar dentro de nós mesmos e não ser fruto de mera imitação.

Diante das diferentes formas de entendimento desse conceito, acreditamos que, muitas vezes, é necessário criar estratégias que facilitem não só o entendimento do que seja ética, mas de como aplicá-la no exercício das nossas competências e responsabilidades pessoais e profissionais. Na enfermagem, as Comissões de Ética de Enfermagem (CEE) podem atuar como facilitadoras deste processo de entendimento, especialmente quando exercem o papel de discutir e orientar temas relativos à ética no dia-a-dia dos profissionais da equipe de enfermagem.

No entanto, desde a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN- 172/1994 que normatizou a criação das CEEs nas Instituições de Saúde com mais de dez enfermeiros, muitas foram as dúvidas que envolveram o processo de implantação dessas Comissões, tornando-o moroso e difícil de ser cumprido. Para que fosse instituída esta Resolução, o Conselho Federal de Enfermagem considerou: a Resolução COFEN nº160/93 que institui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem na jurisdição de todos os Conselhos Regionais de Enfermagem; o que consta no PAD-COFEN 170/87 (Parecer Administrativo) que reúne documentos de sugestões e solicitações acerca da criação de Comissões de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde.

No Art. 1º da Resolução 172/1994 - o COFEN resolve: autorizar a criação das Comissões de Ética de Enfermagem como órgãos representativos dos Conselhos Regionais junto a instituições de saúde, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem. A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

- a)Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem na instituição.
- b)Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
- c)Notificar ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões e as infrações éticas.

Considerando, como referência a própria Resolução COFEN, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - COREN-SP no regimento para a criação, formação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem, no seu CAPITULO I, art. 1º define a CEE como:

“Órgão representativo do COREN-SP em caráter permanente junto às Instituições de Saúde, tendo funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem nas referidas instituições”.

Com a normatização das CEEs pelo COFEN, o COREN-SP reforçou a sua decisão de criar as CEEs com as sugestões provenientes de três seminários envolvendo as categorias de enfermagem nos anos de 1994 e 1995, onde se discutiu a importância da formação das CEEs neste Estado.

Vale ressaltar que o COREN–SP foi o pioneiro, no país, a promover encontros de enfermeiros para “discutirem propostas de elaboração de um regimento e a criação das comissões de ética”, a partir da década de 1990 (FREITAS, 2002, p.3).

Mendes e Caldas (1999, p.6) colocam que as comissões administrativas de sindicância nas instituições de saúde possuem composições variadas e nem sempre contam com a participação de profissionais de enfermagem. Tal realidade dificulta a análise e a apuração dos fatos pela via administrativa, em decorrência do desconhecimento tanto dos aspectos técnicos como dos éticos inerentes à enfermagem.

Nesta mesma linha de pensamento, Ducati & Boemer (2001, p.28) referem que a implantação da CEE é importante em qualquer instituição de saúde, independentemente do número de enfermeiros empregados, e a sua ausência abre espaço para que outros profissionais avaliem questões éticas que dizem respeito à enfermagem.

Conforme o Regimento para criação, formação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem, no seu CAPÍTULO VI, Art. 13, no Brasil, as CEEs deverão ser compostas por cinco membros efetivos, sendo três enfermeiros, dois técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e cinco membros suplentes.

Por outro lado, pudemos observar, em Portugal, que em cada hospital existe uma “Comissão de Ética para a Saúde” que é multidisciplinar e integra sete profissionais, entre os quais, obrigatoriamente, pelo menos um enfermeiro. A maior parte tem médicos, enfermeiros, filósofos, teólogos, juristas e variam nos outros. O presidente da Comissão é escolhido entre os membros e, em algumas poucas, é mesmo o enfermeiro que preside¹.

¹ Informação fornecida pela Profa. Dra. Margarida Vieira, Docente da Universidade Católica do Porto – Portugal, em novembro de 2007, quando realizamos visita técnica a quatro Hospitais Portugueses.

No que se refere às CEEs no Brasil, o estudo “A Comissão de Ética de Enfermagem na visão do Enfermeiro”, Zborowski (2003 p.41) coloca que o desconhecimento sobre o Regimento para criação, formação e funcionamento das CEEs e a falta de entendimento do papel das CEEs são as principais dificuldades apontadas pelos enfermeiros no que se refere ao processo para a implantação das CEEs.

Embora a existência da Resolução 172/1994 do Conselho Federal de Enfermagem tenha 14 anos e, no Estado de São Paulo, a deliberação do COREN-SP tenha nove anos, uma questão relevante diz respeito à relação entre o tempo de e o número de Comissões implantadas nesse período. Um levantamento realizado junto ao COREN-SP mostrou que até o mês de julho de 2005, das 700 instituições de saúde deste Estado, que deveriam ter CEEs implantadas, 251 tinham, ou seja, menos de 36% do total dessas instituições.

Tealdi e Mainetti (1990, p.431) referem que, nos Estados Unidos da América, existem os Comitês Hospitalares de Ética (CHE) que são grupos, à semelhança de Portugal, interdisciplinares. Estes grupos se ocupam da docência, investigação e questões associadas a dilemas éticos que surgem durante a prática da medicina hospitalar. Segundo os mesmos autores, estes Comitês surgiram em decorrência da problemática das novas tecnologias médicas e de uma nova consciência social orientada pela evolução de tratamentos prolongados, decisão de não-tratamentos em recém-nascidos com malformações graves e outras deliberações de índole ética. Contam que, até 1982, somente 1% dos hospitais americanos tinha comitês deste tipo, porém em 1988 este percentual já havia subido para 60% em hospitais com mais de 200 leitos.

Mendes & Caldas (1999, p.6) mostram que, até o início do ano de 1995, se tinha notícia da existência de apenas nove CEEs em hospitais brasileiros e estas tinham menos de dois anos de implantação.

Acreditamos que a preocupação, em torno do número de CEE nas instituições de saúde brasileiras, tem sido alvo de questionamentos entre os enfermeiros. Ducati & Boemer (2001, p.29) constataram que dos 11 hospitais visitados, em uma cidade do interior paulista, oito teriam obrigatoriamente que instituir CEE e, destes, apenas três hospitais integravam esta comissão em sua estrutura, sendo que somente uma encontrava-se efetivamente em atividade.

Ao refletirmos sobre o número de Comissões implantadas, podemos concluir que ele não corresponde ao esperado, tendo em vista o cumprimento da Resolução COFEN. No entanto, pensamos que ter a CEE implantada pode significar apenas o cumprimento de uma obrigação legal, o que não basta para garantir o exercício ético da profissão; é necessário implementar ações efetivas que visem, principalmente, a orientar e educar a equipe de enfermagem quanto ao CEPE, por exemplo, quanto ao Código de Defesa do Consumidor, quanto à declaração de direitos do cliente, entre outros.

Neste caso, os resultados dos estudos citados nos remetem a uma constatação: a de que mais de 60% dos hospitais pesquisados, naquele momento, ainda não haviam constituído a CEE.

Na pesquisa, já mencionada, Ducati & Boemer (2001, p.32) referem ainda um aspecto interessante, o de que os profissionais relutam em candidatar-se a cargos na CEE por se sentirem despreparados para lidar com questões éticas e, sobretudo, pela falta de conhecimento acerca do Código de Ética da própria profissão.

Como já referimos, uma das atribuições das CEEs é zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem dentro das instituições, combatendo o exercício ilegal da profissão, discutindo e divulgando o CEPE, conforme o artigo 2º. da Resolução COFEN nº 172/1994. Assegurar o exercício ético da enfermagem é um fator primordial para a assistência prestada ao cliente; podemos afirmar, então, que a implantação da CEE viria, sem dúvida, contribuir para a melhoria da qualidade desta assistência.

Esse aspecto ganha relevância, uma vez que temos encontrado estudos recentes apontando eventos adversos na assistência, principalmente os que se referem à não-conformidade de critérios para a administração de medicamentos (BUENO, 1998; CARVALHO et al., 1999; KROLL, 2000; FREITAS, 2005; OPTIZ, 2006).

Freitas (2002, p.110-111) também ressaltou que a falta técnica prevalente foi o erro de medicação, embora outras infrações não menos relevantes acarretem prejuízos aos clientes, à instituição ou ao próprio profissional. Este mesmo autor salienta que ocorrências éticas de enfermagem devem ser entendidas como “os eventos praticados por profissionais de enfermagem que ferem os princípios éticos da enfermagem e, por vezes, podem ferir a própria lei e a moral, não se limitando à inobservância das normas éticas do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem”.

O estudo de Pupulim & Sawada (2002, p.434) aponta questões relativas a sentimentos gerados nos pacientes, pela equipe de profissionais que os assistem, especialmente a de enfermagem. Os autores abordam a forma de cuidar da equipe de enfermagem, relacionando-a à invasão da privacidade do paciente e referem-se ao aspecto ético-moral envolvido nesta questão ressaltando a atuação das CEEs

enquanto estratégia de controle e proteção dos indivíduos. Do nosso ponto de vista, a preocupação dos autores se justifica por estar relacionada à infração ética conforme o referido no CEPE, em seu CAPITULO IV-DOS DEVERES Art. 28- Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente.

Os estudos por nós mencionados são relevantes e dão aos profissionais de enfermagem a oportunidade de refletir sobre o tipo de assistência que está sendo prestada à clientela bem como de repensar estratégias que possam minimizar e prevenir ocorrências desta natureza.

As CEEs baseiam seu trabalho fundamentalmente no CEPE e, para Trevizan et al. (2002 p.87), o valor básico inserido no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem é o respeito pelo ser humano, tendo como apoio, outros valores, por exemplo, a veracidade, a confidencialidade, a privacidade, a justiça, a autonomia, a competência, a fidelidade, a beneficência e a responsabilidade.

Entendemos que assistir o cliente de maneira ética é assegurar uma assistência de qualidade e vice-versa, por isso acreditamos que os dois aspectos, ética e qualidade, são indissociáveis e complementares.

Desde o início da nossa vida profissional, há vinte anos, o aspecto ético da assistência sempre nos inquietou, embora, no começo, a preocupação com esta questão representasse muito mais um sentimento do que propriamente um valor. No entanto, com o passar dos anos, as vivências pessoais e profissionais nos fizeram amadurecer e acreditar, então, que nossas atitudes profissionais são, muitas vezes, resultantes de nossas convicções também pessoais.

Com certeza, uma grande oportunidade de aprendizado que tivemos foi participar, durante quatro anos, da CEE do hospital em que trabalhávamos. Não exatamente pelo fato de presidirmos esta Comissão, mas especialmente, pelas

inúmeras situações que exigiram de nós conhecimento técnico, capacidade de análise e a utilização de estratégias capazes de auxiliar na condução mais adequada das situações.

No nosso primeiro mandato como presidente desta Comissão, um aspecto curioso chamou-nos a atenção, logo após a sua implantação, e, nos meses que se seguiram, tivemos a impressão de que a qualidade da assistência de enfermagem havia piorado, pois com a sensibilização da equipe em relação à notificação das ocorrências éticas, um grande número de “novas” situações-problema começou a surgir. Porém, empiricamente, sabemos que estas situações apenas não eram percebidas como problemas, eram aceitas como inerentes ao cuidado, mesmo quando causavam algum dano. Portanto, com o trabalho de sensibilização e orientação feito pela CEE, os profissionais de enfermagem ficaram mais atentos e críticos em relação às suas responsabilidades e possíveis falhas que passaram a ser notificadas de maneira formal à CEE para serem analisadas e encaminhadas da forma mais adequada.

Acreditamos, portanto, que por menor que seja a mudança de comportamento da equipe de enfermagem, em relação à notificação das ocorrências éticas, este é o primeiro passo para que se tenha o despertar de uma consciência ética capaz de identificar parâmetros para avaliar a qualidade da assistência e adotar estratégias eficazes para a prevenção de não-conformidades dentro da assistência.

O fato de termos dedicado parte do nosso tempo ao trabalho na CEE veio colaborar para uma maior compreensão acerca, especialmente, do papel dessas comissões na assistência, dentro dos hospitais. Fizemos, então, um projeto de pesquisa que, posteriormente, se transformou na nossa dissertação de mestrado. A pesquisa, que recebeu o título de: “A Comissão de Ética de Enfermagem na Visão

do Enfermeiro” (ZBOROWSKI, 2003), foi realizada em cinco hospitais de uma cidade do noroeste do Estado de São Paulo que tinham CEE implantada e reconhecida pelo COREN-SP.

Os objetivos do estudo foram conhecer o entendimento dos enfermeiros acerca do conceito de ética, verificar as principais dificuldades encontradas na implantação da CEE nas suas instituições e conhecer as estratégias utilizadas para o desenvolvimento do trabalho desta CEE.

Os resultados que se referiam ao entendimento do conceito de ética, pelos sujeitos, apareceram sob diferentes enfoques, o que permitiu retratar a amplitude deste conceito. Isso não nos surpreendeu, uma vez que, como já tivemos oportunidade de colocar anteriormente, o conceito de ética produz divergências entre estudiosos do assunto e não chegamos a um conceito absoluto.

Quanto às dificuldades de implantação das CEEs; entendimento do regimento, desconhecimento do papel da CEE entre outros, foi possível concluir que elas são pertinentes ao processo, mas que, no entanto, não se devem medir esforços para que, uma vez criada, a CEE exerça seu papel de forma consciente e responsável, cumprindo seus verdadeiros objetivos (ZBOROWSKI, 2003).

Com o término do mestrado em 2003 e atuando, há seis anos, como docente da disciplina de Administração dos Serviços Hospitalares em curso de Graduação em Enfermagem, temos acompanhado alunos no ensino clínico, em um Hospital de Ensino, e procurado nos manter atualizadas nos assuntos relacionados à ética, especialmente no que se refere à assistência ao cliente. O fato de estarmos em contato, através da leitura de artigos em periódicos e outras fontes de divulgação na área de enfermagem, nos tem possibilitado observar que os temas relativos às ocorrências éticas têm sido assunto cada vez mais freqüente. Porém, ainda pouco

se tem em termos de quantitativo bibliográfico acerca de estratégias que visem não só ao enfrentamento, mas especialmente à prevenção de ocorrências indesejáveis na assistência ao paciente. Não queremos dizer, com isso, que não haja ações nesse sentido, apenas, que a divulgação de resultados ainda nos parece pequena.

Neste momento, acreditamos ser importante conceituar “ocorrências éticas de enfermagem” e nos pautamos em Freitas e Oguisso (2005) pela maneira clara e abrangente com que os autores o fazem

...“são eventos que podem ser causadores de danos, os quais são praticados por profissionais de enfermagem no decorrer de suas atividades e que têm a ver, consciente ou inconscientemente, com uma atitude inadequada face ao colega de trabalho, à clientela ou à instituição em que trabalha. Tais eventos podem acarretar algum tipo de prejuízo ou algum dano aos clientes ou aos próprios profissionais envolvidos, seja devido à falta de atenção, ou de habilidade do profissional, seja por desconhecimento ou falta de zelo. Podem igualmente ser causados por omissão, isto é, quando o profissional deixa de agir ou fazer algo que deveria fazer, provocando com isso um risco ou um prejuízo a outrem”. (p.9)

Ao ingressarmos no doutorado, em 2005, nossas inquietações voltaram-se novamente para os aspectos éticos da profissão. No entanto, mais uma vez durante nosso levantamento bibliográfico sobre este tema, observamos que alguns trabalhos têm sido produzidos e divulgados, no que concerne às ocorrências éticas na nossa profissão, porém, embora sejam citados, em vários destes trabalhos, os questionamentos não se fazem acerca do trabalho das CEEs nestas instituições, relacionando as atividades destas Comissões à prevenção das ocorrências éticas, bem como de outros mecanismos que estejam sendo utilizados pelos Responsáveis Técnicos de Enfermagem para melhor gerenciar as questões éticas que se apresentam diariamente no contexto da assistência de enfermagem.

Levando em consideração os aspectos apontados e tendo consciência da complexidade do trabalho desempenhado pelo profissional enfermeiro frente à gerência do serviço de enfermagem do hospital, especialmente de ensino, nos

propusemos a investigar quais são e como têm sido utilizadas as estratégias para a prevenção e enfrentamento das ocorrências éticas, enquanto parte das atividades do Enfermeiro Gerente desta Instituição.

A Portaria Interministerial Nº 1.000 (BRASIL, 2004), disponibilizada no site da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, considera dentre outros aspectos, que:

-As Instituições de Ensino Superior, na área de saúde, têm, nas diretrizes curriculares nacionais, a determinação de contemplar, na formação dos profissionais, o sistema de saúde vigente no País, com atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência, tendo como base o trabalho em equipe, com ênfase no Sistema Único de Saúde;

-A Resolução nº 07/03, de 26 de agosto de 2003, no que se refere às contribuições da Comissão Interinstitucional, instituída por meio da Portaria Interministerial nº 562, de 12 de maio de 2003, com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários de Ensino no Brasil, visando reorientar e, ou formular a política nacional para o setor;

-A necessidade de garantir, de forma progressiva e planejada, a melhoria da qualidade dos serviços de atenção à saúde, oferecidos pelos Hospitais de Ensino, mediante a atuação interprofissional para a proteção e o desenvolvimento da autonomia da população usuária.

Portanto, podemos dizer que, além das responsabilidades inerentes à função do enfermeiro assistencial, quando este assume a gerência de um serviço em especial no caso do Hospital de Ensino, as responsabilidades se ampliam e exigem conhecimentos acerca de assuntos antes restritos a administradores e a outros profissionais.

Diante do exposto, reforçamos nosso propósito de trabalhar com os Hospitais de Ensino por acreditar que além dos aspectos já contemplados, a mesma portaria também menciona o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e reforça a preocupação com os aspectos éticos que estes hospitais devem ter, quando em seus oito artigos, estabelece os requisitos obrigatórios para certificação de Hospital de Ensino. O artigo 6º, especificamente no seu item VII dispõe sobre a obrigatoriedade destes hospitais terem constituídas, e em

permanente funcionamento, as comissões de Ética em Pesquisa, de Documentação Médica e Estatística de Óbitos, além de desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância em saúde.

Sabemos que, em todas as atividades acima mencionadas, estão envolvidos ações e procedimentos da competência da equipe de enfermagem. Tais procedimentos tornam-se cada dia mais complexos e, com isso, os profissionais de enfermagem estão mais expostos, por isso reiteramos nosso interesse em identificar e discorrer sobre as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros Responsáveis Técnicos destes hospitais para garantir o cumprimento dos requisitos que irão conferir à instituição o direito à categoria de Hospital de Ensino.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros Responsáveis Técnicos dos Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo, participantes do SAHE, na prevenção e enfrentamento das ocorrências éticas na assistência de enfermagem.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar e discorrer sobre as estratégias usadas pelos Enfermeiros Responsáveis Técnicos das referidas instituições para prevenir e/ou enfrentar as ocorrências éticas que envolvem a equipe de enfermagem.
- Identificar a existência das Comissões de Ética de Enfermagem nestes Hospitais de Ensino e descrever as atividades que elas desenvolvem nestes locais.
- Discorrer acerca da existência e finalidade dos registros estatísticos das ocorrências éticas de enfermagem.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Descrição do estudo

A opção metodológica para o desenvolvimento desta pesquisa foi o modelo qualiquantitativo cuja escolha respaldamos em Marcus e Liehr (2001, p. 124) de que “A escolha dos métodos quantitativos ou qualitativos é guiada pela questão da pesquisa. Geralmente, questões que revelam um teste de relação ou diferença são examinadas por meio de abordagem quantitativa. Questões que dão a entender exploração de uma experiência humana são examinadas por meio da abordagem qualitativa”.

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido junto a Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo que participam do Sistema de Avaliação de Hospitais de Ensino - SAHE, da Secretaria deste Estado. O SAHE foi desenhado e desenvolvido pela Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), com o objetivo de coletar eletronicamente dados de relatórios trimestrais e anuais de hospitais de ensino contratualizados do Estado de São Paulo.

3.3 População e amostra

Segundo dados do site da Secretaria da Saúde, em 20/05/07, o número de Instituições Participantes do SAHE, no Estado de São Paulo, era de 52, sendo duas classificadas como Órgãos Governamentais (a Prefeitura do Município de São Paulo e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo), oito como Fundação, 11 como Universidade e 31 instituições na categoria de hospital. Portanto, de acordo com os objetivos a que nos propusemos, optamos por utilizar como critério de inclusão no

estudo somente as instituições classificadas no site como hospital, uma vez que estas contam, necessariamente, com Serviço de Enfermagem e, portanto com um Enfermeiro Responsável Técnico.

De acordo com o documento: Conceitos e definições em saúde do Ministério da Saúde (1977):

HOSPITAL: É parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

HOSPITAL DE ENSINO OU HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: É o hospital geral com as características e funções do Hospital de Base, utilizado por Escolas de Ciências da Saúde, como centro de formação profissional.

HOSPITAL DE BASE: É o hospital geral destinado a constituir-se em centro de coordenação e integração do serviço médico-hospitalar de uma área, devendo estar capacitado a prestar assistência especializada mais diferenciada a pacientes encaminhados de Hospitais Distritais, além da assistência médico-cirúrgica própria de hospital local.

HOSPITAL DISTRITAL: É o hospital geral que, além de prestar assistência médico-cirúrgica própria de hospital local a uma população determinada, presta serviços mais especializados a pacientes encaminhados de sua e de outras localidades, enviando pacientes necessitados de assistência mais complexa a um hospital de base.

É importante mencionar que, em função de exigências colocadas pelos hospitais e considerando que tínhamos um prazo para que acontecesse cada fase do estudo, finalizamos a coleta dos dados como um total de 25 hospitais, sendo que no item 3.8 estaremos justificando a não-participação de seis hospitais.

3.4 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os Enfermeiros Responsáveis Técnicos das instituições hospitalares participantes do SAHE. A inclusão destes no estudo foi

vinculada à assinatura da solicitação de autorização para realização do estudo nas instituições de saúde do Estado de São Paulo (APÊNDICE A), pelo responsável legal da instituição, bem como a aquiescência dos sujeitos da pesquisa.

3.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao exame de qualificação, conforme critérios da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e, em cumprimento às Resoluções 196/96 e 251/97 foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da mesma instituição e aprovado em 18/07/2007, Of.CEP-CEP-EERP/USP – 168/2007 (ANEXO A).

Como primeira conduta foi encaminhada, via correio, ao Diretor Responsável pela Instituição uma solicitação de autorização para realização de estudo nos Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo (APÊNDICE A), juntamente com uma cópia do parecer do CEPE da EERP-USP. A solicitação deveria retornar devidamente carimbada e assinada, para que a instituição pudesse compor a amostra deste estudo, sendo esta uma condição imprescindível à participação dos hospitais na pesquisa.

Na fase de finalização do estudo optamos pela substituição do título “Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo: Estratégias para o enfrentamento e prevenção de ocorrências éticas na assistência de enfermagem” por: “Estratégias utilizadas por enfermeiros responsáveis técnicos na prevenção e enfrentamento de ocorrências éticas de enfermagem em hospitais de ensino do Estado de São Paulo”.

A alteração será oportunamente comunicada ao SISNEP para regularização junto ao CONEP e CEPEs das instituições participantes.

3.6 Instrumento de coleta de dados

O instrumento orientador para a coleta de dados (APÊNDICE D) foi elaborado, levando-se em consideração os objetivos propostos e foi composto de três partes: a primeira referente a dados da instituição, como: localização, classificação, número de leitos e número de profissionais da equipe de enfermagem, por categoria; a segunda, aos dados do Responsável Técnico, tais como: tempo de formado, tempo de trabalho na instituição e como responsável técnico na mesma e a terceira parte, às questões relacionadas a aspectos éticos da assistência, tendo esta última, um total de quatro questões abertas sobre as estratégias preventivas e de enfrentamento, existência da Comissão de Ética de Enfermagem e seus aspectos dentro da instituição e por fim os registros estatísticos das intercorrências éticas: quem faz? como são feitos? e qual a finalidade dos mesmos?

3.7 Validação do instrumento

O instrumento de coleta de dados foi encaminhado aos Enfermeiros Responsáveis Técnicos de hospitais da cidade de São Paulo, não sujeitos do estudo, que aceitaram testar o instrumento. A finalidade desta conduta foi avaliar o conteúdo, a objetividade, clareza e compreensão do instrumento. Para Cassiani (1987, p.57), a validade aparente ou de face constitui-se numa forma subjetiva de validação, porém mantém a preocupação dos juízes em avaliar o instrumento quanto à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de interpretação. Quanto à validade de conteúdo, Wood e Haber (2001, p.188) referem que quando um investigador está desenvolvendo uma ferramenta e surgem questões de validade

de conteúdo, a preocupação é se a ferramenta de medição e as questões que ela contém são representativas do domínio do conteúdo que o pesquisador pretende medir. Desta forma, a colaboração dos juizes é de fundamental importância para que, ao final do estudo, possamos alcançar os objetivos propostos.

No nosso entendimento, o instrumento mostrou-se adequado aos objetivos da pesquisa, uma vez que retornou da avaliação pelos juizes com parecer favorável e sem sugestões para mudanças. A validade também pôde ser confirmada, levando-se em conta que, ao final da coleta dos dados, os instrumentos retornaram com as questões respondidas, de forma adequada e sem qualquer observação de não-entendimento por parte dos sujeitos.

3.8 Coleta de dados

A coleta dos dados, diferentemente do período previsto no cronograma inicial do projeto (entre os meses de julho e setembro de 2007), estendeu-se de meados de julho de 2007 ao final de março de 2008 quando, ainda com um hospital participante em fase de encaminhamento de documentos, tivemos de interromper o processo, agradecer a participação e dar por encerrada esta etapa para iniciar a tabulação dos dados e discussão dos resultados.

Portanto, neste momento se faz necessário expor as situações que justificam sobre os seis hospitais a que nos referimos no item 3.3.

Conforme o procedimento adotado no estudo, somente com o retorno da carta de autorização para a coleta de dados assinada pelo responsável da instituição, é que poderíamos dar início ao envio dos documentos aos RTs para a coleta de dados. No entanto, dos 31 Hospitais de Ensino componentes da amostra

inicial aos quais enviamos a carta, 15 responderam, sendo que apenas quatro no prazo de até dez dias, os demais, a resposta veio entre 11 e 30 dias após o envio. A resposta advinda desses 15 hospitais não significou, necessariamente, autorização concedida, ou seja, um dos hospitais manifestou que reconhecia a importância do estudo, mas não tinha interesse em participar, o que foi prontamente respeitado. Em outros três, foi necessário dar entrada no CEPE da instituição e, em cada um desses, estabeleceu-se um processo que monitoramos fase a fase, desde o envio da documentação exigida, recadastramento do projeto no SISNEP e envio de cópias do projeto na íntegra, dentre outros. Além da comunicação via correio, a fim de tentar agilizar a troca de informações, os contatos também aconteceram por e-mail e por telefone.

Enquanto isso, reencaminhamos a solicitação de autorização aos 16 hospitais que não haviam dado resposta anteriormente, agora através de correspondência com AR (Aviso de Recebimento), o que facilitaria a identificação de uma pessoa que pudesse nos informar sobre o trâmite dos documentos dentro da instituição.

Deste segundo envio obtivemos todos os retornos, porém nenhum até dez dias; seis entre 11 e 20 dias, três entre 20 e 31 dias e sete após 30 dias. Neste segundo grupo, como tínhamos o nome da pessoa que recebeu a correspondência, pudemos estabelecer contato e monitorar o andamento do processo de autorização bem como agilizar o envio de documentos para cumprir esta etapa. À semelhança do primeiro grupo, também aqui tivemos de dar entrada em mais seis Comitês de Ética em Pesquisa das respectivas instituições, sempre abrindo nova solicitação ao Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP).

Em cumprimento às exigências das instituições, independente da necessidade ou não de passar pelo CEPE local, foi encaminhado um total de 20 cópias do projeto impresso, na íntegra e para alguns hospitais, cópia por e-mail.

O andamento do processo de autorização, dentro de algumas instituições, superou qualquer expectativa de tempo que pudéssemos ter no cronograma inicial da pesquisa. Em três hospitais, o projeto passou pela avaliação e aprovação de uma Comissão Interna de Pesquisa, antes de seguir para o CEPE.

Dos 31 hospitais que iriam compor a amostra, seis foram excluídos do estudo: um por ter manifestado não ter interesse em participar, outro tinha como exigência que o pesquisador conhecesse algum enfermeiro do hospital para que este assumisse a responsabilidade pelo acompanhamento do projeto dentro da instituição, após algumas tentativas isso não foi possível por não obtermos por parte da pessoa que nos orientou (auxiliar administrativo da Comissão de Pesquisa) nenhuma referência que pudesse ajudar a direcionar a escolha, ficando um processo aleatório que poderia demorar e não trazer resultados.

Em dois outros casos, obtivemos a confirmação do recebimento da primeira correspondência. Refizemos o contato com as respectivas pessoas que referiram ter dado encaminhamento ao documento, porém, após mais duas tentativas, não obtivemos nenhuma resposta e optamos pela exclusão.

No último caso, o projeto tramitou em várias áreas da instituição e passou por várias pessoas que davam informações diferentes, que, provavelmente, não era necessário passar pelo CEPE; mas precisaria aguardar a próxima reunião para ser analisado. Quando finalmente foi dada a resposta de que era necessário ser submetido ao CEPE da instituição, esbarramos na questão do prazo, não havia mais tempo hábil para iniciar todo o trâmite necessário.

Dessa forma, a nossa amostra configurou-se por 25 Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo participantes do SAHE.

Para a coleta dos dados, os sujeitos foram contatados via correio e receberam: uma carta explicativa do estudo (APÊNDICE B) na qual constava o nome da pessoa que autorizou a pesquisa dentro da instituição, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C), o instrumento norteador da coleta de dados (APÊNDICE D) e um envelope selado para que pudessem devolver o TCLE devidamente carimbado, assinado e o instrumento respondido, no prazo máximo de dez dias, conforme a carta explicativa. Esgotado o primeiro prazo (dez dias), como em alguns casos não tivéssemos obtido retorno, aguardamos em torno de cinco dias e realizamos um segundo envio do mesmo material. Mesmo assim, nem todos os RTs deram retorno no tempo previsto. O não-cumprimento do prazo, nesta fase, deu-se em especial por coincidir com período de ausência do RT, por férias, licença ou participação em eventos externos. Obtivemos essas informações quando esgotado o segundo prazo, realizamos contato por e-mail e/ou telefônico para saber sobre o recebimento do material e a causa de não ter retornado. Em outras situações, a informação veio por iniciativa do pessoal de apoio às Gerências de Enfermagem (Secretária, Enfermeira de Educação Continuada, entre outros). Isso nos possibilitou entender o que estava acontecendo em cada instituição e monitorar o processo, administrando o tempo de forma que fosse possível o sujeito participar do estudo sem que extrapolássemos demais o prazo de que dispúnhamos.

Ao final de quase oito meses, demos por encerrada a etapa de coleta de dados e iniciamos a análise e discussão dos resultados.

De toda essa etapa, podemos dizer que, se por um lado foi trabalhosa, desgastante e cercada de incertezas pela demora do retorno e pela expectativa de resposta, por outro, nos permitiu contatos com pessoas de grande valor ético, atenciosas e comprometidas, que valorizam o trabalho de pesquisa e que se mostraram incansáveis na tarefa de colaborar.

3.9-Tratamento e análise dos dados

O início da etapa de tratamento dos dados se deu com o retorno dos documentos da coleta de dados perfeitamente preenchidos (APÊNDICE D) além de assinados, como o caso do TCLE (APÊNDICE C), pelo RT do respectivo hospital.

Conforme a ordem de chegada, os instrumentos foram sendo identificados no canto superior direito com as iniciais RT e um número, na seqüência entre um e 25. Desta forma não é possível relacionar a ordem seguida pelo SAHE com o número apresentado neste estudo.

A próxima etapa foi a digitação dos dados. Os dados quantitativos foram inicialmente digitados em planilha do Microsoft Excel e os qualitativos, em Microsoft Word. Ainda referente aos resultados quantitativos, estes foram tabulados, analisados através de estatística básica e discutidos conforme literatura pertinente ao assunto.

Quanto aos dados qualitativos, utilizamos a técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2007, p.37):

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Bardin (2007, p.89-96) refere que as diferentes fases da análise de conteúdo, tal como o inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno de três pólos cronológicos: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados obtidos, inferências e interpretação, sobre os quais passamos a discorrer com mais detalhes a seguir.

1) Pré-análise - definida como a fase em que se faz a organização dos dados propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.

O autor ainda coloca que, geralmente, esta primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Estes três fatores não se sucedem, obrigatoriamente, segundo uma ordem cronológica, embora se mantenham estreitamente ligados uns aos outros.

Uma proposta do autor é que se faça uma leitura “flutuante” dos dados. Essa leitura tem como objetivo um primeiro contato com os documentos que serão analisados e permite ao pesquisador obter algumas impressões que vão se tornando mais precisas à medida que a leitura avança, principalmente em função do surgimento de hipóteses emergentes, forma-se então o que o autor chama de *corpus* que é a reunião dos documentos que serão submetidos aos procedimentos analíticos.

No nosso caso, para a formação do *corpus*, usamos como referência a regra da homogeneidade por ser, dentre as sugeridas pelo autor, a que consideramos mais adequada aos objetivos aos quais nos propusemos.

Nesta regra, os documentos retidos devem ser homogêneos, quer dizer, devem obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar demasiada singularidade fora destes critérios de escolha. Ainda exemplifica dizendo que: as entrevistas de inquérito, efetuadas sobre um dado tema, devem referir-se todas a esse tema, ter sido obtidas por intermédio de técnicas idênticas e ser realizadas por indivíduos semelhantes.

2) Exploração do material - se as diferentes operações da pré-análise foram convenientemente concluídas, a fase de análise propriamente dita não é mais do que administração sistemática das decisões tomadas. Desta fase, utilizamos a codificação como forma de transformação dos dados brutos do texto em unidades de representação do conteúdo, que pode ser uma palavra, uma frase, um tema. No nosso caso, optamos por palavras-chave em relação ao tema abordado. Ao confrontarmos o conteúdo das respostas obtidas com os objetivos propostos no estudo, percebemos que o instrumento de coleta de dados não só cumpriu seu papel como facilitou, pela disposição das perguntas, esta fase de exploração do material.

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação - é nesta fase que os resultados brutos tornar-se-ão significativos enquanto estudo científico. O pesquisador deverá tratá-los de forma estatística, propor inferências, respaldá-los ou refutá-los baseado em outros pesquisadores, enfim validar os objetivos propostos no estudo.

Esperamos, ao final desta trajetória, termos atingido os objetivos propostos neste estudo e estarmos contribuindo, tanto para a prática da nossa profissão, quanto para despertar o interesse de outros enfermeiros pelo assunto, ampliando a literatura, ainda escassa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados discutidos a seguir obedeceram à mesma seqüência em que as questões se apresentaram no instrumento de coleta de dados (APÊNDICE D).

4.1-Apresentação e análise dos dados quantitativos

Denominamos de dados quantitativos os referentes a primeira e a segunda partes do instrumento que nos permitiram demonstrar os resultados relativos aos HEs e aos RTs do estudo. Optamos por apresentá-los sob a forma de tabelas, a fim de facilitar a visualização, compreensão e análise dos mesmos.

A tabela 1 refere-se à distribuição numérica e percentual dos Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo que participam do SAHE, segundo a cidade onde se localizam.

Tabela 1 - Distribuição dos Hospitais de Ensino relacionados no site da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e participantes do SAHE*, em maio de 2007, quanto à cidade onde se localizam

CIDADE	f	%
São Paulo	08	32,0
Campinas	06	24,0
Bauru	02	8,0
Catanduva	02	8,0
Bragança Paulista	01	4,0
Limeira	01	4,0
Presidente Prudente	01	4,0
Ribeirão Preto	01	4,0
Sorocaba	01	4,0
Sumaré	01	4,0
Taubaté	01	4,0
Total	25	100,0

*SAHE- Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino

Considerando os HEs participantes do estudo, podemos observar que a maior concentração destes se dá na cidade de São Paulo, o que coincide com o fato de

ser a cidade com maior número de Escolas Médicas, no Estado de São Paulo, segundo o site: <http://www.escolasmedicas.com.br/estado.php>., acesso em 26 de abril de 2008.

Registramos que a segunda cidade em número de HE apresentou uma situação peculiar, qual seja, das seis instituições participantes do estudo, três encontram-se classificadas na categoria de “hospitais”, segundo o site do SAHE, porém, conforme resposta dos respectivos RTs, através do instrumento de coleta de dados, tais instituições não possuem leitos de internação. A opção de manter as três instituições no estudo deveu-se, além de fazer parte do SAHE, também ao fato de encontrarmos na literatura uma definição para hospital não referenciada exclusivamente à existência de leitos, pelo menos não diretamente. Após considerações, o autor diz que [...] proporíamos a definição de hospital como sendo um estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação à clientela que o procure, e de não-internação, caso tenha unidade ambulatorial (COSTA NETO e AZEVEDO, 1986, p.36).

Além disso, as três instituições fazem parte de um complexo de unidades especializadas de ensino e pesquisa pertencentes a uma Universidade.

Duas cidades do interior do Estado de São Paulo, Catanduva e Bauru, têm, cada uma, dois HEs. Os demais hospitais participantes do estudo, num total de sete, também se localizam em cidades do interior paulista e possuem um HE cada uma.

Na tabela 2, os HEs aparecem distribuídos em número e percentual quanto à entidade mantenedora a que estão ligados.

Tabela 2 - Distribuição dos Hospitais de Ensino relacionados no site da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e participantes do SAHE*, em maio de 2007, quanto ao órgão mantenedor.

CLASSIFICAÇÃO	f	%
Estadual	14	56,0
Filantrópico	5	20,0
Privado	4	16,0
Federal	1	4,0
Municipal	1	4,0
Total	25	100,0

*SAHE- Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino

Visualiza-se que a maioria dos hospitais estudados é pública; destes, 14(56,0%) são estaduais; 1(4,0%) é federal e 1(4,0%), municipal.

Os demais resultados da tabela mostram que cinco hospitais são filantrópicos e quatro são privados. De acordo com Costa Neto e Azevedo (1986, p. 36 e 37), os hospitais filantrópicos também são privados, porém sem fins lucrativos, conforme definições a seguir:

Hospital público- Hospital “que integra o patrimônio da União, Estado, Distrito Federal e Município (pessoas jurídicas de direito público interno), autarquias, fundações instituídas pelo poder público, empresas públicas e sociedades de economias mistas (pessoas jurídicas de direito privado)”

Hospital privado, mantido parcial ou integralmente por doações e destina um percentual de sua lotação, seja com leitos ou consultas, para dar assistência gratuita a pacientes. Não remunera os membros de sua direção ou consultores e reverte os resultados financeiros à manutenção da instituição (Ministério da Saúde”, 1983 apud COSTA NETO; AZEVEDO, 1986, p.36 - 37).

Tabela 3 - Distribuição dos Hospitais de Ensino relacionados no site da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e participantes do SAHE*, em maio de 2007, quanto ao número de leitos

Nº DE LEITOS	f	%
Nenhum	3	12,0
1 a 49	-	-
51 a 149	3	12,0
150 a 499	14	56,0
Mais de 500	5	20,0
TOTAL	25	100,0

*SAHE- Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino

Costa Neto e Azevedo (1986) referem-se à Portaria n.447, de 29 de outubro de 1984 (Ministério da Educação e Cultura, 1984), que dispõe entre outros sobre a classificação dos hospitais quanto ao porte:

a) Hospitais de pequeno porte - Hospital com capacidade instalada para até 49 leitos.

b) Hospital de médio porte - Hospital com capacidade instalada para 50 até 149 leitos.

c) Hospital de grande porte - Hospital com capacidade instalada para 150 até 499 leitos.

d) Hospital de porte especial - Hospital com capacidade instalada acima de 500 leitos.

A tabela 3 permite visualizar que, embora o site do SAHE não faça nenhuma referência quanto aos HEs obedecerem à exigência de um número mínimo de leitos para pertencerem à categoria de HE, o maior percentual de hospitais do estudo se concentrou no *status* de grande porte (56%) e porte especial (20%), totalizando 76% dos hospitais estudados, 12% como de médio porte e 12% que, embora constem na categoria de hospital segundo o mesmo site em (20/05/07), não têm leitos, conforme resposta fornecida pelos respectivos RTs, através do instrumento de coleta de dados utilizado nesta pesquisa.

Tabela 4 - Distribuição dos Hospitais de Ensino relacionados no site da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e participantes do SAHE*, em maio de 2007, quanto ao número de profissionais de enfermagem nas categorias de enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

Número de Profissionais	Enfermeiros		Técnicos de Enfermagem		Auxiliares de Enfermagem	
	f	%	f	%	f	%
Nos HEs						
Nenhum	-	-	6	24	2	8
1 a 50	8	32	9	36	3	12
51 a 100	4	16	-	-	1	4
101 a 150	5	20	4	16	3	12
151 a 200	2	8	-	-	-	-
201 a 250	1	4	-	-	3	12
251 a 300	2	8	1	4	-	-
301 a 500	3	12	4	16	7	28
501 a 700	-	-	-	-	-	-
701 a 900	-	-	1	4	1	4
901 a 1100	-	-	-	-	2	8
1101 a 1300	-	-	-	-	2	8
1301 a 1500	-	-	-	-	1	4
TOTAL	25	100	25	100	25	100

*SAHE- Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino

A tabela 4 mostra o número de profissionais da equipe de enfermagem, distribuídos nos 25 hospitais participantes da pesquisa, segundo a categoria a que pertencem.

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências, traz no seu: Parágrafo único. A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação (COREN, 2007).

No entanto, neste estudo, as categorias consideradas foram: o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem.

O COREN-SP, através do seu portal, www.corensp.org.br disponibiliza dados estatísticos que incluem o número de profissionais de enfermagem no Estado de São Paulo, por categoria (QI-enfermeiro, QII-técnico de enfermagem e QIII-auxiliar de enfermagem), de acordo com a cidade em que residem. Desta forma foi

possível estabelecer um comparativo entre o número destes profissionais em todo o Estado de São Paulo e entre as 11 cidades onde estão localizados os 25 HEs que fizeram parte do nosso estudo.

Quadro 1. Demonstrativo do número de profissionais de enfermagem nos hospitais de ensino (HEs) do estudo, nas cidades onde se localizam os HEs e número total no Estado de São Paulo (SP)

Profissionais	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem	Auxiliares de Enfermagem	Total de profissionais
Nos 25 HE do estudo	3.349	3.342	10.851	17.442
Nas 11 cidades dos HE do estudo	26.928	25.816	82.591	135.335
Inscritos no COREN-SP em Dezembro-2005*	38.890	45.813	181.654	266.357
Inscritos no COREN-SP em Maio -2008*	50.931	66.406	182.745	30.082

*Fonte: http://corensp.org.br/072005/consulta/estatistica/pdf_estatistica.php?TIPO=sub Acesso em:02052008

Em relação ao quadro 1, podemos afirmar que dos 300.082 profissionais inscritos nas três categorias no COREN-SP em maio de 2008, 50.931(16,97%) são enfermeiros, 66.406(22,12%) são técnicos de enfermagem e 182.745(60,89%) são auxiliares de enfermagem.

Nas 11 cidades onde se localizam os 25 HEs, o total de profissionais é de 135.335, sendo 26.928(19,89%) enfermeiros; 25.816(19,07%) técnicos de enfermagem e 82.591(61,02%) auxiliares de enfermagem.

E por último, do total de 17.442 profissionais de enfermagem nos 25 HEs estudados, 3.349(19,20%) são enfermeiros; 3.242(18,58%), técnicos de enfermagem e 10.851(62,21%), auxiliares de enfermagem.

Os dados que acabamos de apresentar não permitem fazer um julgamento acerca da distribuição percentual dos profissionais nos HEs, uma vez que para isso seria necessário fazer um estudo acerca do grau de complexidade dos pacientes internados nestes hospitais, e, posteriormente, o dimensionamento de pessoal. De

qualquer modo, comparando os números gerais de maio de 2008 aos de dezembro de 2005, podemos afirmar que houve um crescimento da ordem de 30,96% no número de enfermeiros, 44,95% de técnicos de enfermagem e 0,60% no de auxiliares de enfermagem, no Estado de São Paulo, o que significa um aumento de profissionais nas categorias com capacidade técnica e competência legal para atuar na assistência de complexidade. Este pode ser um fator importante para a diminuição do número de eventos adversos na assistência.

Tabela 5 - Distribuição dos Enfermeiros Responsáveis Técnicos – RTs, dos Hospitais de Ensino relacionados no site da Secretaria do Estado de São Paulo e participantes do SAHE*, em maio de 2007, quanto ao tempo de formado, tempo de trabalho na instituição e tempo como RT nesta instituição

Tempo em anos	De formados		Na instituição		Como RT na instituição	
	f	%	f	%	f	%
Menos 1	-	-	-	-	8	32
1 a 5	1	4	6	24	12	48
6 a 10	3	12	8	32	4	16
11 a 15	3	12	1	4	1	4
16 a 20	6	24	1	4	-	-
21 ou mais	12	48	9	36	-	-
TOTAL	25	100	25	100	25	100

*SAHE- Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino

A Responsabilidade Técnica de um Serviço de Enfermagem é da competência legal do enfermeiro e encontra-se respaldada na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências:

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;

b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

Atualmente, os hospitais brasileiros, à semelhança do que acontece em todo o mundo, têm se mostrado com estruturas complexas do ponto de vista de gestão,

não só no que se refere à gerência de recursos financeiros e tecnológicos, mas especialmente, dos recursos humanos.

Estes últimos exigem do profissional enfermeiro conhecimentos na área de relacionamento interpessoal que incluem liderança, comunicação, capacidade de negociação e decisão, entre outras. Pensamos que além do conhecimento é necessário desenvolver habilidades que não estão, necessariamente, vinculadas a um tempo de pós- formação do enfermeiro, porém sabemos que as experiências vividas podem servir ao desenvolvimento de certas habilidades e estas podem auxiliar o RT no desempenho da gerência.

4.2-Apresentação e análise dos dados qualitativos

Esta parte do estudo se refere às questões relacionadas aos aspectos éticos da assistência, e o instrumento de coleta de dados contemplou três enfoques:

4.2.1- Estratégias utilizadas pelos Enfermeiros Responsáveis Técnicos (RT) na prevenção e enfrentamento de ocorrências éticas na assistência de enfermagem.

4.2.2-A existência ou não da Comissão de Ética de Enfermagem, os motivos que levaram à implantação e atividades desenvolvidas por ela.

4.2.3- Aspectos relativos aos registros e estatística das infrações éticas.

4.2.1 Estratégias utilizadas pelos RTs na prevenção e enfrentamento das ocorrências éticas na assistência de enfermagem.

Este item nos permitiu criar duas categorias e as respectivas unidades temáticas, segundo Bardin (2007), conforme figura 1.

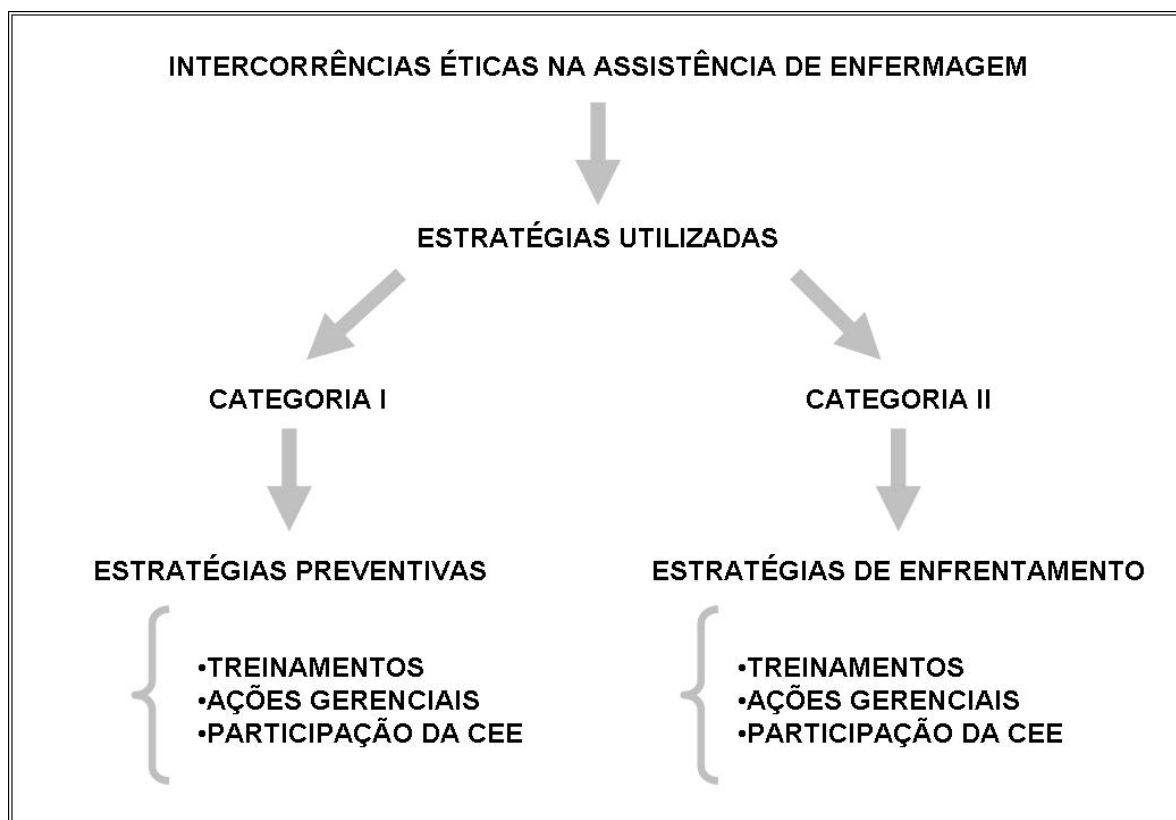


Figura 1: Estratégias utilizadas na prevenção e enfrentamento das ocorrências éticas na assistência de enfermagem - Categorias definidas segundo a Análise de Conteúdo de Bardin (2007)

As categorias, que passamos a descrever a seguir, referem-se às estratégias utilizadas pelos responsáveis técnicos na prevenção e enfrentamento das ocorrências éticas na assistência de enfermagem.

Categoria I- Estratégias preventivas

A primeira categoria identificada está relacionada às estratégias preventivas, porém percebemos através das falas dos RTs que nem sempre elas são utilizadas somente para prevenir uma primeira situação, mas especialmente as reincidências que podem advir, caso nenhuma providência seja tomada.

Essa forma de entendimento encontra respaldo em Rey (1999, p.624) que define prevenção para o contexto da saúde como sendo um conjunto de medidas que visam a promover a saúde, preservá-la ou restabelecê-la quando alterada, bem como minimizar os padecimentos ou seqüelas. As medidas preventivas permitem evitar o aparecimento, agravamento ou a propagação, no caso, de uma doença. No caso das intercorrências, acreditamos que a forma de agir seja bastante semelhante.

Unidade temática 1: Treinamento

Para a categoria I - Estratégias preventivas, as colocações acerca da unidade temática treinamento estão presentes na fala de 18 dos 25 RTs participantes do estudo, através da palavra treinamento ou outra terminologia equivalente, embora vários sujeitos da pesquisa não tenham se referido ao treinamento como a única temática para a estratégia preventiva. As respostas foram abrangentes e optamos por não fracioná-las apenas para que se adequassem a uma única unidade temática. Acreditamos que no dia-a-dia de um RT acontece mesmo deste modo, ou seja, a maior parte das situações, incluindo-se as ocorrências éticas que envolvem a assistência de enfermagem, necessita de uma combinação de estratégias, para que possam ser resolvidas da forma mais adequada.

Marquis e Huston (1999), ao se referirem às necessidades de desenvolvimento dos funcionários, descrevem os papéis de liderança que estão relacionados ao processo educativo. Estes papéis incluem: colocar em prática princípios de aprendizagem que auxiliem os funcionários na aquisição de novas habilidades; instruir espontaneamente os funcionários no que se refere a déficits de conhecimentos e habilidades; explorar de modo dinâmico as oportunidades de

ensino e, entre outros, avaliar constantemente as necessidades de aprendizagem da unidade.

As falas, a seguir, ilustram o que acabamos de colocar:

“1º Treinamento do Serviço; 2º Reeducação do profissional quando ocorrem reclamações de conduta técnica ou pessoal; 3º Palestras sobre bioética e temas ligados à área”. **(RT3)**

“Programas de treinamento e desenvolvimento; Avaliações periódicas de desempenho profissional; Supervisão contínua no sentido de desenvolvimento; Análise em equipe dos incidentes críticos”. **(RT5)**

“Uso de artifícios proativos na prevenção de infrações éticas e iatrogenias, através de levantamento de necessidades e possíveis causas relacionadas à área física, ao material, aos medicamentos e ao pessoal. Treinamento dos membros da equipe voltada para as características da unidade em que atuam”. **(RT9)**

“Para os servidores da enfermagem, fazendo parte de um treinamento planejado, temos, para aqueles que estão sendo admitidos, uma palestra sobre ética no trabalho. Temos também nos serviços de enfermagem, através da Educação Continuada e em áreas que solicitam para seus servidores”. **(RT11)**

“Orientações verbais e escritas através do regimento interno do serviço de enfermagem da instituição. Treinamento contínuo”. **(RT14)**

“Treinamento interno e externo promovidos pela Educação Permanente ou de órgãos externos (faculdades, secretária de saúde, etc.); Palestras sobre o assunto; Reuniões técnico-administrativas com a equipe”. **(RT21)**

“Nos treinamentos, os funcionários são orientados, principalmente quanto ao registro das informações”. **(RT25)**

Os termos treinamento, educação continuada e educação permanente, entre outros, têm sido usados, de um modo geral, para designar processo educativo. Este fato se mostra evidente também nas colocações a seguir:

“Educação permanente aplicada à equipe”. **(RT1)**

“O trabalho educativo é a nossa principal estratégia que se inicia no processo seletivo, na busca do perfil profissional que demonstre compromisso com a responsabilidade nas relações de trabalho. Todo profissional admitido passa por um programa de treinamento básico e específico nos quais são abordados temas com os princípios da

ética, bioética e o Código de Enfermagem. A atualização desses mesmos conceitos é contínua para os profissionais se desenvolverem e temos como fonte de diagnósticos, pontuais, os indicadores da assistência que norteiam o planejamento dos treinamentos”. **(RT10)**

“Trabalhamos com a educação em serviço, palestras, aulas ou orientações pontuais conforme a necessidade”. **(RT18)**

“Através do acompanhamento da assistência e da conduta da equipe, através de ações educativas e através de denúncias à comissão de ética”. **(RT19)**

“Observação e acompanhamento das atividades do técnico; Educação continuada; Reflexão sobre a prática”. **(RT20)**

“Treinamento interno e externo promovidos pela Educação Permanente ou de órgãos externos (faculdades, secretária de saúde, etc.); Palestras sobre o assunto; Reuniões técnico-administrativas com a equipe”. **(RT21)**

“Utilizo aprimoramentos, como estratégia, que são realizados tanto na integração de novos colaboradores quanto nas atividades em serviço. Acompanhamos através de Registros de Ocorrências e Avaliações de Desempenho”. **(RT23)**

Para Marquis e Huston (1999), o conceito de treinamento é menos abrangente que o de educação, podendo o primeiro ser definido como um método organizado de garantir que as pessoas adquiram conhecimento e habilidades necessárias para executar deveres inerentes a seu trabalho. Enquanto o treinamento possui um uso mais imediato, a educação possui um alcance maior e mais formal e é planejada para desenvolver o indivíduo num sentido mais amplo.

Ricas (1994), apud Ribeiro e Motta (2008), aponta que a educação continuada “englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais”.

A educação permanente em saúde (EPS) tem como objeto de transformação o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da

reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado (RIBEIRO E MOTTA, 2008).

Entendemos que o processo educativo, independente da terminologia utilizada para descrevê-lo, é uma estratégia fundamental para o desenvolvimento técnico-científico da enfermagem; deve ser continuado e permanente, para que possamos ter uma assistência de melhor qualidade e com menores índices de não-conformidade.

Unidade temática 2: Ações gerenciais

Nesta unidade temática, acreditamos que além dos papéis de liderança, descritos na unidade anterior, é importante salientar outros, de igual importância, como a capacidade de comunicação e de trabalhar em equipe, habilidade para resolução de conflitos e de utilização de indicadores de desempenho como forma de avaliação. A falta de qualquer destes fatores pode tornar mais difícil a obtenção de bons resultados.

“O principal instrumento é a comunicação, a equipe é orientada a ouvir os colaboradores, para realizar a prevenção é preciso saber onde estão os conflitos para poder evitá-los. Outra estratégia é a educação permanente com aperfeiçoamento das normas”. **(RT2)**

“Entrevistas de admissão do funcionário recém-contratado; Palestras e orientações para esclarecer junto aos gestores das unidades; Definição quanto aos enfermeiros para o foco na liderança”. **(RT4)**

“Programas de treinamento e desenvolvimento; Avaliações periódicas de desempenho profissional; Supervisão contínua no sentido de desenvolvimento; Análise em equipe dos incidentes críticos”. **(RT5)**

No aspecto de ouvir o colaborador, Ciampone e Melleiro (2005) defendem a idéia de que a análise de problemas constitui-se de uma série de processos, os

quais podem ser aprendidos e utilizados como instrumento de trabalho gerencial e que auxiliam a qualificar as decisões dos profissionais de saúde e gestores, de modo participativo, ouvindo todos os envolvidos em uma situação e escolhendo as melhores alternativas. Portanto, o planejamento do processo decisório é importante para o gerenciamento de conflitos e auxilia na resolução de problemas.

Também percebemos outras ações gerenciais presentes nas respostas dadas pelos RTs, como procurar manter o controle das situações através de reuniões com a equipe para discussão e orientação sobre os assuntos pertinentes às questões éticas, realizar levantamento de necessidades que possam auxiliar na resolução de problemas e a preocupação em manter um ambiente harmonioso, pautado na ética e no respeito.

“Reuniões; palestras; facilitação para participação em eventos externos; divulgação do código e da Comissão de Ética de Enfermagem; estímulo ao exercício do bom senso, do senso crítico, da ética, da moral e do respeito, lembrando que em primeiro lugar devemos nos respeitar para podermos respeitar os outros”. **(RT13)**

“Manter um clima de harmonia e comunicação eficaz para promover um relacionamento ético profissional garantindo o sigilo, respeito e a dignidade da equipe; Contatar a CEE quando a natureza da ocorrência e/ou do fato exigir esse tratamento; Informar o supervisor hierárquico sobre as ocorrências; Acompanhar o desenvolvimento das providências tomadas; Participar, quando convidado, das reuniões do CEE; Propor sugestões e acatar também”. **(RT16)**

A utilização do registro das ocorrências e da avaliação de desempenho dos colaboradores como estratégias preventivas também nos chamou a atenção, uma vez que ambas podem servir como indicador de qualidade da assistência, bem como apontar necessidade de treinamento, por exemplo. As falas a seguir reiteram o que acabamos de colocar.

“Orientação, conscientização, conhecimento do código de ética de enfermagem. Procurar citar exemplos de situações constrangedoras que outros hospitais vivenciaram”. **(RT7)**

“Reuniões mensais para apresentar as infrações, caso presentes”.
(RT8)

“Uso de artifícios proativos na prevenção de infrações éticas e iatrogenias, através de levantamento de necessidades e possíveis causas relacionadas à área física, ao material, aos medicamentos e ao pessoal. Treinamento dos membros da equipe voltada para as características da unidade em que atuam”. **(RT9)**

“Através do acompanhamento da assistência e da conduta da equipe, através de ações educativas e através de denúncias à comissão de ética”. **(RT19)**.

“Observação e acompanhamento das atividades do técnico; Educação continuada; Reflexão sobre a prática”. **(RT20)**

Na fala a seguir, temos a referência de um dos sujeitos ao uso do aprimoramento para novos colaboradores e também da avaliação de desempenho como estratégias preventivas.

“Utilizo aprimoramentos, como estratégia, que são realizados tanto na integração de novos colaboradores quanto nas atividades em serviço. Acompanhamos através de Registros de Ocorrências e Avaliações de Desempenho”. **(RT23)**

As organizações precisam de profissionais capacitados para o alcance de metas e objetivos. Para isso é necessário não só um processo seletivo adequado mas também um trabalho de acompanhamento contínuo destes funcionários, integrando-os ao contexto da instituição. A necessidade de desenvolvimento contínuo dos profissionais é reforçada pelos avanços tecnológicos e mudanças socioeconômicas (LEITE E PEREIRA, 1991, p 147).

Neste processo educativo, é a avaliação de desempenho que permitirá ao RT validar suas ações gerenciais. Acreditamos que a avaliação de desempenho cumpre seu objetivo, quando serve ao avaliador e ao avaliado. Ao primeiro, dando oportunidade de expressar seu parecer fundamentado em observação e

acompanhamento do trabalho do avaliado; para o avaliado, quando fornece estímulos e subsídios ao autodesenvolvimento e crescimento profissional.

Nas duas colocações a seguir, os RTs relatam o uso de uma ferramenta gerencial que acreditamos ser de grande valia na organização do serviço, a normatização de procedimentos que pode ser feita através de protocolos assistenciais e administrativos.

“Orientação dos colaboradores; implementação do Comitê de Ética em Enfermagem; palestras educativas sobre o novo código, sobre termos específicos a serem trabalhados na instituição; normatização dos procedimentos de enfermagem; Buscar melhoria nas condições de trabalho pela Enfermagem”. (RT15)

“Procurando ter protocolos assistenciais e administrativos que orientem as situações”. (RT17)

Acreditamos que a adoção de protocolos poderá facilitar o treinamento de novos funcionários, além de servir como instrumento para auditoria interna de procedimentos, o que colabora com a prevenção de situações indesejáveis.

Portanto, esta unidade temática, através de todas as falas aqui colocadas, reforça a importância das ações adotadas pelo gerente como estratégia preventiva de intercorrências na assistência de enfermagem.

Unidade temática 3: Participação da CEE

Na terceira e última unidade da Categoria Temática I – estratégias preventivas, as falas se caracterizam especialmente por referirem a parceria com a CEE, além de algumas outras comissões e serviços. Esta parceria se configura como estratégia preventiva, uma vez que as CEEs auxiliam na discussão, orientação

e tomada de conduta diante de infrações éticas além de atuarem no processo educativo da equipe de enfermagem.

“Implantação e efetivação da Comissão de Ética; Integração de uma Comissão Geral (CCIH, SAC e Comissão de Ética) que encaminha e realiza intervenções na tentativa de resolver o problema”. **(RT6)**

“A prevenção inicia na admissão do profissional, na integração com aula de 2 horas com um dos membros da CEE orientando com princípios básicos de ética, o que é e por que existe a CEE na instituição, quem são os membros, onde se situam para apoio. Mediante as infrações que ocorrem durante o ano define-se o tema que mais se aproxima para cursos e jornadas no ano”. **(RT12)**

“Através do acompanhamento da assistência e da conduta da equipe, através de ações educativas e através de denúncias à comissão de ética”. **(RT19)**

“Estruturação de capacitação da equipe de enfermagem junto aos membros da CEE para os turnos M / T / N. Reuniões com profissionais de enfermagem, com mediador da CEE, para discutir casos éticos e orientações de condutas. Divulgação de artigos para reflexão dos profissionais. Revisão dos Processos de Enfermagem, incluindo capacitação técnica, responsabilização, providências administrativas, atendimento humanizado (uso tecnologia leve)”. **(RT22)**

Massarollo e Fernandes (2005) lembram que nas instituições de saúde que têm Comissões de Ética, estas podem ser solicitadas para dar suporte à tomada de decisões que envolvem aspectos éticos.

Portanto, a Categoria I e suas respectivas unidades temáticas nos permitiram discorrer e analisar ações fundamentais do dia-a-dia de trabalho dos RTs. A unidade treinamentos mostrou que o processo educativo se faz com atitudes preventivas, de uma forma dinâmica e contínua e que seu propósito é o de atender à necessidade crescente de qualidade na área da saúde. As ações gerenciais nos mostraram a dimensão do papel exercido por um RT em hospitais de ensino que vai desde a orientação da equipe até a tomada de decisões em situações mais complexas relacionadas à assistência e às CEEs, como estruturas de suporte às decisões.

Categoria II - Estratégias de enfrentamento

A segunda categoria identificada está relacionada às estratégias de enfrentamento e também está constituída de três unidades temáticas.

Unidade temática 1: Treinamento

Temos observado, em nossa realidade, que o custo que envolve o enfrentamento de uma intercorrência relacionada à assistência ao paciente tende a ser maior do que o gasto na prevenção da mesma. Não estamos falando apenas de custo financeiro, uma vez que os danos causados por não-conformidades na assistência não se restringem somente ao aspecto financeiro. Numa perspectiva mais ampla, é preciso considerar prejuízos de outras ordens como os biopsicossociais, atentando para o fato de que, muitas vezes, estes prejuízos são imensuráveis. Desta forma o investimento em prevenção seria, provavelmente, a melhor alternativa, e a educação continuada através de treinamento da equipe é uma ferramenta valiosa neste processo.

Diante do exposto, era de se esperar que também como medida de enfrentamento, o treinamento aparecesse com um número maior de citações nesta unidade temática, porém esta não foi a nossa constatação. Como podemos observar a seguir, o enfoque treinamento / educação continuada aparece na fala de apenas dois RTs e não necessariamente como primeira alternativa.

“É notificada a CEE, através de impresso próprio e esta apura a infração e o profissional é convocado para ser ouvido e orientado sobre o ato cometido. Quando a infração é mais grave ou necessitar de acompanhamento, é feito o trabalho coletivo com a Educação Continuada, CEE e a chefia imediata”. **(RT12)**

“Avaliação da infração; verificar se houve treinamento; o que viabilizou a infração; punição administrativa”. **(RT24)**

Acreditamos que toda situação que caracterize uma infração não deva passar despercebida e sim considerada para fins de aprendizado e prevenção de outros eventos adversos.

Unidade temática 2: Ações gerenciais

Nesta unidade temática, percebemos que algumas falas denotam ações mais incisivas e pressupõem ações imediatas, quando alguma intercorrência/infração ocorre, como podemos ver a seguir.

“Em algumas situações é preciso priorizar a adoção de medidas corretivas iniciar ações de educação e monitoramento”. **(RT2)**

“Advertência por escrito, orientação, faço trabalho de conscientização de todo o grupo, para que essa infração não ocorra mais, dependendo do grau de infração, serão discutidas na Comissão de Ética, para que ocorra uma punição justa”. **(RT7)**

“Primeiramente certificar da ocorrência e dos envolvidos; Comunicar a chefia mediata dos envolvidos e a CEE; Em caso de paciente envolvido, primeiramente avaliar prontuário desse em relação aos registros de enfermagem já anotados”. **(RT16)**

“Compõe uma comissão para verificar a situação com prazo e pedido de relatório. Depois faço os encaminhamentos necessários”. **(RT17)**

Outros RTs relatam um processo mais elaborado que prevê uma seqüência de ações próprias de uma tomada de decisão.

“1º O profissional é convocado a comparecer à Diretoria de Enfermagem; 2º É ouvido e analisamos a sua resposta; 3º Dependendo do nível da gravidade, ocorre advertência verbal, e o caso pode ser encaminhado ao conselho; 4º O profissional pode apenas ser convocado a preparar um trabalho científico sobre o tema e apresentar sob forma de aula aos demais membros da equipe”. **(RT3)**

Ainda há casos, em que, devido à gravidade da ocorrência, além da seqüência de ações a que nos referimos anteriormente, é necessário o envolvimento da CEE e mesmo do COREN como órgão com autonomia para atuar sobre a fiscalização do exercício profissional, ficando a tomada de medidas administrativas a cargo da instituição.

“Inicialmente levantam-se os dados sobre o fato ocorrido, faz-se reunião com a equipe para discutir e analisar o fato ocorrido. Comunica-se a Gerência da Instituição e encaminha-se à Comissão de Ética em Enfermagem”. **(RT5)**

“Levantamento, através de averiguação das causas que levaram à infração ética, adotando a partir de então medidas que possam prevenir, evitar ou até minimizar ocorrência semelhante. Outra estratégia é a de orientação daquele membro da equipe que cometeu a infração. Em caso de infração grave ou recorrente, a Comissão de Ética de Enfermagem participa tendo papel importante na apuração e medidas cabíveis junto ao COREN”. **(RT9)**

“É realizado o registro da infração pelo enfermeiro responsável no plantão em impresso próprio da enfermagem, é feita análise dos fatos e de suas conseqüências com os superiores e a Comissão Ética de Enfermagem. Realiza-se entrevista com o funcionário e de acordo com a natureza e circunstância da infração o mesmo é reorientado, é solicitado para que ele faça uma carta de próprio punho explicando o ocorrido e as atitudes que ele pretende adotar, para que o fato não mais ocorra. Isso será analisado e associado ao prontuário do funcionário. Em caso de infrações reincidentes, independentes da natureza, é aberto processo de sindicância interna. Infração gravíssima notifica-se o COREN para registro e orientação”. **(RT10)**

Num dos casos, não nos pareceu que exista uma forma definida de conduzir as ocorrências. A conduta ou decisão pelo encaminhamento da situação fica a cargo de cada responsável de área.

“Como o modelo de gestão é horizontal fica a cargo do coordenador da área de produção avaliar a ocorrência, conversar com o profissional e se julgar necessário encaminhar à CEE”. **(RT18)**

Outra estratégia, citada pelos RTs, diz respeito à reflexão e orientação do envolvido no caso, atentando para o aspecto da reincidência, o que merece especial atenção.

“A identificação do fato, reflexão do acontecimento com os envolvidos”. **(RT20)**

“Elaboração de relatório sobre a ocorrência, orientação individual junto com a supervisão da área e a aplicação de medidas administrativas”. **(RT21)**

“Primeiramente orientação, após análise do caso, e, dependendo da gravidade, são aplicadas sanções administrativas e também é analisado se o funcionário é reincidente no caso”. **(RT25)**

No relato a seguir, é importante notar que existe uma seqüência que prevê tanto o registro e encaminhamento da ocorrência aos profissionais ou órgãos responsáveis quanto das medidas adotadas e, por último, a tomada de ciência do profissional envolvido na ocorrência acerca destas medidas.

“A equipe é orientada para registrar as ocorrências através de relatório e encaminhar à chefia imediata / RT e ou CEE. O RT analisa os fatos, se administrativo, encaminha para medidas junto aos Recursos Humanos e CEE para apuração dos fatos e condutas / orientações para o caso. Medidas Administrativas são decididas em parceria (RT e psicólogo dos Recursos Humanos). Medidas éticas, feitas pela CEE, e relatório para RT tomar ciência e, se necessário, encaminhá-lo junto às chefias. Obs.: É solicitado ao denunciado tomar ciência da denúncia e dar seu parecer antes dos encaminhamentos (administrativo e/ou ético)”. **(RT22)**.

A próxima fala nos chamou a atenção por se referir a uma importante ferramenta que, apesar de bastante divulgada e mesmo utilizada na maioria dos hospitais, ainda é cercada de muita subjetividade e dúvidas na hora da sua aplicação, estamos falando da avaliação de desempenho.

“Verificação do fato enquanto processo de trabalho de enfermagem, avaliando condições de todos os envolvidos; Encaminhamento ao Comitê de Ética; Acompanhamento pela avaliação de desempenho; Orientação dos envolvidos sobre o fato”**(RT15)**.

Para Böhmerwald (1996, p.33), a avaliação do desempenho é um meio formal e padronizado de verificar a *performance* das pessoas, sua atuação para o alcance de metas, tanto próprias quanto do seu setor ou da empresa como um todo. O mesmo autor ainda argumenta que medir *performance* só para conhecê-la e registrá-la formalmente, sem aplicar seus resultados em outros sistemas de RH, não tem sentido.

Nesse aspecto, sabemos que a avaliação de desempenho não deve ter um fim em si mesma e que dentre seus objetivos está o de alimentar com informações e subsídios para o planejamento de educação continuada.

A forma de proceder foi semelhante em três instituições com situações diferentes. Numa instituição que não possui CEE, a conduta do RT se faz, então, sem esta referência.

“Desde que seja caracterizada como infração ética, o fato é descrito pela chefia, o servidor toma ciência e é feito o encaminhamento devido referente à resolução do problema”. **(RT11)**

Outra instituição tem CEE constituída, porém não é referida como estratégia de enfrentamento pelo RT.

“Manter a calma e saber ouvir. Ouvir as partes envolvidas. Ponderar e avaliar à luz do Código de Ética em Enfermagem. Tomar medidas corretivas. Começar tudo de novo: orientar, planejar, acompanhar e avaliar sistematicamente”. **(RT13)**

E, no último caso, através do instrumento de coleta de dados, constatamos que a instituição teve sua CEE constituída há menos de seis meses do período em que ocorreu a coleta dos dados, e o RT referiu que a Comissão está em fase de organização das atividades, podendo ser esta a justificativa para o fato de a CEE não ser citada como estratégia de enfrentamento, destacando-se apenas as ações

gerenciais. Nesta fala, especificamente, também podemos verificar a diferença entre a competência legal do RT e da CEE, ou seja, esta última não tem finalidade punitiva nem competência legal para tal.

“Primeiramente faço uma avaliação minuciosa sobre o ocorrido, ouço as partes envolvidas e tomo as providências cabíveis, advertência verbal, escrita, ou suspensão”. **(RT14)**

Lidar com situações que envolvem infrações éticas na assistência exige, do RT, habilidades e conhecimentos que vão além do técnico ou científico, exige, acima de tudo, capacidade de análise e decisão ética, para que o erro não se torne comum e aceitável, mas também não seja uma mera justificativa para punir.

Unidade temática 3: A participação da CEE

Esta unidade temática se caracterizou pelo fato de a participação da CEE ser uma das primeiras, senão a primeira, escolhas dos RTs para o encaminhamento das ocorrências éticas. Nas unidades anteriores, esta participação acontecia após uma seqüência de ações gerenciais como uma forma de respaldar estas ações.

“É levado o fato através de memorando para a Comissão de Ética, após tomadas medidas cabíveis ao caso”. **(RT1)**

“Encaminhamento para a Comissão de Ética local; se envolver medidas administrativas, elas são tomadas ao mesmo tempo em que as medidas éticas”. **(RT6)**

“Temos uma Comissão de Ética em Enfermagem, os membros envolvidos serão chamados para esclarecer os fatos ocorridos, e os membros apurarem os fatos, encaminhando para o COREN, caso necessário. Encaminhamento da ocorrência para CEE para providências junto ao COREN”. **(RT8)**

“É notificada a CEE, através de impresso próprio e esta apura a infração e o profissional é convocado para ser ouvido e orientado sobre o ato cometido. Quando a infração é mais grave ou necessitar de acompanhamento, é feito o trabalho coletivo com a Educação Continuada, CEE e a chefia imediata”. **(RT12)**

“De acordo com a orientação, os casos são encaminhados à Comissão de Ética e aguardamos o parecer da comissão”. **(RT19)**

“Análise da situação junto ao Comitê de Ética, registro formal junto ao prontuário do colaborador, julgamento e caracterização da infração”. **(RT23)**

Na fala a seguir, além das ações gerenciais e encaminhamento à CEE, aparece também o envolvimento do serviço de Recursos Humanos e departamento jurídico, quando a gravidade do fato requer uma decisão mais drástica como a demissão por justa causa.

“1-Apurar os fatos junto aos envolvidos; 2-Processo administrativo dependendo da gravidade da infração; 3-Formalização da Gerência e Comissão de Ética sobre os fatos ocorridos; 4-Envolvimento do RH no levantamento dos problemas, após formalização junto à Comissão de Ética e posterior encaminhamento ao COREN – subsede para apurar os fatos e condutas a serem tomadas; 5-Avaliação dos fatos e responsabilidade apurada, o funcionário é demitido por justa causa conforme avaliação junto ao jurídico”. **(RT4)**

Um aspecto que pode auxiliar o RT no desempenho das suas atividades é a sua capacidade de trabalhar em parceria com órgãos ou outros serviços que possam contribuir para o adequado encaminhamento de situações mais complexas.

Nas falas anteriores, pudemos verificar que os fatos são analisados sob diferentes aspectos, como, por exemplo, o jurídico que colabora para uma análise mais apurada do ponto de vista legal dos fatos.

Portanto, quer seja com finalidade preventiva, quer seja de enfrentamento, o RT tem como desafio desenvolver as várias habilidades que já mencionamos e, diante das ocorrências que podem se apresentar na sua rotina de trabalho, escolher as estratégias mais adequadas para resolver cada caso.

4.2.2 - A existência ou não da Comissão de Ética de Enfermagem, os motivos que levaram à implantação e atividades desenvolvidas por esta Comissão

Os resultados referentes ao segundo enfoque serão apresentados da seguinte forma:

- A existência ou não da CEE na instituição
- Os motivos que levaram à implantação da CEE
- As atividades desenvolvidas pela CEE

A existência ou não da CEE na instituição

Dos 25 hospitais participantes do estudo, três não tinham CEE constituída por ocasião da coleta de dados. Uma das justificativas para a não-implantação está retratada na fala a seguir, sendo que um dos RTs não respondeu.

“Ainda, a Divisão de Enfermagem tem uma estrutura de encaminhamentos para as infrações éticas, sendo a mesma avaliada pela chefia do serviço e pela Diretora da Divisão de Enfermagem e posteriormente encaminhada, para a Assessoria Jurídica ou para os Recursos Humanos, para conhecimento das providências”. (RT11)

Os resultados da tabela 6 mostram que, em três (13,66%) dos HEs estudados, as CEEs existem há menos de um ano; em cinco (22,72%), o tempo de existência está entre 1 e 5 anos; em sete (31,81%) dos hospitais, a CEE tem entre 6 e 10 anos e apenas seis (27,27%) das instituições participantes do estudo já possuem CEE constituída há mais de 11 anos, e um dos hospitais não respondeu a esta pergunta.

Tabela 6 - Distribuição dos Hospitais de Ensino relacionados no site da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e participantes do SAHE*, em maio de 2007, quanto ao tempo de existência da CEE

Tempo de existência	f	%
Menos de 1 ano	3	13,66
1 a 5 anos	5	22,72
6 a 10 anos	7	31,81
11 ou mais	6	27,27
Não especificou	1	4,54
Total	22	100

*SAHE- Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino

Os motivos que levaram à implantação da CEE

Na figura 2, os resultados mostram os motivos que levaram a instituição a constituir a CEE e, para isso, utilizaremos categorias e unidades temáticas definidas segundo Bardin (2007), para a apresentação e discussão destes resultados.

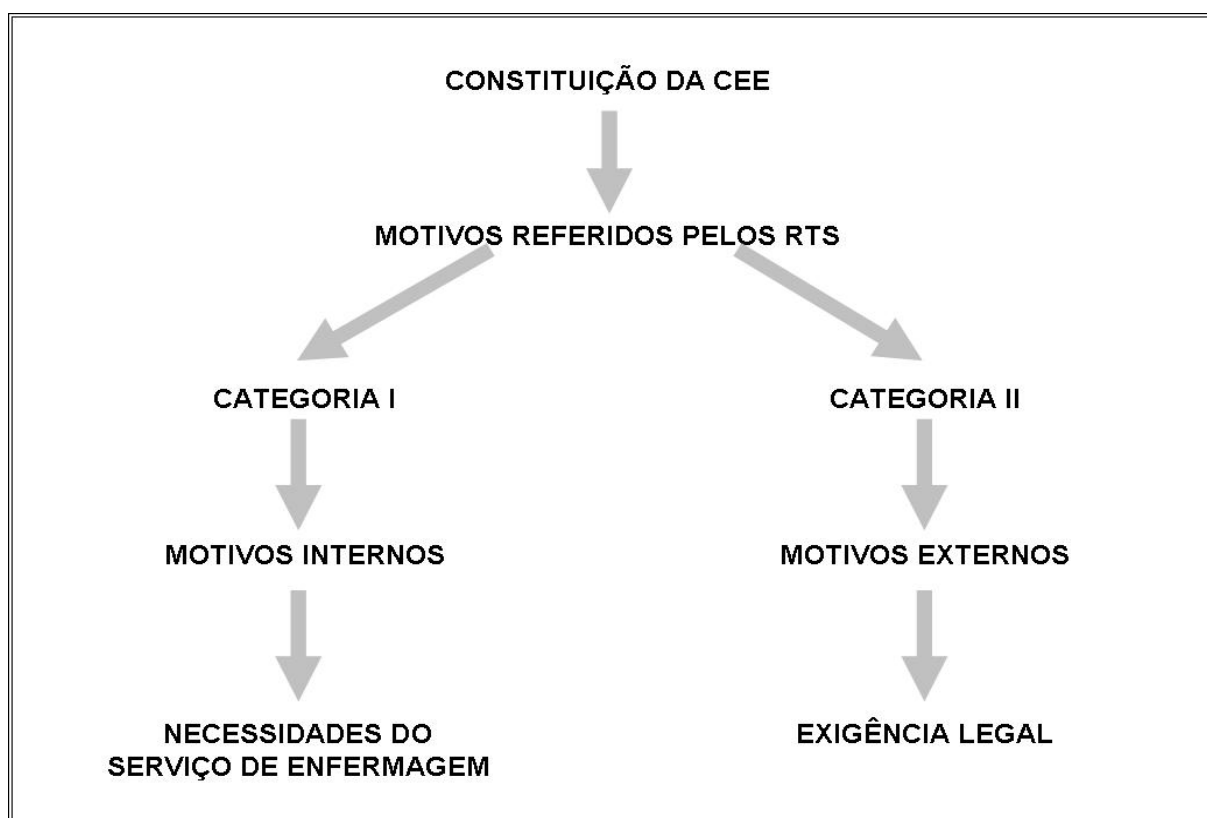


Figura 2: Motivos que levaram à constituição da CEE- Categorias definidas segundo a Análise de Conteúdo de Bardin (2007)

Categoria I - Motivos Internos

Definimos motivos internos como aqueles resultantes da necessidade do próprio Serviço de Enfermagem - SE, apontados pelos membros da equipe de enfermagem, como por exemplo: analisar intercorrências, discutir e resolver questões éticas e atender a demandas de caráter educativo.

Unidade temática 1: Necessidade do SE

As falas que apresentamos abaixo retratam, dentro da categoria I - motivos internos, aquelas que se referiram à unidade temática 1- necessidade do SE, como primeira referência, ou seja, a justificativa da implantação da CEE para atender às necessidades do SE aparece em primeiro lugar,

“Devido à necessidade do serviço”. **(RT1)**

“Para garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da instituição através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria; Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da instituição”. **(RT2)**

“Por necessidade do serviço e por exigência legal” **(RT5)**.

“Por ser uma necessidade. Discutir e resolver questões éticas do serviço de enfermagem”. **(RT7)**

“Para apurar os fatos ocorridos e ser avaliado por uma comissão, caso necessário encaminhar ao COREN”. **(RT8)**

“A CEE foi reativada para preventivamente trabalhar dimensão ética de atuação profissional; para averiguar situações possíveis de infração ética; facilitar interface de controle junto ao conselho; realizar treinamentos necessários”. **(RT15)**

“Porque a Divisão de Enfermagem entendeu a importância de uma Comissão de Ética para a Enfermagem”. **(RT19)**

“Unificar as condutas a serem tomadas no SE”. **(RT24)**

“Para atender às demandas das necessidades apontadas pelos funcionários e chefias e tem caráter educativo prioritariamente”.
(RT25)

Nesta unidade temática foi possível constatar que os motivos que levaram a instituição a implantar a CEE se referiram ao SE, sendo que a fala do RT25 diz respeito ao caráter educativo. Nas demais, é dada ênfase à necessidade de se garantirem aspectos éticos relacionados à conduta profissional.

Categoria II - Motivos Externos

Por motivos externos entendemos aqueles advindos de órgãos não pertencentes à instituição, neste caso, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e o COREN, que a lei no. 5.905, de julho de 1975, define como órgãos disciplinadores e fiscalizadores do exercício profissional.

Unidade temática 1: Exigência Legal

O motivo para implantação da CEE seguiu como prioridade o cumprimento da legislação do COREN. Por isso, consideramos as falas que relataram este fato e, quando houve outro argumento, apareceram na seqüência da mesma resposta.

“1-Atender à legislação e obrigatoriedade do COREN; 2- (julgar) Levantar os processos éticos; 3-Educação em serviço para cumprimento do processo ético – Código de Ética”. **(RT4)**

“Em cumprimento à legislação; Como braço de apoio à Diretoria de Enfermagem CHS”. **(RT6)**

“Por determinação do COREN”. **(RT9)**

“Para cumprimento legal do COREN e atingir funções educativas fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem”. **(RT10)**

“Primeiramente pela RESOLUÇÃO COREN 172/1994 que normatiza a criação da CEE nas Instituições de Saúde e pela necessidade de estar se fazendo o processo educativo continuado com os profissionais, acompanhando as inovações e transformações que ocorrem, como tecnológico, comportamento, atitude, etc.”. **(RT12)**

“Em consonância com o que determina o Conselho Regional de Enfermagem e o regimento das Comissões de Ética em Enfermagem”. **(RT13)**

“Por exigência do Conselho Regional de Enfermagem. Pela importância em desenvolver um trabalho na instituição”. **(RT14)**

“Para efetuar a legalidade dessa comissão a partir de normativas legais do COREN-SP”. **(RT16)**

“Por determinação do COREN e necessidade da instituição”. **(RT17)**

“Legislação vigente, COFEN preconiza e também auxilia nas questões pertinentes à educação em enfermagem”. **(RT18)**

“Exigência legal e orientação do COREN”. **(RT21)**

“Foi constituída baseada na lei do exercício profissional, LEI 7498/86, na aplicação do código de ética dos profissionais de enfermagem, RESOLUÇÃO 160/93, e nos documentos de sugestões adquiridos dos três seminários estaduais realizados – 1994/95, onde se discutiu a importância das Comissões de Ética em Enfermagem, garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem: zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem nas instituições, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo o código de ética; notificar ao COREN-SP as irregularidades, reivindicações, sugestões e infrações éticas”. **(RT22)**

“Por exigência legal e pela constatação da necessidade de sua atuação para o serviço”. **(RT23)**

Como pudemos constatar, na maioria das instituições, a implantação da CEE não se deu por uma necessidade exclusiva do SE e sim por exigência legal ou pela combinação destes dois fatores.

Ducati e Boemer (2001), em estudo que também considerou os motivos apresentados por instituições da cidade de Ribeirão Preto para a implantação de CEE, apontam que 66,7% referiram que tinham feito por exigência do COREN e 33,3% como auxílio aos profissionais de enfermagem.

Por outro lado, Mendes e Caldas (1999) se referem ao caso de uma instituição em que a CEE foi criada em 1988, cinco anos antes de se tornar obrigatória, por iniciativa dos enfermeiros que nela trabalhavam.

As atividades desenvolvidas pela CEE

Outro aspecto estudado se referiu às atividades desenvolvidas pela CEE na instituição e, para a apresentação dos resultados, estabelecemos duas categorias com as respectivas unidades temáticas, conforme figura 3. No entanto, as unidades temáticas não serão discutidas individualmente uma vez que, tanto na categoria I - Ações fiscalizadoras, quanto na categoria II - Ações orientadoras e educativas, observamos que, em alguns casos, o mesmo RT apresenta mais de uma unidade temática na sua fala.



Figura 3: Atividades desenvolvidas pelas CEEs – Segundo categorias definidas pela Análise de Conteúdo de Bardin (2007)

As categorias estabelecidas e descritas a seguir reportam-se às finalidades das CEEs.

Categoria I - Ação fiscalizadora do exercício ético-profissional

A fiscalização do exercício profissional nem sempre é uma atividade fácil, uma vez que requer ações que podem parecer constrangedoras tanto para denunciante quanto denunciado, no caso de ocorrências éticas, como, por exemplo, receber denúncias, conduzir sindicâncias e emitir pareceres e relatórios. Essas ações estão relatadas a seguir.

“Presidir, ordenar e dirigir as reuniões da comissão; Planejar e controlar as atividades programadas; Elaborar parecer final para o COREN-SP em casos que sejam constatadas infrações éticas”. **(RT2)**

“Recebe denúncias, ouve os envolvidos, elabora os relatórios pertinentes, dá os encaminhamentos devidos (argumento de encaminhamento para a Câmara Técnica)”. **(RT6)**

“A partir de solicitações, participa do treinamento dos membros da equipe. Detecta e investiga procedimentos não éticos ou iatrogênicos”. **(RT9)**

“Divulgação do código de ética de enfermagem. Colaborar na fiscalização do exato cumprimento do código e da lei do exercício profissional de enfermagem na instituição; realizar sindicâncias internas sempre que necessário; elaborar o relatório de sindicância com o parecer da Comissão de Ética de Enfermagem ao COREN-SP e Diretoria Institucional entre outros”. **(RT10)**

“Educativa; Auditar internamente o serviço de enfermagem nas questões éticas”. **(RT18)**

“*Reunião ordinária mensal* – avaliação das denúncias com abertura ou não de sindicâncias; resposta a consultas da comunidade; elaboração e aprovação de pareceres; orientações aos profissionais de enfermagem; discutir assuntos éticos e situações adversas denunciadas pela enfermagem. -*Reuniões extraordinárias* – apuração de sindicâncias (todos os profissionais de enfermagem são ouvidos, inclusive testemunhas). -Participa do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da “Instituição...”. -Oferece palestras educativas interna e externamente à Instituição (seminários, conferências). Participa da formação de outras CEEs da cidade e região. -Participa do

Programa de treinamento aos funcionários recém- admitidos, apresentando a finalidade e funcionalidade da CEE”. **(RT22)**

“Anualmente realizamos um evento interno para tratarmos questões éticas. Atua na verificação e apuração das ocorrências éticas”. **(RT23)**

“Avaliação do caso, ouvir todas as partes, orientação”. **(RT24)**

“Educativa; Analisa os casos se requer abertura de sindicância; É realizado relatório e encaminhado ao COREN para análise e devidos encaminhamentos e, se não existir abertura, é arquivado e são orientados funcionário e chefia”. **(RT25)**

Categoria II - Ação orientadora e educativa

As unidades temáticas desta categoria encontram-se representadas nas falas dos RTs e denotam o caráter educativo inserido no papel das CEEs. As ações apresentadas nas falas dos RTs representam.

“Desenvolve atividades educativas, averiguação de fatos ocorridos”. **(RT1)**

“1º Cursos e palestras sobre bioética; 2º Julgamento de casos encaminhados pela Diretoria de Enfermagem; 3º Aconselhamentos”. **(RT3)**

“Orientação junto à Educação Continuada. Troca de experiências trabalhando junto à equipe, erros evitáveis”. **(RT4)**

“Programa de treinamento e desenvolvimento (conscientização e prevenção); Realização de eventos em relação ao desempenho ético; Averiguação e sindicância das ocorrências éticas; Criar condições de valorização profissional, promovendo aperfeiçoamento técnico-científico e ético-político, visando à qualidade da assistência”. **(RT5)**

“Reuniões mensais; Trabalhos preventivos de conscientização do código de ética profissional”. **(RT7)**

“Reuniões bimestrais; Reuniões conforme ocorrência dos fatos”. **(RT8)**

“Participa das atividades educativas como cursos técnicos de anotações de enfermagem, SAE, PCR, atendimento de urgência e emergência, etc. Realiza anualmente a jornada de ética. Participa como palestrante em suas escalas de formação acadêmica. Acompanha as visitas do COREN”. **(RT12)**

“Educativas acima de tudo. Condução de sindicâncias para apurar fatos e ocorrências envolvendo a equipe de enfermagem para a tomada de medidas corretivas e educativas”. **(RT13)**

“Educativo, preventivo, orientação; Apuração de denúncias e encaminhamento ao conselho; Interface com o Conselho Regional de Enfermagem”. **(RT15)**

“Reuniões periódicas de acordo com cronograma predeterminado; Reuniões extraordinárias quando necessárias; Promoção de eventos, estimula e incentiva temas da atualidade para a equipe de enfermagem; Manutenção de um trabalho em parceria com a Diretoria Técnica do Serviço de Enfermagem colaborando com orientações, em aconselhamento e vigilância de uma harmonia ética e legal; Colaboração e intermediação entre o COREN e a instituição”. **(RT16)**

“Educativa; Auditar internamente o serviço de enfermagem nas questões éticas”. **(RT18)**

“Educativas, como orientação quando necessária. Apuração dos fatos em casos de denúncias e aplicação de penalidades após orientação do Conselho de Enfermagem”. **(RT19)**

“Desenvolvia atividades educativas de orientação aos aspectos éticos ligados à profissão. Análise de intercorrências e encaminhamento ao COREN. Divulgação e fiscalização do cumprimento do Código de Ética. Passamos por um período com um número menor que 10 enfermeiros para continuarmos com CEE, mas o quadro retornou ao número de 11 enfermeiros e estamos organizando um novo período eleitoral”. **(RT21)**

Constatamos que as atividades desenvolvidas pelas CEEs, relatadas pelos RTs, e que respaldaram a criação das duas categorias e respectivas unidades temáticas, encontram-se descritas no Regimento do COREN-SP que orienta a criação, formação e funcionamento das CEEs, tanto no seu Capítulo II, Art. 3º. que trata das finalidades, quanto no Capítulo IV, Art. 9º. que se refere às competências.

4.2.3- Aspectos relativos aos registros e estatística das infrações éticas

Os resultados referentes ao último enfoque versaram sobre a existência de registros e estatística relacionados às ocorrências éticas, quem realiza estes registros, como são feitos e qual a finalidade dos mesmos.

Existência ou não do registro das ocorrências

No que se refere à existência de registros relativos às infrações éticas que envolvem a equipe de enfermagem, 21, dos 25 RTs participantes do estudo, responderam que ele é feito.

Quem realiza o registro das ocorrências

Dos 21 RTs participantes da pesquisa, nove referiram que o registro das ocorrências éticas é realizado pela secretária da CEE ou por outro membro igualmente capacitado. As respostas abaixo corroboram nossa afirmação.

“A própria comissão”. **(RT6)**

“Secretária, membro da comissão”. **(RT7)**

“Membros da Comissão de Ética em Enfermagem”. **(RT8)**

“A Comissão de Ética em Enfermagem”. **(RT12)**

“A Comissão de Ética de Enfermagem”. **(RT13)**

“A CEE”. **(RT15)**

“Comissão de Ética”. **(RT19)**

“Secretária ou outro membro da CEE – todos são capacitados”. **(RT22)**

“A CEE”. **(RT25)**

Em quatro outras situações, a Diretoria de Enfermagem e a CEE realizam o registro da ocorrência.

“A Comissão de Ética de Enfermagem, mais Diretoria de Enfermagem”. **(RT9)**

“A CEE e a Diretoria Técnica do Serviço de Enfermagem”. **(RT16)**

“CEE, posteriormente encaminha à diretoria”. (RT18)

“CEE e Diretoria de Enfermagem”. (RT21)

Em duas das respostas, aparece a Diretoria ou Coordenação de Enfermagem como responsável pelo registro das ocorrências.

“A Diretoria de Enfermagem através da sua secretária”. (RT3)

“Coordenação de Enfermagem do HU e desenvolvimento institucional”. (RT14)

Nas cinco outras respostas, são citados como responsáveis pelo registro da ocorrência ética, a chefia do setor e/ou o enfermeiro do local onde ocorre a infração, o Serviço de Educação continuada, o enfermeiro de plantão e o enfermeiro do local onde ocorreu a infração.

“Inicialmente a chefia do local, posteriormente o Serviço de Educação Continuada”. (RT5)

“O registro é feito pelo enfermeiro de plantão da ocorrência ou do enfermeiro chefe/encarregado por meio de impressos próprios”. (RT10)

“O enfermeiro do local onde ocorre a infração”. (RT11)

“Cada supervisor de área”. (RT23)

“Enfermeiro, membro da equipe”. (RT24)

Qual a forma ou instrumento utilizado para o registro das ocorrências

Muitas vezes, nos processos de trabalhos, acabamos por não registrar fatos, dados e resultados de situações que precisariam estar documentadas por exigência legal ou por configurar um modo de estabelecermos um histórico ou mesmo um levantamento estatístico dos dados.

No caso das ocorrências éticas relacionadas à assistência de enfermagem, o registro de todas as informações que cercam o fato é sempre importante e pode ser decisivo para justificar as providências tomadas pelo RT, quer seja a resolução do problema ou seu adequado encaminhamento.

Neste momento, estamos abordando o registro da ocorrência que transcende a esfera do prontuário conhecido como anotação de enfermagem.

Fontes (2003, p.28) defende que a enfermagem, como membro da equipe multiprofissional de saúde, realiza a maior parte dos registros no prontuário do paciente, até pelo fato da interação constante com ele, nas 24 horas do dia. O autor também lembra que as anotações permitem a verificação das ações de enfermagem bem como a avaliação dos resultados após cada intervenção.

As anotações representam a única maneira de avaliar a assistência de enfermagem e reiteram a importância de estudos sobre o assunto, em especial nos hospitais-escola que iniciam a formação profissional (FONTES, 2003).

Portanto se, para a assistência ao paciente, o prontuário é o instrumento para as anotações, também é importante que, além deste, utilizemos alguma outra forma ou instrumento para que ocorrências de natureza ética, que demandam um maior detalhamento da situação, possam ser devidamente registradas.

Dos 25 RTs, sete relataram que o registro das ocorrências acontece através de memorando, livro próprio ou livro-ata.

“Através de memorando, livro-ata”. **(RT3)**

“Livro-ata”. **(RT7)**

“Impresso próprio das ocorrências, registro em livro-ata das ocorrências e condutas tomadas”. **(RT12)**

“Através de anotações em livro de registro próprio e estatísticas”. **(RT13)**

“Livro-ata, relato de ocorrência”. **(RT16)**

“Livro-ata”. **(RT18)**

“As sindicâncias são registradas em livro próprio”. **(RT22)**

Outros oito RTs colocam que os registros são feitos na forma de relatórios ou comunicados e alguns casos, também, no prontuário ou ficha funcional do colaborador.

“No prontuário do profissional e nos relatórios da unidade”. **(RT5)**

“Análise dos processos, relatórios e seus encaminhamentos”. **(RT6)**

“Através de documento constando dia, hora, local, conseqüência e outros dados relevantes e providências tomadas”. **(RT11)**

“São realizados relatórios periódicos e encaminhados ao Conselho Regional de Enfermagem”. **(RT15)**

“Através de impresso próprio que é arquivado no setor de desenvolvimento institucional. Ficha funcional do colaborador que é preenchida na Coordenação de Enfermagem”. **(RT14)**

“Relatórios”. **(RT21)**

“Prontuário do funcionário, são registrados todas as infrações, cursos e elogios”. **(RT24)**

“Por meio de relatório e arquivado em armário confidencial”. **(RT25)**

Em algumas outras situações, a forma de registro não segue nenhuma das formas já descritas nos itens anteriores, mas é possível afirmar que ele acontece, ou seja, a ocorrência recebe algum tipo de encaminhamento, sendo que, em alguns casos, é feito pelo próprio enfermeiro ou diretoria de enfermagem e, em outros, existe referência à CEE.

“Descrição do fato ocorrido, resposta dos envolvidos e apuração da comissão”. **(RT8)**

“Os registros relacionados à não-conformidade como no caso dos eventos adversos, são feitos em impresso próprio, pelo enfermeiro. Todos os registros vão para o banco de dados e são confeccionados

planilhas e gráficos, apontando os indicadores assistenciais. No caso de outro tipo de infração como atitudinal em relação de trabalho é relatado em impresso próprio “Relatório de Ocorrência”, não há estudo estatístico, porém é arquivado no prontuário do funcionário”. **(RT10)**

“Depende da equipe que atua na comissão, a atual assumiu há uma semana”. **(RT19)**

“Pela secretária da Diretoria de Enfermagem. Os casos são copiados e arquivados”. **(RT17)**

Apenas em um caso a forma de registro se refere à utilização de processo informatizado.

“Através do sistema informatizado no campo de ocorrências”. **(RT23)**

O que é feito ou qual a finalidade do registro das ocorrências

Neste item, dos 22 RTs que, inicialmente, referiram a existência de registro das ocorrências, 13 responderam sobre o que era feito com os mesmos. Portanto, enquanto finalidade, as falas a seguir mostram que, em alguns casos, eles servem para direcionar a educação continuada ou fundamentar ações administrativas, entre outras.

“Dado importante para direcionar Educação Continuada e fundamenta medidas administrativas”. **(RT6)**

“As ocorrências graves são notificadas ao Conselho, e as demais servem para fins de retornar com as equipes o processo educativo”. **(RT12)**

“Não há estatística dos dados, mas há possibilidades de serem feitas. Os registros são arquivados e são utilizados para discussão de casos em palestras internas”. **(RT22)**

“Esses registros servem como base às ações educativas”. **(RT23)**

Na demais respostas, a finalidade se restringe, na maioria, ao arquivamento dos registros ou a sua utilização para ações em casos reincidentes e encaminhamento ao COREN.

“É utilizado toda vez em que o colaborador é reincidente e permanece em sua ficha funcional”. **(RT3)**

“Arquivado”. **(RT7)**

“O registro mantém-se no livro e encaminhado para COREN, caso necessário”. **(RT8)**

“Após as providências necessárias entre os envolvidos são encaminhados e arquivados e/ou notificados ao COREN”. **(RT16)**

“Arquivado, casos que necessitem de outros trâmites são encaminhados ao COREN, mas o livro fica com a CEE”. **(RT18)**

“Encaminhados conforme necessidade e arquivados no Serviço de Enfermagem e pela CEE”. **(RT21)**

“Os casos que denotem infração é aberta sindicância e encaminhada para o COREN”. **(RT25)**

Numa das respostas, o registro é encaminhado a duas áreas diferentes, porém não é dito o que acontece após.

“É encaminhado à Diretoria da Divisão de Enfermagem que encaminha à área pertinente”. **(RT11)**

Por último, um dos RTs refere utilizar os registros como assunto de reunião, resguardando o sigilo em relação a nome e local da ocorrência.

“Levado ao conhecimento dos funcionários em reuniões para que o problema não se repita (omitindo nomes e locais)”. **(RT17)**

Portanto, no que diz respeito a todo o processo de registro e estatística das ocorrências éticas, pudemos constatar que os RTs ou suas respectivas instituições, adotam diversos modos de fazê-lo. No entanto, existe um aspecto em comum, a

preocupação e adoção de medidas envolvendo os aspectos éticos, legais e, especialmente, de cunho educativo.

Desta forma, o processo que envolve a melhoria contínua da qualidade da assistência de enfermagem, livre de riscos e danos, requer dos RTs, além do conhecimento técnico-científico, postura e condutas éticas capazes de influenciar toda a sua equipe de trabalho na obtenção dos melhores resultados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos nos permitiram, em primeiro lugar, apresentar uma visão geral acerca da localização, entidade mantenedora, número de leitos e profissionais por categoria, presença e finalidade da CEE, entre outros, relativos aos 25 hospitais de ensino do Estado de São Paulo que, em maio de 2007, participavam do SAHE.

A seguir pudemos identificar e analisar as estratégias utilizadas pelos RTs destes HEs na prevenção e enfrentamento das ocorrências éticas na assistência de enfermagem, o que caracterizou o cumprimento do objetivo geral proposto neste estudo.

Sabemos que, atualmente, o cliente tem acesso a um grande número de informações referentes aos seus direitos, com isso o grau de exigência em relação à assistência não só por parte do paciente mas, especialmente, dos familiares é cada vez maior. Desta forma, a equipe de enfermagem, assim como as demais da área da saúde, precisa estar preparada para lidar com situações de conflitos, riscos e danos que, algumas vezes, são irremediáveis.

Através dos resultados, pudemos verificar que, enquanto estratégias preventivas de ocorrências éticas na assistência, o treinamento e as ações gerenciais encontram-se imbricados e presentes em 21 das falas sendo que, em 14 delas, o treinamento aparece como primeira escolha. As ações gerenciais que demandam por parte dos RTs habilidades para liderar suas equipes, diagnosticar e administrar conflitos, orientar, acompanhar e avaliar o desempenho são a primeira referência de sete RTs.

Ainda em relação à prevenção, os RTs referem a participação das CEEs como aliadas, especialmente no processo educativo e de esclarecimento aos profissionais de enfermagem acerca do exercício ético da profissão. Neste sentido, pudemos verificar que existe por parte dos RTs uma compreensão da finalidade das

CEEs condizente com o descrito no regimento que normatiza a criação, formação e funcionamento das CEEs.

Acreditamos que o fato de o treinamento ser a estratégia mais citada não é mera coincidência, uma vez que a Portaria Interministerial no. 1.000 de 2004 preconiza que, enquanto instituições formadoras, os hospitais de ensino têm de cumprir com o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e reforça a preocupação com os aspectos éticos que estes hospitais devem ter. Mas também é fato que as ações efetivas não se fazem apenas com normas estabelecidas, é preciso acreditar e querer fazer. Na nossa opinião, o que os RTs participantes mostraram através dos dados ratifica o nosso entendimento.

Quanto à categoria que tratou das estratégias para o enfrentamento das ocorrências, pudemos constatar que as ações gerenciais foram as mais referidas, aparentemente pelo fato de esta categoria estar relacionada ao lidar com a ocorrência já em andamento, exigindo, portanto, maior resolutividade. Neste caso, tais ações gerenciais apareceram representadas em 17 das falas, também cresceu a participação das CEEs que estão presentes como estratégia de primeira escolha em seis das falas, e o treinamento é referido apenas duas vezes.

Pensamos que o processo educativo, não só nos hospitais de ensino mas em qualquer segmento do setor saúde, é fator primordial e determinante da qualidade da assistência prestada. Tanto do ponto de vista técnico quanto ético, o treinamento deveria ser mais utilizado enquanto estratégia norteadora de todo o processo de desenvolvimento da equipe de enfermagem. Através de um programa de educação continuada consistente, é possível prepararmos melhor os profissionais para enfrentar as novas tendências tecnológicas, mudança do perfil epidemiológico e social da população que atendemos e o mais importante, estarmos mais bem

preparados para lidar com as ocorrências adversas que por ventura possamos causar ao paciente.

Diante de tudo que abordamos ao longo deste estudo, podemos dizer que os RTs enfrentam um grande desafio no seu dia-a-dia de trabalho, qual seja, o de adotar as estratégias adequadas na prevenção e enfrentamento de ocorrências éticas na assistência de enfermagem.

Por outro lado, não temos dúvidas de a enfermagem, representada nas instituições de saúde pelos RTs, ter se comprometido cada vez mais em oferecer ao paciente uma assistência da mais alta qualidade através da educação permanente da sua equipe, do registro e análise de dados e do acompanhamento de indicadores de qualidade da assistência, criando dessa forma um corpo de conhecimentos para exercer a sua prática baseada em evidências, o que a torna digna de ser chamada de ciência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMOÊDO, S. **Ética do trabalho na era da pós-qualidade**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2007.

ANGERAMI, E. L. S.; MENDES, I. A. C.; PEDRAZZANI, J. C. Análise crítica das anotações de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 28-37, 1976.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. São Paulo: Martin Claret, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2007.

BOFF, L. **Ética e moral: a busca dos fundamentos**. Petrópolis: Vozes, 2003.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2000.

BÖHMERWALD, P. **Gerenciando o sistema de avaliação do desempenho**. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1996. (Série Gerenciando o crescimento do ser humano, 2).

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1.000, de 15 de abril de 2004. Resolvem certificar como Hospital de Ensino as Instituições Hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais e, ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituição de Ensino Superior. Disponível em: <http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/POR_TARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1977. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2008.

BRASIL. Resolução COFEN-172/1994. Normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde. In: COREN-SP. **Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares**. São Paulo: COREN-SP; 2001. p. 121-122.

BRASIL. Resolução COFEN-240/2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. In: COREN-SP. **Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares**. São Paulo: COREN-SP, 2001. p. 277-289.

BUENO, E.; CASSIANI, S. H. B.; MIQUELIM, J. L. Erros na administração de medicamentos: fatores de risco e medidas empregadas. **Rev. Baiana Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 101-119, 1998.

CARVALHO, V. T.; CASSIANI, S. H. B.; CHIERICATO, C. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 67-75, dez. 1999.

CASSIANI, S. H. B. **A coleta de dados nas pesquisas em enfermagem-estratégias, validade e confiabilidade**. 1987. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, USP.

CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p 37-53.

COREN-SP. Disponível em: <<http://corensp.org.br/072005/>>. Acesso em: 02 maio 2008

COREN-SP. **Documentos básicos de enfermagem**: enfermeiros, técnicos, auxiliares: principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. São Paulo: COREN-SP, 1997.

COSTA NETO, M. M.; AZEVEDO, A. C. Proposta de classificação de hospitais e leitos. **Rev. Paul. Hosp.**, São Paulo, v. 34, n. 1-3, jan./mar. 1986.

DISKIN, L.; MARTINELLI, M.; MIGLIORI, R. F.; SANTO, R. C. E. **Ética, valores humanos e transformações**. São Paulo: Fundação Peirópolis, 1998.

DUCATI, C.; BOEMER, M. R. Comissões de ética de enfermagem em instituições de saúde de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Am Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 27-32, 2001.

ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL. Disponível em: <<http://www.escolasmedicas.com.br/estado.php>>. Acesso em: 26 abr. 2008.

FONTES, M. C. F. Comunicação escrita: anotação do enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, USP.

FORTES, P. A. C. **Ética e saúde**: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudos de casos. São Paulo: EPU, 1998.

FREITAS, G. F. **Ocorrências éticas com pessoal de enfermagem de um hospital no Município de São Paulo**. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, USP.

FREITAS, G. F. **Ocorrências éticas de Enfermagem**: uma abordagem compreensiva da ação social. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP; Universidade de São Paulo, USP.

FREITAS, G. F.; OGUISSO, T. Ocorrências éticas na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 56, n. 6, p. 637-639, 2003.

GALLO, S. (Coord.) **Ética e cidadania**: caminhos da filosofia. 15. ed. Campinas: Papyrus, 2007.

KROLL, B. N. Medication errors: problem process not a problem nurse. **Minn. Nurse Accent.**, v. 72, n. 8, p. 9-15, 2000. Abstract.

LEITE, M. M. J.; PEREIRA, L. L. Educação continuada em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p 147-163.

MARCUS, M. T.; LIEHR, P. R. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: WOOD, G. L.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p 123-139.

MASSAROLLO, M. C. K. B.; FERNANDES, M. F. P. Ética e gerenciamento em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p 14-25.

MENDES, H. W. B.; CALDAS JÚNIOR, A. L. Infrações éticas envolvendo pessoal de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 7, n. 5, p. 5-13, 1999.

OPTIZ, S P. **Sistema de medicação**: análise dos erros nos processos de preparo e administração de medicamentos em um hospital de ensino. Tese (Doutorado em Enfermagem fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, EERP USP, 2006.

PEGORARO, O. A. Ética, ciências e saúde. In: PALÁCIOS, M.; MARTINS, A.; PEGORARO, O. A. (Org.). **Ética, ciência e saúde**. Petrópolis: Vozes, 2001.

POTTER, P.; PERRY, A. **Grande tratado de enfermagem prática**: clínica e prática hospitalar. São Paulo: Santos, 1996.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 10, n. 3, p. 433-438, maio/jun. 2002.

REY, L. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

RIBEIRO, E. L. O.; MOTTA, J. I. J. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. Disponível em:<http://200.189.113.52/ftp/espp/educ_permanente.rtf>. Acesso em: 02 jun. 2008.

RICAS, J. **A deficiência e a necessidade**: um estudo sobre a formação continuada de pediatras em Minas Gerais. 1994. Tese (Doutorado em Pediatria) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, USP.

SOVERAL, E. A. **Ensaio sobre ética**. Lisboa: Imprensa Nacional/Casa da Moeda, 1993.

TEALDI, J. C.; MAINETTI, J. A. Bioética. **Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana**, v. 108, n. 5-6, mayo/jun. 1990.

TREVIZAN, M. A. et al. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 87, 2002.

VASQUEZ, A. S. **Ética**. 24. ed. Tradução de João Dell'Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

WEIL, P. **A nova ética**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1998.

WOOD, G. L.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p 186-199.

ZBOROWSKI, I. P. **A comissão de ética de enfermagem na visão do enfermeiro**. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, USP.

ZBOROWSKI, I. P.; MELO, M. R. A. C. A comissão de ética de enfermagem na visão do enfermeiro. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 224-234, ago. 2004.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Ética e administração hospitalar**. 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola, 2004.

ZUCCHI, P.; BITTAR, O. J. N. V.; HADDAD, N. Produtividade em hospitais de ensino no Estado de São Paulo. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 4, n. 5, p. 311-316, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO NOS HOSPITAIS DE ENSINO DO ESTADO DE SÃO PAULO

São José do Rio Preto, 15 de julho de 2007.

Ilmo. (a) Senhor (a) Diretor (a) do (a):
Hospital

Enquanto aluna regularmente matriculada no Programa de Doutorado, Área Enfermagem Fundamental, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, sob a orientação da Profa. Dra. Márcia Regina Antonietto da Costa Melo, venho solicitar de Vossa Senhoria autorização para realizar um estudo que tem por objetivo identificar e discorrer acerca das estratégias utilizadas pelos Enfermeiros Responsáveis Técnicos dos Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo no enfrentamento das ocorrências éticas na assistência de enfermagem.

O Estudo tem por título: "Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo: estratégias usadas na prevenção e enfrentamento de ocorrências éticas de Enfermagem".

O período previsto para a coleta de dados ocorrerá entre os meses de agosto e setembro de 2007, após o projeto ter sido aprovado pelo **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP** e também, desde que autorizada por Vossa Senhoria (2ª via assinada e carimbada, de acordo). Estaremos então, enviando aos sujeitos da pesquisa (Enfermeiro Responsável Técnico) uma carta explicativa, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, o Instrumento para coleta de dados e um envelope selado para a devolução destes documentos devidamente respondidos, preenchidos e assinados.

A todas as Instituições colaboradoras da pesquisa, será garantido o anonimato em relação às informações fornecidas e o estudo não acarretará nenhum custo de qualquer natureza.

Solicito que este documento retorne através do correio utilizando o envelope selado em anexo ou via fax para (17)3216-7687 no prazo máximo de dez dias a partir da data de recebimento.

Sem mais para o momento e contando com a sua imprescindível colaboração, agradeço e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

ilzapz@terra.com.br
Fone: (17) 8131 6000

Ilza dos Passos Zborowski
COREN-SP-35876
Pesquisadora Responsável

De acordo:

Assinatura e Carimbo do Diretor (a) Responsável

APÊNDICE B - CARTA EXPLICATIVA DO ESTUDO

A(o)
Responsável Técnico de Enfermagem
Hospital

Prezada(o) Colega,

Venho solicitar a sua participação no quadro de Sujeitos de uma pesquisa, cujos resultados irão compor minha Tese de Doutorado. Esta Instituição, através do Responsável Legal _____, já autorizou a realização do Estudo. Informações como Título e objetivos da Pesquisa entre outras, encontram-se descritas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE (em anexo), que você está recebendo em duas vias.

Na certeza de poder contar com a sua colaboração, solicito que a devolução de uma via do TCLE carimbado, assinado e datado (a outra via ficará em seu poder) e o questionário respondido seja feita no prazo máximo de dez (10) a contar da data do recebimento. Este prazo se faz necessário para que possa ser cumprido o cronograma estabelecido no projeto de pesquisa.

Desde já agradeço a sua atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários acerca do Estudo.

Ilza dos Passos Zborowski
ilzapz@terra.com.br
Fone:(17) 8131 6000

Ilza dos Passos Zborowski
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando um estudo intitulado: “Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo: estratégias usadas na prevenção e enfrentamento de ocorrências éticas de Enfermagem” que contará com a participação dos Responsáveis Técnicos dos Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo.

A pesquisa tem por objetivo identificar e discorrer acerca das estratégias utilizadas pelos Enfermeiros Responsáveis Técnicos dos Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo no enfrentamento das ocorrências éticas na assistência de enfermagem.

Desta forma, necessitamos da sua colaboração para responder da forma mais completa possível a este questionário que você está recebendo. As informações fornecidas serão utilizadas para fins de pesquisa científica e em nenhum momento, sob qualquer pretexto, serão divulgadas com outra finalidade. A todo sujeito da pesquisa é resguardado o direito ao anonimato e a garantia de que a participação nesta pesquisa não lhe trará despesas, danos ou gratificações.

Você terá total liberdade para se recusar a participar da pesquisa, podendo inclusive, retirar-se da mesma em qualquer etapa e isso não lhe causará nenhum prejuízo. Meu telefone de contato é (17) 8131 6000 e meu e-mail: ilzapz@terra.com.br .

Acreditamos que este estudo será de grande relevância para nossa profissão.

Na certeza de poder contar com a sua imprescindível colaboração agradecemos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Ilza dos Passos Zborowski

Pesquisadora-COREN-SP 35876

Eu _____

RG nº _____ COREN-SP nº _____ declaro estar
ciente das informações acerca do estudo e de livre e espontânea vontade concordo
em participar desta pesquisa.

Carimbo e assinatura

_____, ____ de _____ de 2008.

APÊNDICE D - INSTRUMENTO ORIENTADOR DA COLETA DE DADOS**Dados da Instituição:**

Cidade onde se localiza: _____

Classificação: () Federal () Estadual () Municipal () Particular

() outro Citar _____

Número de Leitos: _____

Número de Profissionais:

Enfermeiros: ____ Técnicos de Enfermagem: ____ Auxiliares de Enfermagem: ____

Dados do Responsável Técnico (RT):

Tempo de formado: _____ anos e _____ meses.

Tempo de trabalho na Instituição: _____ anos e _____ meses.

Tempo na função de RT neste Hospital: _____ anos e _____ meses.

Questões relacionadas a aspectos éticos da assistência

1- Quais as estratégias que você utiliza na prevenção de infrações éticas na assistência de enfermagem?

2- Quando, independentemente das medidas preventivas, um membro da equipe de enfermagem comete uma infração ética, quais as estratégias que você utiliza para o enfrentamento da situação?

3- Este Hospital possui Comissão de Ética de Enfermagem (CEE)?

a. () sim

Há quanto tempo?

Por quê a CEE foi constituída?

Que atividades ela desenvolve?

b. () não

O quê justifica este fato?

4- Existe um registro estatístico das infrações éticas que envolvem a equipe de enfermagem?

a. () não

b. () sim

Quem faz este registro?

Como é feito este registro?

O quê é feito com este registro?

Obrigada, sua colaboração foi muito importante!

ANEXO

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO – USP



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 168/2007

Ribeirão Preto, 19 de julho de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 97ª Reunião Ordinária, realizada em 18 de julho de 2007.

Protocolo: nº 0816/2007

Projeto: HOSPITAIS DE ENSINO DO ESTADO DE SÃO PAULO: ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO E PREVENÇÃO DE OCORRÊNCIAS ÉTICAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

Pesquisadores: Márcia Regina Antonietto Costa Melo
Ilza dos Passos Zborowski

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª Drª Márcia Regina Antonietto Costa Melo
Deptº de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP