

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E  
SOCIEDADE**

**DULCINÉIA GHIZONI SCHNEIDER**

**DISCURSOS PROFISSIONAIS E DELIBERAÇÃO MORAL:  
ANÁLISE A PARTIR DE PROCESSOS ÉTICOS DE ENFERMAGEM**

**FLORIANÓPOLIS  
2010**

**DULCINÉIA GHIZONI SCHNEIDER**

**DISCURSOS PROFISSIONAIS E DELIBERAÇÃO MORAL:  
ANÁLISE A PARTIR DE PROCESSOS ÉTICOS DE ENFERMAGEM**

Tese apresentada para apreciação da Banca Examinadora de Doutorado do Programa de Pós – Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Flávia Regina Souza Ramos

**FLORIANÓPOLIS  
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da  
Universidade Federal de Santa Catarina

S358d Schneider, Dulcinéia Ghizoni  
Discursos profissionais e deliberação moral  
[tese] : análise a partir de processos éticos de  
enfermagem / Dulcinéia Ghizoni Schneider ; orientadora,  
Flávia Regina Souza Ramos. - Florianópolis, SC, 2010.  
171 p.: il., tabs.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Ética da enfermagem. 3. Processos  
éticos. 4. Deliberação moral. I. Ramos, Flavia Regina  
Souza. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa  
de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

**DULCINÉIA GHIZONI SCHNEIDER**

**DISCURSOS PROFISSIONAIS E DELIBERAÇÃO MORAL:  
ANÁLISE A PARTIR DE PROCESSOS ÉTICOS DE  
ENFERMAGEM**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

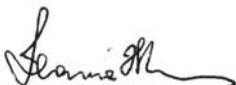
**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 09 de julho de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

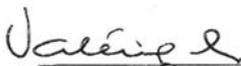


Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**



Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Presidente



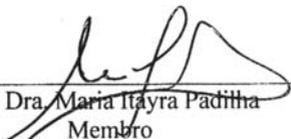
Dra. Valéria Lerch Lunardi  
Membro



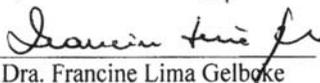
Dr. Genival Fernandes de Freitas  
Membro



Dra. Lygia Paim  
Membro



Dra. Maria Itayra Padilha  
Membro



Dra. Francine Lima Gelboke  
Membro

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho àqueles(as) profissionais de Enfermagem que diuturnamente exercem sua profissão com competência e respeito à dignidade do ser humano cuidado, mesmo sem o devido reconhecimento social e financeiro.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus por guiar meus passos rumo ao melhor caminho.

Ao Jamil, pelo amor, compreensão, companheirismo, solidariedade e incentivo na busca dos meus ideais, meu agradecimento especial, reconhecimento, admiração e amor.

Aos meus filhos, Jamil(zinho) e Bruno, pelo carinho, compreensão, sensibilidade e palavras de estímulo e reconhecimento. Vocês são os melhores presentes do mundo!

À minha mãe, irmãs, irmão, sobrinhos e sobrinhas, minha sogra, cunhados e cunhadas pelo carinho, colaboração e estímulo. Aos demais membros da família, que torceram por mim, o meu reconhecimento.

À minha sobrinha Gisele por ser uma boa companheira

À minha irmã Lena por sua presteza e solicitude

À minha irmã Bel pelos esclarecimentos na área jurídica e também pela presteza

À Edna por ajudar a cuidar da minha casa

À querida Professora Doutora Flávia Regina Souza Ramos: você é mais que uma orientadora... é uma benção divina que me acolheu e guiou os meus passos com muita competência, lucidez, carinho, dedicação, atenção, ..... Sempre me orientou com tranquilidade, sensatez, segurança e seriedade, fortalecendo a minha busca por conhecimentos e a esperança de que este trabalho daria certo. Depositou sua confiança em mim, mesmo sabendo que teríamos pouco tempo para desenvolver um trabalho com tamanha complexidade. A ti sou muito grata!!!

Ao Professor Doutor Genival Fernandes de Freitas, uma referência constante em meu trabalho, honrou-me com sua participação e suas contribuições consistentes, gentilmente aceitando o convite

À Professora Doutora Valéria Lerch Lunardi, também uma referência neste trabalho, por aceitar fazer parte desta Banca, contribuindo com seu conhecimento sensato e sua maneira gentil de se expressar

À Professora Doutora Maria Itayra Padilha por novamente fazer parte da construção da minha trajetória acadêmica, acolhendo-me e sinalizando com seu dinamismo a conquista deste momento

À Professora Doutora Francine L. Gelbcke pelo estímulo nos momentos difíceis e pelas contribuições sensatas e incentivo ao meu crescimento

À Professora Doutora Lygia Paim, sua inteligência me encanta, seu brilhantismo intelectual é admirável. É um privilégio tê-la como membro da Banca, pois muito aprendi e tenho aprendido com você Professora Lygia. Você contribuiu desde o projeto inicial apresentado à banca de seleção do doutorado até a versão final. Um muito obrigado é pouco diante de tantos ensinamentos...

À Professora Doutora Sílvia M. Azevedo dos Santos e à Professora Doutora Mara A. Vargas , membros suplentes, por gentilmente aceitarem compor a Banca.

À Professora Doutora Maria Bettina Camargo Bub: desta vez nossos caminhos não estavam afinados como das outras vezes, mas o aprendizado que tive nesta caminhada também ofereço a você por ter contribuído diversas vezes e de diferentes modos na minha formação profissional. Obrigada!

À Professora Doutora Lúcia Amante por ter contribuído na Banca de qualificação do Projeto. Você é uma amiga que está sempre presente.

À Professora Doutora Denise E. Pires de Pires, minha professora na Graduação e Pós-Graduação e atual Presidente do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, por abrir as portas daquela Autarquia, incentivando a realização desta pesquisa, acolhendo-me com muito carinho e contribuindo valiosamente

À Professora Doutora Miriam S. Borenstein, à Professora Doutora Alacoque Lorenzini Erdman, à Professora Doutora Eliane do Nascimento e ao Professor Doutor Gelson Albuquerque pelo incentivo e apoio nos momentos difíceis

Às(os) Professoras(es) da Pós-Graduação em Enfermagem pelo comprometimento, seriedade e aprendizado compartilhado

À minha querida amiga Flávia (Flavita) por estar sempre ao meu lado, incentivando-me com sua alegria e alto astral. São quase 25 anos de uma grande amizade!!!

À minha querida amiga e Coordenadora do Curso de Enfermagem da Unisul, Fabiana O. da Gama, pelo carinho e apoio em todos os momentos de necessidade.

Ao meu querido amigo Ruvani pela solidariedade e carinho.

Às minhas queridas amigas: Léia pelo carinho e amizade; Luizita pelo carinho e palavras de incentivo; Silvana Benedet pelo apoio e estímulo; Lúcia Marcon pela amizade e incentivo; Mônica pelas palavras de estímulo; Simone Karmann pelo incentivo e amizade; Josiane pelo companheirismo nesta caminhada; Terezinha Zeferino pelo apoio e pelos trabalhos realizados em conjunto; Nádia pela alegria e incentivo; Beth Flor pelas palavras carinhosas de estímulo; Nazaré pelo apoio e reconhecimento; Jacque Lúcio pelo incentivo e solidariedade.

Às amigas Laura C. Silva, Jacque Silva, Ilse, Vergínia, Vânia, Daniela Boing e também aos amigos Áureo, Mário e Sérgio pela amizade, carinho, estímulo e confiança na nossa caminhada na Unisul.

Aos acadêmicos e acadêmicas de Enfermagem da Unisul pelo carinho, apoio, colaboração nas trocas de horário de estágio, por me estimular através da manifestação de orgulho pela minha vitória. Muito obrigada!

Ao acadêmico Messias pela formatação das figuras em PowerPoint.

Aos ex-alunos, hoje enfermeiros e enfermeiras, pelas manifestações de carinho e reconhecimento.

Ao Professor Doutor Jefferson Traibert pelo cálculo estatístico.

Aos colegas do Núcleo de Epidemiologia e Coordenação do TCC da Medicina da Unisul pelo incentivo e apoio: Nazaré O. Nazário, André J. Xavier, Jefferson Traibert, Carol e Lívia. Ao Coordenador do Curso de Medicina, Professor João Ghizzo, pelo reconhecimento.

Aos colegas do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade do Sul de Santa Catarina – CEP-Unisul, Professor Doutor Pedro Santos, Professoras Doutoras Ana Inés Castinheira e Nádia Kienem e demais componentes, pelo carinho, estímulo e reconhecimento.

Às amigas Maritê, Liginha, Helga, Selma, Ledronete, Maristela, Angela, Catarina, Adrianinha, Lurdinha... companheiras da Univali, pelo incentivo e companheirismo.

À Denise B. Flores e Sônia C. Hall pelo acolhimento carinhoso , esclarecimentos e divisão de espaço no Coren/SC , na minha coleta de dados. Obrigada!

À Angelita Motta, ao Rafael Xavier e à Mariana Zabotti pelo acolhimento no Coren/SC, durante a coleta de dados.

A todos os funcionários do Coren/SC pelo acolhimento carinhoso.

Aos colegas do Grupo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem – Práxis pela construção de um conhecimento coletivo e também pelos debates e sugestões para o enriquecimento deste trabalho .

Aos membros da Comissão de Ética do Coren/SC pelo incentivo na realização deste trabalho: Janete Felisbino, Liete Marcelino, Tânia Rebello, Marta Verdi, Flávia Ramos, Lygia Paim, Nelcy Coutinho Mendes e em especial à Anita Zago minha professora da Graduação e hoje minha colega da CEC e também minha amiga que, com seu imenso conhecimento sobre as questões profissionais da Enfermagem, muito contribuiu no esclarecimento de dúvidas suscitadas na realização deste trabalho. Obrigada, Anita!

Às minhas colegas e amigas do doutorado pela convivência harmônica, pelos incentivos, sorrisos, força, respeito, carinho, aprendizado... foram momentos inesquecíveis: Nina, Josi, Gleide, Terezinha, Ana Rosete, Rita Flor, Helenice, Sabrina, Roberta, Eliani, Vitória, Viviane, Dirce Stein Backes, Rosani, Janice, Patrícia, Fabiane...Laurete, Laura, Claudiniete.

À Claudia Crespi Garcia pelo apoio, estímulo e disponibilidade e boa vontade em sanar as dúvidas referentes aos assuntos administrativos da pós-graduação e pela formatação do trabalho.

Às amigas e amigos que fazem parte da minha vida há muito tempo... E também os recentes... Muito obrigada!

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. **Discursos profissionais e deliberação moral:** análise a partir de processos éticos de enfermagem. 2010. 171 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

## RESUMO

A discussão em busca de soluções para os conflitos morais que ocorrem na prática assistencial remete à necessidade de estudar, de identificar e caracterizar esses conflitos, ressaltando quais são os mais frequentes, como ocorre a deliberação moral, qual a interferência da tomada de decisão para todos os envolvidos, desde os profissionais, a pessoa e família que está sendo cuidada, a instituição e, especialmente, para a expressão da profissão Enfermagem na sociedade. O presente estudo qualitativo com desenho exploratório-descritivo e documental, desenvolvido junto ao Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, no período de junho a outubro de 2009, teve como objetivo analisar os processos ético-profissionais de enfermagem tramitados no Conselho Regional de Enfermagem/SC como instrumento para o exame crítico dos discursos profissionais em seus elementos de sustentação da deliberação moral. Foram analisados 128 processos ético-profissionais de enfermagem concluídos e arquivados, referentes ao período de 1999 a 2007. A inspiração na análise do discurso em Michel Foucault como referencial teórico-metodológico, pretendeu mostrar que os discursos contidos nos processos ético-profissionais são reveladores de pensamentos, valores e decisões que a Enfermagem mobiliza ao analisar as suas próprias experiências, os seus problemas na prática. A partir do corpus documental organizado, procedeu-se a análise dos elementos fáticos (ocorrências/infrações, causas/motivos e desfechos) quanto à origem das denúncias e processos éticos, aos denunciantes, aos denunciados, ao local da infração, ao tema da denúncia, ao encaminhamento/desfecho do processo, e quanto aos artigos mais infringidos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. As denúncias dos processos éticos foram organizadas em 26 temas/motivos agrupados em 08 categorias. As quatro categorias mais frequentes foram *as iatrogenias, o exercício ilegal da profissão, as relações interprofissionais conflitantes e a responsabilidade profissional do(a) enfermeiro(a)*. Ao serem analisados os elementos de sustentação (enunciados, regras e práticas) presentes em cinco casos exemplares,

selecionados conforme a incidência das denúncias apuradas nos processos éticos, emergiu um modelo empírico da própria análise, um Marco Analítico dos Discursos contidos nos Processos Ético-Profissionais de Enfermagem, o qual subsidiou a construção de estratégias de um referencial de deliberação moral e de um método para a análise de denúncias e processos éticos. As estratégias sugeridas na avaliação da denúncia ética e nos procedimentos que envolvem a deliberação em processos éticos constituem-se como uma proposição genérica, que exigirá adaptações conforme situação de denúncia ou processo ético, coerentes com a instância (Comissão de Ética de Enfermagem ou Comissão de Ética do Coren) ou, ainda, para aplicações práticas diversas. Desta forma, foi comprovada a tese de que *os processos éticos de enfermagem expressam elementos fáticos e de sustentação produtivos/instrumentais ao exame crítico dos discursos profissionais em seus subsídios para a deliberação moral.*

**Palavras chave:** Ética em enfermagem; processos éticos; deliberação moral.

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. **Professional Discourse and Moral Deliberation**: analysis from the process of ethics of Nursing. 2010. p 171. Thesis (Doctor of Nursing) Program of Post-Graduation in Nursing, Federal University of Santa Catarina, 2010.

Supervisor: Dr Flavia Regina Souza Ramos

Line of Study: Philosophy and Ethics in Health and Nursing.

## ABSTRACT

The discussion in search of moral conflicts that occurs in care practice refers to the need to study and characterize these conflicts, pointing out which are the most frequent, as is the moral deliberation, which the interference of decision making for all those involved, since professionals, the person and the family, who are being cared for, the institution, and especially for expression of the nursing profession in the society. This qualitative study design exploratory-descriptive and documentary, developed with the Regional Nursing Council of Santa Catarina, during the period of June to October 2009, is aimed to analyze the processes of ethical and professional nursing handled by the Regional Council of Nursing/SC as a tool for critical examination of professional discourses in its supporting elements of moral deliberation. 128 processes of nursing professional-ethics were concluded and archived for the period of 1997 to 2007. The inspiration in the analysis of discourse in Michel Foucault was used as theoretical and methodological framework, which sought to show that the speeches contained in ethic and professional processes are revealing of thoughts, values and nursing decision that mobilizes to analyze their own experiences, their problems in practice. From the documentary organized corpus, we proceeded to examine the factual elements (occurrence/infractions, causes/reasons and outcomes) as the source of complaints processes and ethics, to the complaints, the accused, the place of infringement, the theme of denouncing. The referral/outcome of the process, and to the most infringed article of the Code of Ethics for Nursing Professionals. The process of ethic complaints were organized into 26 theme/motive grouped into 08 categories. Four categories were the most frequent *iatrogenic, the illegal exercise of the profession, the relationship within the profession and professional responsibility of a nurse*. The analysis of the supporting elements (statements, rules and practices) on five exemplary cases, selected as the incidence of

complaints in cases cleared in the ethics process, there has emerged a model of its own empirical analysis, A landmark analytical speeches contained in the Ethical-Professional Nursing files, which subsided the strategy of construction of own complaints analysis and ethical processes. The strategies suggested that in the ratings of termination of ethics and procedures involving the deliberation process ethic constitute itself as a generic proposition, that requires adjustments as the situation or processes exposes ethical , consistent with the instance (The Nursing Ethics Committee or Ethics Committee, Coren), or even for several applications. Thus it was proved by the thesis that *the processes of nursing ethic expresses factual elements and support productive/instruments to the critical examination of professional discourses in their subsidies for moral deliberation.*

**Descriptors:** Ethics in Nursing; Ethical Processes; Moral Deliberation.

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. **Discursos profesionales y deliberación moral:** análisis basado en los procesos éticos de la enfermería. 2010. 171 p. Tesis (Doctorado en Enfermería) Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Línea de Investigación: Filosofía y Ética en Salud y Enfermería

## RESUMÉN

La discusión en la búsqueda de soluciones a los conflictos morales que se dan en la práctica de enfermería se refiere a la necesidad de estudiar, identificar y caracterizar esos conflictos, señalando cuáles son los más frecuentes, cómo se da la deliberación moral, cuál es la interferencia en la toma de decisiones para todos los involucrados, desde los profesionales, la familia y la persona cuidada, la institución, y especialmente para la expresión de la profesión de enfermería en la sociedad. El presente es un estudio cualitativo de diseño descriptivo, exploratorio y documental, desarrollado en el Consejo Regional de Enfermería de Santa Catarina, en el período de junio a octubre de 2009, con el objetivo de analizar los procesos éticos y profesionales de la enfermería que son transmitidos en el Consejo Regional de Enfermería - SC como una herramienta para el análisis crítico del discurso de los profesionales en sus elementos de apoyo de la deliberación moral. Se analizaron 128 procesos ético-profesionales de la enfermería, concluidos y archivados, correspondientes al período de 1999 a 2007. La inspiración en el análisis del discurso de Michel Foucault, como marco teórico y metodológico, pretende demostrar que los discursos que se encuentran contenidos en los procesos ético-profesionales son reveladores de pensamientos, valores y decisiones que la enfermería moviliza para analizar sus propias experiencias, sus problemas en la práctica. Desde un corpus documental organizado, se llevó a cabo el análisis de los elementos fácticos (eventos/infracciones, las causas/razones y los resultados), a saber: la fuente de las denuncias y los procesos éticos, los denunciadores, los denunciados, el lugar de la infracción, el objeto de la denuncia, el trámite y el resultado del proceso, así como los artículos más infringidos del Código de Ética para los Profesionales de Enfermería. Las denuncias de los procesos éticos se

organizaron en 26 temas \ motivos agrupados en ocho categorías. Las cuatro categorías más frecuentes son: *las iatrogénicas, la práctica ilegal de la profesión, las relaciones interprofesionales de conflicto y la responsabilidad profesional del enfermero*. Al analizar los elementos de apoyo (declaraciones, normas y prácticas) presentes en cinco casos ejemplares, seleccionados según la incidencia de las denuncias investigadas en los procesos éticos, surgió un modelo empírico del propio análisis, un Marco Analítico de los Discursos presentes en los Procesos Ético-Profesionales de la Enfermería, el cual auxilió para la construcción de estrategias de un referencial de deliberación moral y de un método para el análisis de las denuncias y procesos éticos. Las estrategias sugeridas en la evaluación de la denuncia ética y los procedimientos relacionados con la deliberación de los procesos éticos se constituyen en una proposición general, que exigirá adaptaciones según la situación de la denuncia o el proceso ético, coherentes con la instancia (el Comité de Ética de Enfermería o la Comisión de Ética del Coren), o incluso para varias aplicaciones prácticas. De esa forma se ha demostrado la tesis de que *los procesos éticos de la enfermería expresan elementos fácticos y de apoyo productivos/instrumentales para el examen crítico de los discursos profesionales en sus subsidios para la deliberación moral*.

**Palabras clave:** Ética en enfermería; procesos éticos; deliberación moral.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Representação dos conceitos do estudo.....	42
<b>Figura 2:</b> Marco Analítico dos discursos contidos nos Processos Éticos de Enfermagem .....	135
<b>Figura 3:</b> Elementos para uma proposição metodológica de análise de denúncias e processos éticos .....	139
<b>Figura 4:</b> Elementos para uma proposição metodológica de análise de denúncias e processos éticos e comparativo com outros métodos de Deliberação Moral.....	141

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Estudos sobre as ocorrências éticas de enfermagem e a deliberação moral ou tomada de decisão ética na enfermagem.....	38
--	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Denúncias rejeitadas e processos éticos concluídos (Coren/SC - 1999-2007), por origem da denúncia .....	92
<b>Tabela 2:</b> Denúncias rejeitadas e processos éticos concluídos (Coren/SC) - 1999-2007), por categoria denunciada .....	95
<b>Tabela 3:</b> Processos éticos (Coren/SC - 1999-2007), por tema ou motivo da denúncia .....	102
<b>Tabela 4:</b> Encaminhamentos/Desfechos dos processos éticos (Coren/SC - 1999-2007).....	104

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Denúncias rejeitadas e processos éticos quanto aos denunciantes – Coren/SC 1999-2007 .....	93
--	----

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>21</b>
<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>23</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>25</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS .....</b>	<b>27</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>31</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>43</b>
2.1 GERAL .....	43
2.2 ESPECÍFICOS .....	43
<b>3 O OBJETO EM PERSPECTIVA – CONCEITOS E APORTES DA LITERATURA.....</b>	<b>45</b>
3.1 ENFOQUES ÉTICO-FILOSÓFICOS.....	45
3.2 BIOÉTICA .....	54
3.3 MÉTODOS DE ANÁLISE OU DELIBERAÇÃO MORAL .....	57
3.4 BASES FORMAIS PARA OS MODOS DE SER E DE AGIR NA ENFERMAGEM E AS IMPLICAÇÕES MORAIS NA PRÁTICA.....	63
<b>4 A DIMENSÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA DO ESTUDO .....</b>	<b>73</b>
4.1 A ANÁLISE DO DISCURSO EM MICHEL FOUCAULT .....	73
<b>4.1.1 Conceitos fundamentais na análise do discurso de Foucault.....</b>	<b>77</b>
4.2 ASPECTOS OPERACIONAIS DO ESTUDO .....	84
<b>4.2.1 Delineamento, acesso às fontes documentais, método de coleta e análise dos dados.....</b>	<b>84</b>
<b>4.2.2 O contexto do estudo.....</b>	<b>86</b>
<b>4.2.3 Aspectos éticos da pesquisa .....</b>	<b>88</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS DA PESQUISA.....</b>	<b>91</b>
5.1 PROCESSOS ÉTICOS DE ENFERMAGEM CONCLUÍDOS E ARQUIVADOS NO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM/SC, NO PERÍODO DE 1999 A 2007: ANÁLISE DOS ELEMENTOS FÁTICOS .....	91
<b>5.1.1 Quanto à origem das denúncias e processos éticos.....</b>	<b>91</b>

<b>5.1.2 Quanto aos denunciantes.....</b>	<b>92</b>
<b>5.1.3 Quanto aos denunciados.....</b>	<b>94</b>
<b>5.1.4 Quanto ao local da infração (local de trabalho do infrator)...</b>	<b>95</b>
<b>5.1.5 Quanto ao tema da denúncia.....</b>	<b>96</b>
<b>5.1.6 Quanto ao encaminhamento/desfecho do processo .....</b>	<b>103</b>
<b>5.1.7 Quanto aos artigos mais infringidos .....</b>	<b>105</b>
<b>5.1.8 Quanto ao tempo de tramitação dos processos ético- profissionais.....</b>	<b>107</b>
<b>5.2 DISCURSOS PROFERIDOS NOS PROCESSOS ÉTICOS DE ENFERMAGEM: ANÁLISE DOS ELEMENTOS DE SUSTENTAÇÃO.....</b>	<b>108</b>
<b>5.2.1 Responsabilidade ético-profissional do(a) enfermeiro(a) .....</b>	<b>108</b>
<b>5.2.2 Iatrogenia medicamentosa .....</b>	<b>114</b>
<b>5.2.3 Exercício ilegal da profissão de enfermeira .....</b>	<b>120</b>
<b>5.2.4 Relações interprofissionais: assédio moral .....</b>	<b>124</b>
<b>5.2.5 Maus tratos ao paciente .....</b>	<b>128</b>
<b>5.2.6 Condições de legitimidade dos enunciados em discursos profissionais acionados e produzidos nos processos éticos .....</b>	<b>131</b>
<b>5.3 DELIBERAÇÃO MORAL E PROCESSOS ÉTICOS – ELEMENTOS PARA UMA PROPOSIÇÃO METODOLÓGICA ....</b>	<b>136</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>143</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>149</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>163</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>167</b>

# 1 INTRODUÇÃO

A discussão em busca de soluções para os conflitos morais que ocorrem na prática assistencial remete à necessidade de estudar, de identificar e caracterizar esses conflitos, ressaltando quais são os mais frequentes, como ocorre a deliberação moral, qual a interferência da tomada de decisão para todos os envolvidos, desde os profissionais, a pessoa e família que está sendo cuidada, a instituição e, especialmente, para a expressão da profissão Enfermagem na sociedade.

A tomada de decisão ética depende de sensibilidade e de raciocínio moral. A sensibilidade ética é influenciada pela cultura, religião, educação e experiências pessoais e envolve a identificação dos aspectos morais e éticos envolvidos em uma situação que afeta o bem-estar do indivíduo. O raciocínio moral é um processo cognitivo no qual cada pessoa estabelece a ação eticamente defensável para resolver um conflito de valores. (OGUISSO; SCHMIDT, 2007).

Considerando a sensibilidade e o raciocínio moral, acima descritos, faz-se necessário um referencial para a deliberação ética dos conflitos morais da prática que contribua para que a discussão dos fatos seja feita também de forma sistemática e objetiva. Nas ações dos profissionais de enfermagem, o resultado da tomada de decisão envolve o bem estar de outrem, daí que não podem ser considerados somente os aspectos subjetivos da percepção da moral de cada pessoa envolvida na questão ou na solução levantada.

As ocorrências éticas são fatos danosos realizados pelos profissionais da área de Enfermagem e podem ser consequentes a uma atitude desrespeitosa em relação ao paciente<sup>1</sup>, ao colega de trabalho, ou aos locais de trabalho. Esses eventos podem contribuir para prejuízos ou danos ao paciente ou a outros profissionais de saúde, em decorrência da falta de atenção, de destreza, de habilidade ou de conhecimento técnico para execução de um determinado procedimento de enfermagem. (FREITAS, 2003).

A ocorrência ética pode se relacionar à imprudência do profissional, a qual se caracteriza pela atitude precipitada no momento da ação, seja em relação ao paciente ou nas relações interpessoais; à

---

<sup>1</sup> Neste estudo optou-se pelo termo “paciente” por ter aparecido com mais frequência nos processos ético-profissionais analisados nos arquivos do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (Coren/SC). Entende-se por paciente o indivíduo que recebe o cuidado da Enfermagem, em resposta às suas necessidades e em consideração a diferentes dimensões - biológica, social, intelectual, moral, ética.

negligência que consiste na falta de atenção ou inação; e na imperícia consequente à inabilidade ou deficiente destreza. (FREITAS, 2003).

A discussão sobre uma ocorrência ética na enfermagem pode ser realizada entre a pessoa que a provocou, a pessoa que foi afetada e o responsável pela equipe e a sociedade. A ocorrência também pode ser encaminhada para a avaliação da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) da instituição, aonde o evento ocorreu e ter como resultado uma ação educativa para evitar novas ocorrências, ou ainda, ser encaminhada como uma denúncia ao Conselho Regional de Enfermagem. A denúncia poderá evoluir para a instauração de um processo ético, caso o fato seja caracterizado como uma infração ética.

Cabe às Comissões de Ética de Enfermagem a responsabilidade de discutir e averiguar os problemas éticos surgidos na prática e também avaliar e decidir pela instauração ou não de sindicância ética e pela convocação dos envolvidos nas ocorrências éticas, a partir do recebimento de uma denúncia formal sobre uma provável infração ética. (FREITAS, 2010). A *sindicância ética* constitui-se de uma etapa pré-processual com a finalidade de elucidação dos fatos, o levantamento e averiguação das provas, a acareação quando se fizer necessária, a identificação dos elementos comprobatórios da denúncia. Apurada a denúncia, deve ser feito um relatório final constando o seu teor, a decisão da CEE em relação ao encaminhamento ou não do resultado pertinente à apuração da denúncia para o Conselho Regional de Enfermagem, a fim de instaurar o processo ético. Ressalta-se que a CEE não possui o direito de sancionar ou punir o profissional envolvido em determinada infração ética, mesmo que essa infração seja grave ou gravíssima, ficando este encargo ao Conselho. (FREITAS, 2010).

As CEE têm uma potencialidade educativa, a qual precisa ser explorada por meio de estratégias pedagógicas a serem desenvolvidas junto aos profissionais da Enfermagem, provocando novas aprendizagens. Para tanto, são necessários subsídios, elementos de deliberação moral que contribuam para a sistematização da tomada de decisão ética sobre o encaminhamento das denúncias e processos éticos. Entende-se também que as Comissões de Ética de Enfermagem têm um papel de órgão representativo dos Conselhos Regionais de Enfermagem (Corens), estando estes aliados aos profissionais na busca de uma assistência de enfermagem de qualidade e com a máxima redução de riscos, além de um ambiente de trabalho que promova relações de respeito e cooperação entre os profissionais, reduzindo as ocorrências que ferem a ética profissional.

O Art. 113 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

(CEPE), Resolução Cofen 311/2007, considera infração ética a ação, omissão ou conivência que implique em desobediência ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem. E o Art. 114 considera infração disciplinar a inobservância das normas dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem. (COFEN, 2007).

Nesta pesquisa, qualitativa do tipo exploratório-descritiva e documental, foram analisados os processos ético-profissionais de enfermagem tramitados e concluídos no Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (Coren/SC) em sua produtividade para o exame crítico dos discursos profissionais em seus elementos de sustentação da deliberação moral. *Produtividade aqui referida como a capacidade de dizer algo sobre o objeto, de produzir efeitos de realidade e de participar no processo de construção dos sujeitos.* Ou seja, os processos éticos são, ao mesmo tempo, produtos inteligíveis de movimentos históricos de conformação e expressão do pensamento e ação profissional e, também, produtores de intervenções e efeitos sobre estes movimentos.

Processo é definido por Bellotto (2006, p. 101) como o  
 Desenvolvimento de um expediente, incluindo tipos diversos de documentos e que, recebendo informações, pareceres e despachos, tramita até que se cumpra o ato administrativo que gerou a sua criação. Unidade documental em que se reúnem, oficialmente, documentos de natureza diversa no decurso de uma ação administrativa ou judiciária [...]

O *processo ético* é a modalidade de apuração e decisão das infrações éticas. É instaurado mediante uma denúncia, representação ou de “ofício”. A denúncia é o ato pelo qual se atribui a alguém a prática de infração ética ou disciplinar. A representação é a denúncia feita por pessoa jurídica. Entende-se por “de ofício” quando o(a) Presidente do Conselho venha, a saber, por qualquer meio, de fato que tenha característica de infração ética ou disciplinar. (COFEN, 2001).

O Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução Cofen nº 252/2001 contém, sistematizado, o conjunto de normas que regem a aplicação, em todo o Território Nacional, pelos Conselhos de Enfermagem, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

*Denúncia Ética* é a comunicação formal de uma situação em que

a atuação profissional do (a) Enfermeiro (a), Técnico (a) e Auxiliar de Enfermagem não está em conformidade com a Lei do Exercício Profissional e/ou com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. A apresentação da denúncia poderá ser realizada por qualquer pessoa – profissional de enfermagem, cliente/paciente, família, instituição de saúde, comissões de ética, ou qualquer outro interessado. (COFEN, 2001).

Para proceder a uma denúncia ético-profissional o interessado deverá apresentá-la por escrito ou, quando verbal, reduzida a termo por servidor ou Conselheiro, indicando: a quem é dirigida (Presidente do Conselho); nome e qualificação do denunciante ou representante; narração objetiva do fato ou ato, se possível com indicação de localidade, dia, hora e circunstâncias, tudo exposto com clareza, precisão e ainda, quem as cometeu; nome e qualificação das testemunhas, no máximo de três, quando houver; documentos que a instrua, quando for o caso; assinatura do denunciante, representante ou seu procurador devidamente constituído. (COFEN, 2001).

Quando instaurado um processo ético-profissional o mesmo terá os trâmites semelhantes aos dos processos da justiça comum: existe um denunciante e um denunciado, ambos com amplo direito de defesa de seus argumentos, em geral acompanhados por advogados e contando com o respaldo de testemunhas. (COFEN, 2001). Também são respeitados os princípios legais do contraditório, princípio constitucional que assegura a toda pessoa, uma vez demandada em juízo, o direito de ampla defesa da acusação ou para proteção do seu direito (DE PLÁCIDO E SILVA, 2008) e o princípio da presunção de inocência ou do estado de inocência, previsto no art. 5º, inciso LVII, da Constituição Federal: "ninguém será considerado culpado até o trânsito em julgado da sentença penal condenatória". (BRASIL, 1988; FREITAS, 2010).

A literatura sobre o tema, na Enfermagem, possui lacunas que precisam ser preenchidas, conforme demonstrado nesta breve revisão de literatura realizada a partir de alguns estudos relacionados ao assunto. A questão que orientou esta revisão foi a busca por estudos que discutissem as ocorrências éticas na enfermagem e a deliberação moral ou a tomada de decisão ética na Enfermagem. O levantamento bibliográfico de publicações foi em base de dados de Enfermagem, mais especificamente na CINAHL (Cumulative Index to Nursing Allied Health Literature) LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDEF (Base de Dados de Enfermagem), não sendo incluídas teses de doutorado e dissertações de mestrado.

Os descritores foram “*ethical events in nursing*” ou “ocorrências

éticas em enfermagem” e “*moral deliberation*” and nursing, “*ethical decision making in nursing*” ou “deliberação moral e enfermagem e tomada de decisão ética na enfermagem”.

Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram os artigos que discutissem as ocorrências éticas na enfermagem e a tomada de decisão ética frente a uma ocorrência ética da enfermagem, também os modelos de deliberação moral na enfermagem, independente do método utilizado, com recorte de tempo para publicações no período de 2003 até 2009. Esse recorte de tempo se deu pela intenção de levantar as discussões mais atuais, ou seja, as publicações dos últimos cinco anos.

Os dados encontrados são apresentados no Quadro1 contendo a Publicação (Título, Autor, Periódico e Ano), o Objetivo Principal, o Método e os Principais Resultados. A análise dos estudos contribuiu para a delimitação dos objetivos da presente tese, pois revelou a carência de trabalhos na Enfermagem discutindo o tema em questão nesse Estudo.

<b>Publicação</b>	<b>Objetivo Principal</b>	<b>Método</b>	<b>Principais Resultados</b>
<p>Ocorrências éticas de enfermagem: cotidiano de enfermeiros gerentes e membros da comissão de ética de enfermagem</p> <p>Autores: Freitas GF; Oguisso T; Merighi MAB.</p> <p>Periódico: Rev. Latino-am Enfermagem 2006 julho-agosto; 14 (4)</p> <p>Fonte: <a href="http://www.eerp.usp.br/rlae">www.eerp.usp.br/rlae</a> – online</p> <p><a href="http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/i">http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/i</a></p>	<p>Compreender o significado das ações dos enfermeiros frente às ocorrências éticas envolvendo os profissionais de enfermagem.</p>	<p>Os dados foram obtidos através de entrevistas com enfermeiros gerentes e membros da comissão de ética de enfermagem que vivenciaram o fenômeno.</p> <p>Na análise dos dados foi utilizado o referencial da fenomenologia sociológica.</p>	<p>Foram desveladas as seguintes categorias: a humanização da assistência; a melhoria contínua do processo de cuidar; a credibilidade profissional; a satisfação da clientela; a desmitificação do medo da punição, a parceria no processo educativo; o respeito ao sigilo ético; e a expectativa em relação ao encaminhamento da ocorrência à comissão de ética. As ações dos enfermeiros nas ocorrências éticas despertam o interesse dos profissionais de enfermagem, que querem assegurar uma</p>

<p>ah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&amp;src=google&amp;base=LILACS&amp;lang=p&amp;nextAction=lnk&amp;exprSearch=434654&amp;indexSearch=ID</p>			<p>assistência isenta de riscos ou danos e promover a valorização desses profissionais.</p>
<p>Perfil de profissionais de enfermagem e ocorrências éticas.</p> <p>Autores: Freitas GF; Oguisso T.</p> <p>Periódico: Acta Paulista de Enfermagem.</p> <p>versionprint ISSN 0103-2100</p> <p>Acta paul. enferm.vol.20 n.4. São Paulo Oct./Dec. 2007</p> <p>doi: 101590/S0103-21002007000400017</p> <p>Fonte: <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000400017&amp;script=sci_arttext">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000400017&amp;script=sci_arttext</a></p>	<p>Descrever o perfil dos profissionais de enfermagem envolvidos em ocorrências éticas de um determinado hospital.</p>	<p>Estudo de natureza retrospectiva e exploratória com abordagem quantitativa.</p> <p>Os dados foram obtidos de ficha previamente preparada, coletando informações registradas pelos membros da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) desse hospital, no período de 1995 a 2004.</p>	<p>A análise revelou a distribuição de ocorrências de acordo com faixa etária, sexo, função, jornada de trabalho, tempo de serviço e sobre quem comunicou essas ocorrências à CEE. Dados têm favorecido parcerias para um processo educativo integrado da CEE, da Comissão de Educação Continuada e gerências de enfermagem, apontando áreas que carecem de investimentos para prevenção dessas ocorrências.</p>
<p>Motivações do agir de enfermeiros nas ocorrências éticas de enfermagem</p> <p>Autores: Freitas GF; Oguisso T; Merighi MAB.</p> <p>Periódico: Acta</p>	<p>Compreender a motivação de enfermeiros face às ocorrências éticas.</p>	<p>Participaram deste estudo os enfermeiros membros da Comissão de Ética de Enfermagem (EMs) e aqueles que trabalham</p>	<p>As experiências dos sujeitos participantes possibilitaram desvelar o contexto de significados que impulsionam o agir nas ocorrências éticas, o qual é representado pelas categorias: crenças e valores,</p>

<p>paul. enfermagem;19(1):76-81, jan.-mar. 2006</p> <p>Fonte:  <a href="http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&amp;src=google&amp;base=BDENF&amp;lang=p&amp;nextAction=lnk&amp;exprSearch=438037&amp;indexSearch=ID">http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&amp;src=google&amp;base=BDENF&amp;lang=p&amp;nextAction=lnk&amp;exprSearch=438037&amp;indexSearch=ID</a></p>		<p>como gerentes de enfermagem (EGs). Utilizou-se a Fenomenologia Social Os dados foram obtidos por meio de entrevista.</p>	<p>conhecimentos adquiridos e experiências vividas. Ao agirem nas ocorrências éticas, tomando decisões e realizando orientações em relação aos profissionais envolvidos nessas ocorrências, os enfermeiros revelaram o interesse em garantir a qualidade do processo de cuidar com segurança e benefício para o paciente, assegurando, também, a credibilidade e a valorização do pessoal de enfermagem.</p>
<p>Moral deliberation in psychiatric nursing practice</p> <p>Autores: Abma TA; Widdershoven GAM.</p> <p>Periódico: Nursing Ethics, 2006; Sep; 13(5):546-57.</p> <p>Fonte:  <a href="http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=15&amp;hid=12&amp;sid=ea739a37-e66b-4005-b27b-ca54ffe63d07%40sessionmgr7&amp;bdata=JmFtcDtsYW5nPXBLWJyJnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d">http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=15&amp;hid=12&amp;sid=ea739a37-e66b-4005-b27b-ca54ffe63d07%40sessionmgr7&amp;bdata=JmFtcDtsYW5nPXBLWJyJnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d</a></p>	<p>Explorar a viabilidade do Modelo CARE (Considerações, Ações, Razões, Experiências) como uma ferramenta de deliberação moral na prática da enfermagem psiquiátrica.</p>	<p>O modelo CARE foi usado em combinação com a abordagem dialógica e narrativa para fomentar o discurso entre os profissionais sobre a coerção na admissão em uma clinica de em um hospital de saúde mental na Holanda.</p>	<p>Os achados demonstraram que o modelo CARE é uma ferramenta que estrutura substancialmente a deliberação moral. Narrativas e diálogos são ferramentas para ampliar as questões nas conversações, para engajar vários profissionais (incluindo pacientes) para compartilhar os entendimentos.</p>

#db=c8h&AN=20 09279507#db=c8 h&AN=20092795 07#db=c8h&AN= 2009279507			
---	--	--	--

**Quadro 1:** Estudos sobre as ocorrências éticas de enfermagem e a deliberação moral ou tomada de decisão ética na enfermagem

Nesse sentido, essa pesquisa buscou contribuir para a compreensão dos processos ético-profissionais, desde a explicitação de um perfil das denúncias geradoras, passando pelas ocorrências/infrações, causas/motivos e desfechos de processos éticos (elementos fáticos), até a expressão de certos enunciados, regras e práticas (elementos de sustentação) que conformam os processos éticos e produzem desdobramentos ou efeitos na forma como a profissão organiza e define para si modelos de ação e decisão moral. Assim, assume-se a perspectiva de que os processos ético-profissionais abrangem um duplo sentido: - expressam parte de um pensamento pelo qual a profissão legitima um conteúdo moral referente a ações e relações de trabalho; - expressam, também, a potencialidade educativa destes enunciados e regras, que compõem o processo de decidir e julgar as ações e práticas, em produzir ou implicar-se nos modos como os profissionais constroem para si referências de deliberação e identidade moral. Nesse sentido, num processo ético-profissional são descritos elementos fáticos (ocorrências/infrações, causas/motivos e desfechos) os quais levaram à abertura do processo, e os elementos de sustentação (enunciados, regras e práticas) que demonstram a expressão da ética e da moral na prática da Enfermagem.

Por essa perspectiva, a compreensão dos conteúdos e meandros dos processos éticos não se limita a uma simples caracterização de seus motivos e resultados, mas contém ali subjacentes elementos de interpretação teórico-metodológicos destacáveis para o questionamento crítico das referências que a profissão toma para si na justificação de suas deliberações morais. Ademais, nesta instância, se inscreveu a possibilidade de emergência de novos referenciais, tanto no sentido concreto das demandas na tomada de decisão e no encaminhamento dos processos, como para o desejável refinamento da função educativa das Comissões de Ética de Enfermagem (CEE) face aos desafios do desenvolvimento da formação e da competência ética dos(as) profissionais da Enfermagem.

Ao eleger um espaço concreto de estudo, qual seja o Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (Coren/SC), obviamente que a pesquisadora não se absteve de tipificar as denúncias e processos éticos ali arquivados, delineando principalmente as categorias mais denunciadas, os denunciantes, os fatos mais frequentes, os artigos mais infringidos do Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem e o encaminhamento da denúncia. Esperou-se que, ultrapassando esta dimensão descritiva, tal conhecimento fosse o elemento mobilizador da análise do processo de deliberação moral em seus elementos discursivos e operacionais.

Desta forma, reconheceu-se e foi proposto elementos de um referencial de deliberação moral, que podem contribuir para a tomada de decisão. Espera-se que toda a decisão moral, também quando do encaminhamento das denúncias éticas, seja fundamentado em argumentos racionais e sensíveis, moralmente justificados. Estudar o processo de deliberação moral pode contribuir para fortalecer o papel educativo das Comissões de Ética na compreensão da moralidade nas situações éticas que envolvem a Enfermagem, sempre considerando o princípio fundamental de respeito à pessoa.

O momento foi propício para realização de tal pesquisa, pois a atual gestão do Coren/SC (Gestão 2008-2011) está desenvolvendo estratégias de proximidade entre o Conselho e as instituições de saúde na busca de parcerias de atuação com a intenção de assessoria na assistência e nas discussões político-profissionais da Enfermagem, visando uma prática de respeito à dignidade do ser humano. Este estudo contribui para a reflexão sobre o tratamento dos processos éticos abertos à sua atuação, assim como possibilita a divulgação dos resultados entre as Comissões de Ética em Enfermagem (CEE) das instituições de saúde, como marco de assessoramento, cumprindo um dos importantes papéis dos Conselhos Regionais de Enfermagem.

Paim et al. (2010) destacam que se faz necessário o desenvolvimento de pesquisas que produzam no campo da prática novas tecnologias, estratégias e protocolos com a intenção de aproximar os achados das pesquisas em enfermagem à sua prática. Ao reconhecer quais os fatos mais incidentes na prática da Enfermagem do Estado de Santa Catarina, fica possibilitado um delineamento à criação de estratégias de ações educativas as quais poderão contribuir à abertura de fóruns de interpretação para que o(a) profissional da enfermagem seja esclarecido(a) quanto à crescente valorização de uma prática ética em face de riscos e proteção da assistência prestada.

Saber gerenciar os riscos da assistência é essencial para que se

coloque em prática um dos princípios fundamentais do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE): “A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade”. (COFEN, 2007). Neste momento compete citar Vilma de Carvalho (2003, p. 669) quando se refere à “enfermagem fundamental” como uma arte especial que prima pelos cuidados prestados à clientela, com sua indiscutível contribuição como prática social, com suas regras de condutas, recursos de princípios compondo, num conjunto, a “lei da arte da enfermagem”; ou conforme denominado por Carvalho, Figueiredo e Tyrrell (2000 *apud* CARVALHO, 2003, p. 669), a *Lex-Art* da Enfermagem. A arte da Enfermagem é compreendida como “prática profissional de cuidar, de ajudar e de assistir os clientes [...] *Arte de cuidar* que, no âmbito da prática assistencial, constitui o eixo de sustentação do papel profissional e da responsabilidade social da enfermeira”. (CARVALHO, 2003, p. 669).

Desta forma, “o aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional configurado pela responsabilidade no plano das relações de trabalho com reflexos no campo científico e político”, conforme consta no preâmbulo do CEPE (COFEN, 2007, sp).

Em virtude do acima exposto cabe questionar como dar conta da complexidade da prática, considerando que o CEPE, revisado e ampliado em 2007, não prevê muitas das situações diversificadas da realidade, cabendo esta aproximação às várias Resoluções que são desenvolvidas com essa finalidade. Salienta-se também que todo Código, toda norma e até alguns princípios encontram-se numa linha de provisoriedade, de transitoriedade.

Também compete aos membros das Comissões de Ética de Enfermagem amparar os profissionais em ocasiões em que impera a dificuldade de resolução dos problemas, mas a subjetividade que acompanha as decisões pode resultar em inadequação na tomada de decisão. Estratégias de deliberação moral, amparadas no raciocínio objetivo, no bom senso e na imparcialidade podem contribuir para atitudes mais justas na relação entre os profissionais de enfermagem e de saúde, e entre estes e os pacientes e famílias.

Das preocupações descritas emerge a seguinte questão de pesquisa: o que os discursos profissionais contidos nos processos éticos tramitados no Coren/SC expressam, em termos fáticos e de sustentação, de produtivo/instrumental para o exame crítico e proposição de referenciais de deliberação moral e de métodos para a análise desse tipo

de processo?

Diante do objeto proposto, defende-se a seguinte **tese**:

- Os processos éticos de enfermagem expressam elementos fáticos e de sustentação produtivos/instrumentais ao exame crítico dos discursos profissionais em seus subsídios para a deliberação moral.

Os elementos fáticos e os elementos de sustentação, conceitos fundamentais para a operacionalização do objeto do estudo, são definidos conforme a seguir:

*Elementos Fáticos* (ocorrências/infrações, causas e desfechos) são os fatos descritos no processo, os quais levaram à abertura do processo. Conforme já apresentado, as ocorrências éticas são os fatos que causaram dano ou prejuízo para outra pessoa, consequentes a uma atitude ou ação de um profissional e que podem ser caracterizados como um tipo de infração ao código de ética. O desfecho é o resultado final do processo, a deliberação que o finaliza e representa a alternativa julgada como mais apropriada às circunstâncias.

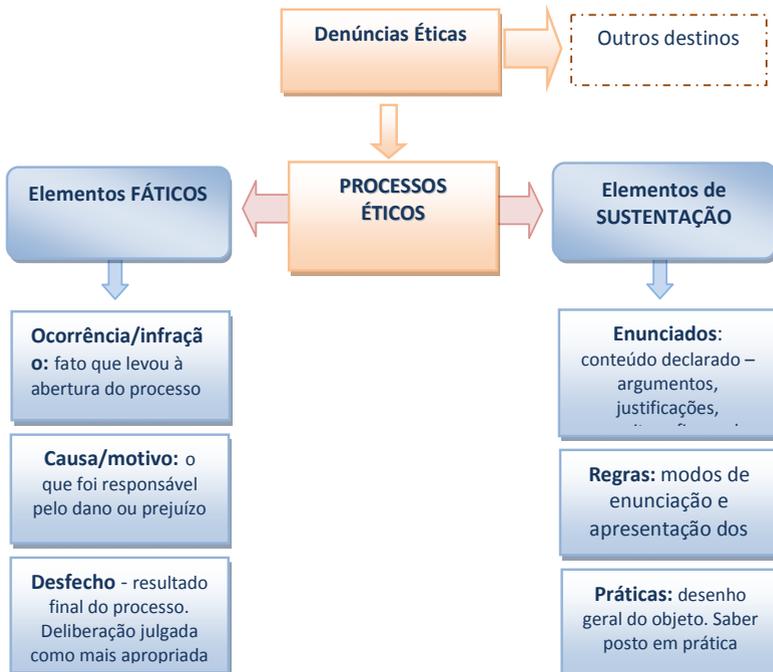
*Elementos de Sustentação* (enunciados, regras e práticas) demonstram a expressão da ética e da moral na prática da enfermagem. O conteúdo moral legitimado nas ações e relações de trabalho e no modo de deliberar e tomar decisões na construção de uma identidade moral da profissão. Os elementos de sustentação são os elementos discursivos, ou seja, aqueles componentes que conformam um discurso e que abrangem, integram ou se apoiam na tradição (que suportam temporalmente certas categorias e recursos utilizados), em influências lógicas e epistemológicas e em modos de comunicação.

Neste estudo, buscou-se inspiração em Foucault, quando propõe a noção de discurso como conjunto de enunciados com relativa unidade e dos quais se pode apreender um conjunto de condições de existência. Tal unidade se dá em torno de um objeto, de certa forma, encadeamento ou estilo, da permanência de certos conceitos e, ainda, da identidade de determinados temas. (FOUCAULT, 2000; CASTRO, 2004). Embora tal inspiração não indique uma aplicação do método arqueológico ou genealógico (este implicado com as relações discursos e práticas, ou com as práticas discursivas) desse autor, buscou-se em Foucault a explicitação de enunciados, regras e práticas como elementos de sustentação dos processos em estudo, no sentido de que são expressões de um discurso ético-profissional, ou de práticas discursivas profissionais.

Desse modo, por *enunciados* se pretendeu apreender o conteúdo

declarado, ou seja, os argumentos, as justificações e os conceitos que afirmam valores e juízos, com as devidas fundamentações de sua afirmação. Por regras, pretendeu-se captar os modos de enunciação, de apresentação dos argumentos, de construção de uma lógica que passa a ser condição de legitimidade do conteúdo declarado (enunciado). Finalmente, por práticas se pretendeu uma síntese que articula todos os elementos e que fornece um desenho geral do objeto (processos éticos e não mais cada processo individual) em sua capacidade de *falar para* e falar da enfermagem, enfim, de se tornar prática ou saber posto em prática.

A seguir é demonstrada a representação gráfica dos conceitos e sua aplicação neste estudo.



**Figura 1:** Representação dos conceitos do estudo

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

- Analisar os processos ético-profissionais de enfermagem tramitados no Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina como instrumento para o exame crítico dos discursos profissionais em seus elementos de sustentação da deliberação moral.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar as denúncias éticas registradas no Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina no período de 1999 a 2007.

- Analisar processos éticos tramitados e concluídos, do período de 1999 a 2007, em seus elementos fáticos (ocorrências/infrações, causas e desfechos) e em seus elementos de sustentação (enunciados, regras e práticas).

- Identificar elementos para a constituição de um referencial de deliberação moral e de um método para a análise de denúncias e processos éticos, cotejando-o a métodos já elaborados.

A definição do recorte temporal (1999-2007) se deve ao fato de que, apesar do Coren/SC ter sido implantado em 1975, os processos éticos disponibilizados nos arquivos da Autarquia datam de 1999 e o ano de 2007 é tomado como limite porque é o ano que possui todos os processos já encerrados, com exceção de quatro (04) processos que aguardam instrução, excluídos desta análise. A partir de 2008 existem processos éticos com pendências, o que inviabiliza incluí-los na coleta de dados.

Nesta pesquisa ao *explorar* o objeto do estudo, os discursos profissionais contidos nos processos éticos, foi estabelecida uma relação entre os discursos e os modos de tomada de decisão ética ou deliberação moral, *descrevendo* elementos que auxiliaram na análise crítica das referências que a profissão toma para si na justificação de suas deliberações morais.



### 3 O OBJETO EM PERSPECTIVA – CONCEITOS E APORTES DA LITERATURA

#### 3.1 ENFOQUES ÉTICO-FILOSÓFICOS

Ética e moral são termos de uso frequente, mas seu significado diferencial não é muito claro, pois se pedirmos para quem os usa defini-los, certamente alguns irão se encontrar em uma situação complexa. Talvez tivessem que dizer da ética e da moral o que Santo Agostinho nos disse do tempo nas “Confissões”: “Eu sei o que é tempo enquanto não me perguntam, quando me perguntam já não sei o que responder”. (FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p.21).

Ética e moral se relacionam como uma ciência específica e seu objeto. Ambas as palavras mantêm assim uma relação que não tinham propriamente em suas origens etimológicas. Moral vem do latim *mos* ou *mores* e significa “costume” ou “costumes”, no sentido de conjunto de normas ou regras adquiridas por hábito. Assim, a moral se refere ao comportamento adquirido ou modo de ser conquistado pelo ser humano. Ética vem do grego *ethos*, que significa analogamente “modo de ser” ou “caráter” enquanto forma de vida também adquirida ou conquistada. Desta maneira, originariamente, *ethos* e *mos*, “caráter” e “costume”, assentam-se em um modo de comportamento que não corresponde a uma disposição natural, mas que é adquirido ou conquistado por hábito. É precisamente esse caráter não natural da maneira de ser do ser humano que, na Antiguidade, lhe conferiu sua dimensão moral. (VÁZQUEZ, 2006, p. 24).

Percebe-se assim,

que o significado etimológico de *moral* e *ética* não nos fornecem o significado atual dos dois termos, mas nos situam no terreno especificamente humano no qual se torna possível e se funda o comportamento moral: o humano como o adquirido ou conquistado pelo homem sobre o que há nele de pura natureza. O comportamento moral pertence somente ao homem na medida em que, sobre a sua própria natureza, cria esta segunda natureza, da qual faz parte a sua atividade moral. (VÁZQUEZ, 2006, p. 24-25).

A ética é a teoria ou ciência do comportamento moral do ser humano na sociedade. A ética não cria a moral, mas a ética se depara com uma experiência histórico-social de práticas morais já em vigor e, partindo delas, procura determinar a essência da moral, sua origem, as condições objetivas e subjetivas do ato moral, as fontes da avaliação moral, a natureza e a função dos juízos morais, os critérios de justificação destes juízos e o princípio que rege a mudança e a sucessão de diferentes sistemas morais. (VÁZQUEZ, 2006).

Alguns autores usam os termos ética e moral como sinônimos, já que etimologicamente o são porque representam a tradução grega e latina uma da outra. Destaca-se como exemplo Peter Singer (2000), o qual acredita que o artificialismo de dizer que determinadas crenças morais estão corretas enquanto preferências éticas podem estar erradas, provocam confusão e dificuldades de entendimento. Beauchamp e Childress (2002) também empregam os termos ética e moral como sendo idênticos e destacam que teoria ética e filosofia moral são os termos apropriados para se referir à reflexão filosófica sobre a natureza e a função da moralidade.

No entanto, a tendência mais frequente na bibliografia especializada e também no uso corrente destes vocábulos é uma distinção semântica entre moral e ética. O termo “ética” se reserva para a disciplina filosófica (ou teológica) que estuda racionalmente a conduta humana, do ponto de vista dos deveres e das virtudes morais. A ética é saber racional, enquanto reflexão crítica sobre a ação da vida moral. (FERRER; ÁLVAREZ, 2005; VÁZQUEZ, 2006; MALIANDI, 2006).

Tugendhat (1996) também diferencia ética de moral, compreendendo a ética como a reflexão teórico-filosófica sobre a moral.

Foucault discute a ambiguidade da palavra moral, enfatizando que “moral” pode significar um conjunto de valores e de regras de conduta propostas aos indivíduos e aos grupos por intermédio de vários aparelhos prescritivos (família, escolas, igrejas, entre outros), o que caracteriza o “código moral”. Entretanto, também se entende por “moral” o comportamento real dos indivíduos em sua relação com as regras e os valores que lhes são propostos, a maneira como eles se submetem ou rejeitam um princípio de conduta ou como respeitam ou negligenciam um conjunto de valores; de que modo e com que margem de variação ou de transgressão, os indivíduos ou grupos se conduzem em referência a um sistema prescritivo, que é explícita ou implicitamente dado em sua cultura, e do qual eles têm consciência mais ou menos clara. A isso se chama “moralidade dos comportamentos”. (FOUCAULT, 2006, p. 211). Desta forma, existem os códigos e as

condutas frente aos códigos.

No entanto, “uma coisa é uma regra de conduta; outra, a conduta que se pode comparar com a regra”, outra ainda “é a maneira como é preciso “conduzir-se”, ou seja, a maneira como se deve constituir a si mesmo como sujeito moral, agindo em referência aos elementos prescritivos que constituem o código”, assinala Foucault (2006, p. 211). Há diferentes maneiras do indivíduo “se conduzir”, para que ao agir, não o faça simplesmente como agente, mas sim como um sujeito moral dessa ação. (FOUCAULT, 2006, p. 212).

Foucault chama de ética a relação que o sujeito deve ter consigo mesmo, a maneira como o indivíduo deve se constituir a si mesmo como um sujeito moral de suas próprias ações. Articula a ética com a subjetividade e os processos de subjetivação. A subjetivação é a dimensão propriamente ética da moral; ela diz respeito à constituição de um *ethos*, de um modo de ser; o modo como um indivíduo se torna propriamente um sujeito, o sujeito de uma conduta moral. (FOUCAULT, 2004; FOUCAULT, 2006).

Na relação de si para consigo mesmo que determina o modo de constituição de subjetividades, há quatro aspectos a serem observados, segundo Foucault (2006, p. 212-13). A *determinação da substância ética* que é a maneira pela qual o indivíduo deve constituir este ou aquele aspecto dele próprio como matéria principal de sua conduta moral; o *modo de sujeição* é a maneira como o indivíduo se relaciona com a regra e se reconhece ligado à obrigação de colocá-la em prática; as *formas de elaboração do trabalho ético* realizado sobre si mesmo para não só tornar seu comportamento adequado a uma regra, mas para tentar transformar a si mesmo em sujeito moral de sua conduta.; e a *teleologia do sujeito moral* destacando que uma ação não é moral somente em si mesma e na sua singularidade, mas também pela sua inserção e pelo lugar que ela ocupa no conjunto de uma conduta; uma ação moral visa à constituição de uma conduta moral que conduza o indivíduo não simplesmente a ações sempre conformes a valores e a regras, mas também a um certo modo de ser, característico do sujeito moral. (FOUCAULT, 2006, p. 212-213).

A ética é uma análise racional das obrigações que o ser humano tem, não só para com os demais, mas também para consigo mesmo. (GRACIA, 1998). A ética como disciplina procura responder às questões de como e por que julgamos se uma ação é moralmente correta ou errada e que critérios devem orientar esse julgamento. (BORGES; DALL’ÁGNOL; DUTRA, 2002).

A moralidade é “a capacidade de agir segundo a consciência bem

informada e de tomar decisões concretas, com uma atitude íntegra, visão clara e muito discernimento” (GELAIN, 1998, p. 19).

Independente do posicionamento de cada autor referente à sinonímia ou não dos termos ética e moral, a Enfermagem tem como um de seus princípios fundamentais o exercício das atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade e, para tal, estes princípios devem estar articulados à prática cotidiana.

As abordagens da Ética incluem as *normativas* que apresentam os padrões de ações boas ou más; as descritivas que relatam aquilo em que as pessoas acreditam e como elas agem, e a metaética que analisa a linguagem, os conceitos e os métodos do raciocínio na ética, sendo estas duas últimas classificadas como *não-normativas*. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

A ética normativa se divide em *teleológica*, a qual determina o que é correto de acordo com certa *finalidade* que se pretende atingir e apresenta como subdivisão a ética consequencialista e a ética das virtudes; a ética *deontológica* define o que é correto segundo as regras e as normas em que se fundamenta a ação, tendo como corrente principal a ética kantiana ou ética do dever. (BORGES; DALL’AGNOL; DUTRA, 2002).

As teorias éticas oferecem uma estrutura que fornece subsídios para a reflexão sobre a aceitabilidade das ações e avaliação dos juízos e o caráter moral. No cotidiano da Enfermagem, a tomada de decisão dos profissionais envolve uma reflexão acerca do que este ato vai interferir na saúde e na vida da pessoa cuidada. Não só os dilemas éticos exemplares, como a indicação de transfusão de sangue em pessoas adeptas de ramos religiosos como testemunhas de Jeová, mas também as dúvidas “simples” da microesfera do cuidar. As decisões sobre a permanência do acompanhante sem que este tenha o mínimo de conforto, não dispor de uma sonda de calibre adequado para realizar um cateterismo vesical e outras situações desfavoráveis que exigem reflexão ética para manter íntegras as ações de enfermagem.

Dentre as teorias ético-filosóficas enfatiza-se, neste estudo, a ética das virtudes, os princípios da ética biomédica, a teoria da justiça como equidade e a ética da responsabilidade. Também porque essas teorias estão entre as mais citadas e discutidas, sendo que, especialmente, a ética biomédica é largamente difundida no campo da saúde, sendo uma referência atual no ensino da Enfermagem.

A ética das virtudes apresenta-se como um modo peculiar de compreender a vida moral. É uma tendência recente após um período de certa negligência em relação a esse elemento fundamental da moral.

Dentre os vários filósofos que trabalham com este tema, destacam-se Anscombe, Geath, Foot, Williams, Slote e MacIntyre, sendo este último um dos mais eminentes. Alasdair MacIntyre, filósofo escocês naturalizado americano, enfatiza que as virtudes devem guiar a compreensão da finalidade e do valor das regras morais. (BORGES; DALL'AGNOL; DUTRA, 2002).

Virtudes são aquelas disposições que não somente mantêm as práticas e nos permitem alcançar os bens intrínsecos às práticas, mas que nos impelem também a uma permanente busca do bem, ajudando-nos a vencer os riscos, perigos, tentações e distrações com que nos deparamos nesse curso e nos fornecendo um crescente autoconhecimento e crescente conhecimento do bem. (MAC INTYRE, *apud* BORGES; DALL'AGNOL; DUTRA, 2002, p. 65).

Sócrates (470 a.C.- 399 a.C) identificou a virtude com o conhecimento, Platão (428 a.C.-347 a.C.) a chamara de ação harmoniosa e Aristóteles (384 - 322 a.C.) como uma disposição adquirida de fazer o bem, enfatizando que as virtudes se aperfeiçoam com o hábito e levam à felicidade, esta entendida como um estado de autonomia em nível pessoal e social. (DURANT, 2000).

Aristóteles dividia as virtudes (excelência) em intelectuais e morais. As virtudes intelectuais necessitam em boa parte da educação, da experiência e do tempo, e as morais também não são produto natural ou imanente. Não nascemos virtuosos. A natureza apenas nos tornou receptivos para as virtudes, capazes de virtudes, mas esta capacidade necessita absolutamente do concurso da nossa ação, pela maturidade e pelo hábito. As virtudes estão assim nos seres humanos não em ato, mas em potência. É praticando que aprendemos, e é praticando as virtudes que nos tornamos virtuosos. (ARISTÓTELES, 2001).

É necessário existir uma correspondência entre as virtudes e os princípios, pois determinados julgamentos são baseados em normas gerais e não somente nas virtudes, assim como os princípios não funcionam como diretrizes precisas de ação. “Os princípios são diretrizes que deixam um espaço considerável para um julgamento em casos específicos e que proporcionam uma orientação substantiva para o desenvolvimento de regras e políticas mais detalhadas”. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 55).

Os princípios requerem julgamentos, que por sua vez dependem

do caráter, do discernimento moral e do senso de responsabilidade de uma pessoa. O caráter consiste num grupo de traços estáveis que afetam o julgamento e a ação de uma pessoa. Embora se tenham diferentes traços de caráter, as pessoas têm a capacidade de cultivar os traços essenciais da moralidade. Na vida profissional, os traços de caráter que precisam ser desenvolvidos derivam das responsabilidades de cada atribuição. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Em sua obra *Principles of biomedical Ethics*, Beauchamp e Childress procuram analisar sistematicamente os princípios morais que devem ser aplicados na biomedicina num enfoque principialista, no sentido de aplicar os princípios éticos gerais aos problemas da prática assistencial. Estes autores desdobraram os três princípios do Relatório de Belmont (1978) (beneficência, justiça e autonomia) em quatro, distinguindo a não-maleficência da beneficência. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005).

Dentre as formas de ação que têm o propósito de beneficiar outras pessoas, num sentido mais amplo, a beneficência é conceituada como uma ação realizada em benefício dos outros; a benevolência como a virtude ligada à disposição de agir em benefício de outros e o *princípio da beneficência* refere-se à obrigação moral de agir em benefício de outros, promovendo seus interesses legítimos e importantes. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 282).

No princípio da beneficência existem duas regras como expressões complementares dos atos de beneficência, quais sejam, não causar dano e maximizar os benefícios, minimizando os possíveis riscos. A Enfermagem fundamenta-se na promessa de agir sempre para o bem da pessoa que é assistida. Este princípio relaciona-se com as idéias de solidariedade e responsabilidade. (BUB, 2001).

O *princípio da não-maleficência* propõe a obrigação de não infligir dano intencional e está estreitamente associado com a máxima "*Primum non nocere*: acima de tudo, não causar dano". Embora proclamada como o princípio fundamental da tradição hipocrática, essa máxima não figura no *corpus* hipocrático. A obrigação de não causar dano é claramente distinta da obrigação de ajudar os outros. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Os profissionais da enfermagem correspondem a este princípio quando evitam situações de risco, ponderando sobre as suas ações antes de executá-las.

O *princípio do respeito à autonomia* implica em tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, diminuindo os temores e outras condições que arruinem sua autonomia. Incorpora as convicções éticas de que os indivíduos devem ser capazes de deliberar sobre seus

objetivos pessoais e de agir na direção desta deliberação e as pessoas com autonomia diminuída devem ser protegidas. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Autonomia é a capacidade de agir de acordo com a vontade. Decidir por si mesmo nas questões que dizem respeito a si próprios, ou seja, é fazer a sua escolha de maneira consciente. O princípio da autonomia agrega as convicções éticas de dizer a verdade; respeitar a privacidade dos outros; proteger informações confidenciais; obter consentimento para intervenções e, quando solicitado, ajudar os outros a tomar decisões importantes. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

A informação é o elemento fundamental no processo de autonomia. É a base da decisão, do julgamento e da ponderação. O mútuo entendimento e clareza dos resultados desejados levam à participação do indivíduo no seu cuidado. Na prática de Enfermagem a aplicação desse princípio ainda é muito incipiente, embora fortalecido cada vez mais no discurso da(a) profissional enfermeiro(a).

O *princípio da justiça* é entendido por Beauchamp e Childress (2002) como sendo a expressão da justiça distributiva, que é a distribuição justa, equitativa e apropriada do ônus e dos benefícios na sociedade, de acordo com normas que estruturam os termos da cooperação social. Japiassú e Marcondes (1996, p. 152) definem justiça distributiva como o “princípio ético-político que estabelece a atribuição a cada um o que lhe é devido”. A ponderação quanto à distribuição justa e equitativa gera questões a respeito dos princípios da justiça.

A teoria da justiça como equidade de Rawls reconhece a obrigação social e positiva de eliminar ou reduzir as barreiras que impedem a equitativa igualdade de oportunidade. A justiça como equidade compreende o princípio da igual liberdade, princípio da igualdade das oportunidades e o princípio da diferença. Uma sociedade justa zela para que nenhuma liberdade seja mais limitada do que o necessário para que todos possam desfrutar igualmente dela. Assim como não permite que a origem social afete em nada as oportunidades de acesso às diversas funções. (RAWLS, 2003).

Enquanto o utilitarismo se preocupa com a maximização do bem estar da coletividade, às expensas dos direitos de cada indivíduo, nessa Teoria a sociedade deve otimizar a sorte dos desfavorecidos. A repartição do bem estar e a questão da justiça distributiva gozam de um lugar essencial, diferentemente do utilitarismo. (RAWLS, 2003).

O princípio da diferença exige a minimização das desigualdades, a maximização do bem estar dos desfavorecidos, e qualquer desigualdade deve ser especialmente justificada. A desigualdade só pode

existir quando servir aos desfavorecidos. O princípio da diferença representa o meio mais eficaz e razoável de se ampliar a igualdade. (RAWLS, 2003).

Na área da saúde, no Brasil, está posto o direito de todos receberem assistência de saúde, conforme preconizam os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) - a universalidade, a equidade e a integralidade. No princípio da universalidade é destacado que a saúde é um direito de cidadania e de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito. Neste sentido, o acesso às ações e serviços deve ser garantido independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. O princípio da equidade tem como objetivo diminuir desigualdades. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. O princípio da integralidade considera a pessoa como um todo, buscando atender as suas necessidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Entretanto, ainda se busca a consolidação dos princípios do SUS, pois falta promover a articulação com outras políticas públicas e, enquanto isso não acontece, os profissionais de saúde diariamente enfrentam problemas e dilemas éticos. Há enormes desafios para a superação das desigualdades de condições de vida e de acesso aos serviços e, ainda, há defasagens de investimento e qualificação dos recursos humanos em saúde.

A *responsabilidade* ética traz a noção de que um indivíduo deve assumir seus atos, reconhecendo-se como autor destes e aceitando suas consequências, sejam estas positivas ou negativas, estando, portanto sujeito ao elogio ou à censura. (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1996).

O *princípio da responsabilidade* de Hans Jonas visa o compromisso com as gerações futuras através da preservação da essência do ser humano contra o seu próprio poder. Em razão da extensão desmedida do poder que a era da civilização tecnológica investe, o agir coletivo implica em periculosidade para a natureza como um todo. (GIACOIA JR, 2001).

Hans Jonas, tomando como contraponto o imperativo categórico de Kant, descreveu um imperativo que seria adequado ao novo tipo do agir humano - age de maneira tal que os efeitos da tua ação sejam compatíveis com a permanência de autêntica vida humana sobre a terra. (GIACOIA JR, 2001).

A responsabilidade dos profissionais da Enfermagem pelo cuidado e *pela preservação da vida* perpassa o dever de refletir sobre as suas ações, mantendo-as íntegras e assegurando a qualidade do cuidado. As decisões tomadas pelos profissionais de enfermagem em sua prática

devem pautar-se pela ética, pelos saberes técnicos e científicos. O agir suscita dimensões de responsabilidade, principalmente quando o resultado das ações influenciará na saúde e na vida de outras pessoas.

Somos responsáveis pelas nossas decisões e, portanto pelas consequências das mesmas. A responsabilidade demanda, em sentido global, sermos responsáveis por nós próprios, mas também pelas outras pessoas. Temos liberdade de escolha das nossas ações. Liberdade implica não apenas sabermos distinguir o bem do mal, o justo do injusto, mas, sobretudo de agir em função de valores que nós próprios escolhemos. Não há comportamento moral sem certa liberdade.

Vázquez (2006, 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, comprováveis”. No entanto, o autor enfatiza que esta abordagem científica dos problemas morais ainda está muito longe de ser satisfatória. (VÁZQUEZ, 2006).

A maioria das éticas antigas, por exemplo, as kantianas, tinham em vista apenas as normas que desempenhavam um papel na vida intersubjetiva de adultos situados em uma proximidade espaço-temporal. (TUGENDHAT, 1996). A “agenda moral” dos dias atuais está cheia de itens em que escritores éticos do passado mal ou sequer tocaram porque na sua época esses problemas não eram articulados como parte da experiência humana. (BAUMAN, 1997, p. 5). Basta mencionar os problemas em nível de vida diária, tais como as relações entre os casais, a parceria sexual e familiar, aborto, a pobreza no mundo, a tecnologia genética, direitos humanos, justiça social, sincronização entre a conduta individual e o bem-estar coletivo precisam ser vistos e tratados de maneira nova. (TUGENDHAT, 1996; BAUMAN, 1997).

Com o gradual afrouxamento da força da tradição e a crescente pluralidade de contextos mutuamente autônomos nos quais se conduzem a vida de crescente número de homens e mulheres, existe a necessidade de se fazer escolhas. (BAUMAN, 2005). As ações que a pessoa precisa escolher, as ações que escolheu dentre outras ou as que podia escolher, mas não o fez, precisam ser calculadas, medidas e avaliadas. A avaliação é parte indispensável da escolha para a tomada de decisão; é necessidade sentida por seres humanos como tomadores de decisão, necessidade sobre a qual raramente refletem os que agem por hábito. (BAUMAN, 2005).

### 3.2 BIOÉTICA

A *bioética* surgiu no contexto do debate sobre o “poder” da ciência e da tecnologia sobre a vida humana, principalmente mobilizada pelas barbáries realizadas nas pesquisas envolvendo seres humanos. A necessidade de se discutir os efeitos resultantes do avanço tecnológico das ciências da saúde e as relações dos profissionais com as pessoas que buscam serviços de saúde era emergente, já que a reflexão sobre a ética não parecia acompanhar a evolução tecno-científica.

O termo bioética é um neologismo criado pelo oncologista americano Van Rensselaer Potter em 1970, referindo-se a ela como a “ciência da sobrevivência”. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005, p. 34). A histórica publicação do livro *Bioethics: Bridge to the Future* por Van Rensselaer Potter, em 1971, e a criação do Instituto Kennedy de Ética na Universidade Georgetown, também em 1971, por André Hellegers, com o apoio de Sargent Shriver e da Família Kennedy, são os fatos que marcam oficialmente o “nascimento” do termo e conceito de bioética. (PESSINI; HOSSNE, 2008).

Potter refere-se a esta área do conhecimento multidisciplinar como uma *ponte* entre as ciências biológicas e da saúde e a ética, visando a uma bioética global e voltada ao social. Colaboram diversas disciplinas comprometidas com a vida humana, vegetal e animal. A abordagem se refere ao princípio e fim da vida humana, à pesquisa com seres humanos, à experimentação com animais e demandas ambientais conflitivas, e a políticas de saúde. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005; DINIZ; GUILHEM, 2005).

Em 1978, o Professor Warren Reich definiu bioética como o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e da saúde, enquanto esta conduta é examinada à luz de valores e princípios morais, na *Encyclopedia of Bioethics*. Em 1995, o Professor Reich aprimorou a sua definição, incluindo os aspectos de sistematização, interdisciplinaridade e pluralismo como característicos da bioética, ficando assim postulada: bioética é o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisão, conduta e normas morais – das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar. (DURAND, 2003).

A disciplina bioética nasce como uma proposta de diálogo que não se limita às situações da esfera individual, mas que abrange questões da esfera coletiva e suas consequências para a humanidade. A medida que ela se desenvolve, a diversidade de assuntos discutidos se

amplia, necessitando de mais metodologias, e por isso destacam-se quatro áreas de investigação distintas, mesmo que na prática elas se sobreponham e não possam ser separadas claramente. A bioética teórica se relaciona com a fundamentação intelectual da disciplina; a bioética clínica à tomada de decisões morais daqueles que diariamente cuidam de pacientes; a bioética normativa através de regulamentos e políticas bioéticas tem o propósito de moldar regras legais ou procedimentos para que sejam aplicados em alguns casos ou em práticas gerais; e a bioética cultural se refere ao trabalho sistemático de relacionar a bioética com o contexto histórico, ideológico, cultural e social no qual se expressa. (CALLAHAN, 2002).

O discurso bioético tem pluralidade de origens. Ele não é apenas filosófico, jurídico, político ou científico. É um discurso com múltiplas ressonâncias, o qual estimula a interrelação de disciplinas e pontos de vista. Nesse sentido, um discurso é a articulação de quem fala com a linguagem, e este pode ser incomensurável em matizes. Não somente importa o que se diz, mas a quem se diz, porque e como se diz. Considerando uma disciplina como um discurso, em tantos discursos criam os objetos dos quais falam. Trabalham em construções, objetos disciplinares que existem somente dentro das fronteiras desse discurso que lhes dá vida. Mas uma disciplina supõe, além disso, a interação de um sujeito falante com uma linguagem que cria os objetos de que fala, uma forma de institucionalização e esta pode apresentar-se em termos sociais e cognitivos. (STEPKE, 2002).

O papel fundamental da bioética é reconhecer que é necessário o desenvolvimento de estratégias de mediação para os conflitos morais e também assegurar que não é preciso que todos os personagens morais tenham as mesmas crenças, mas que saibam se respeitar e se tolerar mutuamente. (DINIZ; GUILHEM, 2005).

Numa perspectiva crítica a abordagens tradicionais, é proposta a bioética cotidiana, como aquela que visa a reflexão sobre os conflitos envolvidos nas relações humanas do dia-a-dia. É uma bioética que está mais próxima à experiência de todas as pessoas e de todos os dias. (BERLINGUER, 2004). Com efeito,

as reflexões morais sobre nascimento, relação entre os gêneros, tratamento de doentes, morte, sobre as relações entre as diversas raças humanas e a interdependência entre os homens e os outros seres viventes têm uma história antiga, quase tanto quanto a do gênero humano; hoje, essas reflexões orientam, de modo mais ou menos consciente, as

decisões de cada etnia ou grupo social e de cada indivíduo, mesmo daqueles que estão mais longe de usar e até de conhecer as conquistas mais avançadas da ciência. (BERLINGUER, 2004, p. 10).

No campo da saúde a bioética ganhou grande visibilidade, exatamente porque trata dos valores relativos à saúde e a doença, a vida e a morte dos seres humanos. Assim a bioética é um processo de deliberação acerca dos limites individuais e coletivos da vida humana. Os objetivos da vida humana são principalmente sociais e políticos e como o propósito das profissões da área da saúde derivam desses objetivos, é importante compreender que a bioética está comprometida inevitavelmente com fatos que ocorrem além das instituições de saúde. (GRACIA, 2000).

A bioética não é uma mera ética profissional, mas também e fundamentalmente uma parte da filosofia política, uma disciplina social e política. Rawls (2003) enfatiza a importância do que chama de “racionalidade deliberativa” como um caminho para formular planos racionais em matéria de justiça e, portanto como procedimento para a elaboração de leis e normas. A deliberação é um método da razão prática. Assim pois, deve ser incentivada quando os valores e os limites da vida humana, individual e coletivamente, estão em jogo. E a bioética deve colaborar nesta tarefa. (GRACIA, 2000).

Os procedimentos comuns da prática cotidiana dos profissionais da enfermagem devem ser pensados de uma forma coerente e ética, pois os resultados das ações demonstram o compromisso da profissão com o cuidar do ser humano em sua dignidade. Ramos et al. (2005, p. 31) ressaltam que “só podemos pensar na bioética como tarefa de problematização e, portanto, tarefa filosófica e política, tarefa de permanente desconstrução... de argumentos, de valores, de nossos próprios arrimos e confortos, de exercício sobre si mesmo”.

Na análise dos discursos profissionais contidos nos processos éticos arquivados no Coren/SC, foram identificadas informações que representam a expressão da disciplina Enfermagem em sua prática, como as deliberações morais são articuladas com a realidade e com aquilo que se espera de um profissional da enfermagem em termos morais, éticos, sociais, políticos, científicos.

### 3.3 MÉTODOS DE ANÁLISE OU DELIBERAÇÃO MORAL

Os profissionais de saúde, em seu cotidiano, vivenciam conflitos morais os quais levam à discussão e à tomada de decisão a partir de uma análise da situação. Envolvida de elementos subjetivos, crenças, valores e princípios e também do conhecimento técnico, a decisão tomada, muitas vezes, não se constitui na melhor opção, quando avaliada sob outros aspectos que não os utilizados por quem analisou o conflito.

Rachels (2006) assinala que os julgamentos morais precisam ser endossados por razões válidas e que a moralidade exige uma consideração imparcial do interesse de cada indivíduo. Também destaca o autor, que os sentimentos das pessoas podem ser irracionais, podem ser nada mais do que produtos do preconceito, do egoísmo ou da condição cultural. Os sentimentos devem ser guiados o máximo possível pelos argumentos, que podem ser dados pelos pontos de vista opostos. A moralidade é uma questão de consulta à razão e a coisa certa a se fazer moralmente, em qualquer circunstância, é aquela para a qual há as melhores razões. (RACHELS, 2006).

Na bioética clínica existem alguns métodos de análise moral, os quais possibilitam um estudo racional, sistemático e objetivo dos conflitos morais surgidos na assistência aos pacientes, a fim de que a decisão tomada se constitua num ato correto. Estes modelos foram elaborados por bioeticistas europeus e norte-americanos, e qualquer um deles permite chegar a um resultado satisfatório e muito podem auxiliar os profissionais de saúde e os Comitês de Bioética, servindo como ponto de partida para um treinamento na metodologia de discussão de casos. (LOCH, 2008).

Os métodos de análise moral

geralmente partem de um princípio ou teoria moral e chegam à solução do problema aplicando estas normas a uma situação factual, num processo dedutivista, que poderíamos caracterizar como ‘de cima para baixo’, ou seja, da regra geral para a situação particular. As críticas mais contundentes destes métodos dedutivistas em ética aplicada são de que estão muito distanciados da realidade clínica, possuindo pouca utilidade prática para os profissionais de saúde. Por outro lado, existem alguns bioeticistas que preconizam uma metodologia casuística, que prima pela concreção e pela habilidade de resultar em

recomendações práticas para o pessoal sanitário. O método casuístico trabalha o conflito ‘de baixo para cima’, dando ênfase à análise de casos semelhantes, já ocorridos, e das soluções propostas naquelas situações, comparando as similaridades e as diferenças entre o caso presente e os anteriores, para chegar a uma solução do conflito, baseando-se nesta ‘jurisprudência’ bioética e não em princípios ou regras. Os críticos deste método afirmam que a análise assim levada a efeito seria muito superficial de uma perspectiva filosófica e sugerem fazer uma triangulação entre os casos paradigmáticos, o caso atual e os princípios e fundamentos éticos, capazes de dar sustentação aos argumentos para a tomada de decisão. (LOCH, 2008, p. 303-04).

Diego Gracia, bioeticista espanhol, desenvolveu um método de deliberação moral embasado no método clínico, afirmando que a lógica da medicina baseia-se em fatos e que o juízo ético também se inicia na percepção dos fatos, opiniões e circunstâncias, e na avaliação da importância ética destes fatos é que eles ganham significado. (GRACIA, 2000).

Para Gracia (2001, p. 22) deliberação

é o processo de ponderação dos fatores que intervêm em um ato ou situação concretos, a fim de buscar sua solução ótima ou, quando esta não é possível, a menos lesiva. A deliberação pode ser individual ou coletiva. Delibera-se sobre o que permite diferentes cursos de ação, em ordem, a buscar o mais adequado. Nem sempre se consegue que todo o mundo aceite um curso como o mais adequado. Após a deliberação, pois, resulta a possibilidade que duas pessoas cheguem a conclusões distintas e que, portanto elejam cursos de ação diferentes.

A deliberação é a capacidade de relativizar a própria perspectiva acerca dos fenômenos, levando em consideração as perspectivas dos outros, discutindo racionalmente os seus pontos de vista e modificando progressivamente a visão do processo. A deliberação é um modo de

conhecimento, porque durante a mesma todos os envolvidos se encontram em um contínuo processo, pacífico e não-coercitivo, de avaliação e mudança de seus próprios pontos de vista. Um processo deliberativo funciona bem quando as opiniões detidas pelos participantes no ponto de partida são diferentes daquelas que apoiam o fim do processo. Neste caso, a solução final adotada em comum não irá coincidir com as posições assumidas pelos participantes no início do processo. (GRACIA, 2000).

Deliberar é uma arte, baseada no respeito mútuo, em certo grau de humildade ou modéstia intelectual e no desejo de ampliar a própria compreensão dos fatos, ouvindo e trocando opiniões e argumentos com outras pessoas implicadas no processo. (GRACIA, 2000). A deliberação é um modo de análise público e crítico dos próprios pontos de vista. Necessita de certos conhecimentos, mas principalmente de certas habilidades e, sobretudo de alguns traços de caráter. Uma pessoa com graves restrições psicológicas, com medos inconscientes ou preconceitos rígidos, sem a capacidade de analisá-los e verbalizá-los pacificamente sem ansiedade, terá uma capacidade reduzida de intervir ativamente em um processo de deliberação. (GRACIA, 2000).

A experiência mostra que o processo em si mesmo atua como educativo, melhorando as capacidades das pessoas nele implicadas. Pode se dizer que ninguém sabe como deliberar de maneira natural. A deliberação não é um comportamento natural, mas moral. De maneira natural, todo mundo acredita possuir a verdade e pensa que todos os que defendem opiniões ou crenças distintas das suas são ingênuos ou maus. (GRACIA, 2000).

Deliberar é um processo de auto-educação. Talvez também seja um processo de auto-análise, e até certo ponto uma terapia. Sócrates passou sua vida educando gente jovem através da deliberação, ou no processo da deliberação. Sócrates não respondeu perguntas, somente ajudou as pessoas a encontrar suas próprias respostas às perguntas. (GRACIA, 2000).

A razão prática é deliberativa, mas a deliberação é uma tarefa difícil. Necessita de muitas possibilidades, tais como a ausência de restrições externas, boa vontade, capacidade de dar razões, respeito pelos outros quando estão em desacordo, desejo de entendimento, cooperação e colaboração. Este é o marco para um processo de deliberação verdadeiro. A deliberação não se apoia na decisão, mas no compromisso. (GRACIA, 2000).

A deliberação é em si um método, um procedimento. **O processo deliberativo para análise de casos bioéticos** apresenta oito fases, que

são as seguintes:

Apresentação do caso pela pessoa responsável pela tomada de decisão

Discussão dos aspectos médicos da história

3. Identificação dos problemas morais que apresenta

4. Eleição pela pessoa responsável pelo caso do problema moral que a ela preocupa e quer discutir

5. Identificação dos cursos de ação possíveis

6. Deliberação do curso de ação ótimo

7. Decisão final

8. Argumentos contrários à decisão e argumentos contrários a esses argumentos, que estaríamos dispostos a defender publicamente. (GRACIA, 2000).

Loch (2008) destaca outros modelos consagrados de análise de casos em bioética clínica, tais como o modelo Principlista, o de Thomasma e o de Albert R. Jonsen, abaixo apresentados.

### **Modelo Principlista**

I. Princípios *prima facie*: não-maleficência, beneficência, autonomia e justiça

II. Princípios reais e efetivos:

- hierarquizar os princípios *prima facie* em conflito, considerando a situação concreta e as consequências previsíveis.

- a hierarquia pode variar de pessoa para pessoa, segundo a percepção que tenham da situação concreta.

- levar em consideração o maior número de perspectivas, para enriquecer a análise, antes de tomar uma decisão. (LOCH, 2008, p.311)

### **Modelo de Thomasma**

1. Descrever todos os fatos do caso. Investigar cada fato médico não presente no caso, mas relevante para sua resolução.

2. Descrever os valores relevantes dos médicos, dos pacientes, dos membros da família e da equipe, da instituição e da sociedade.

3. Determinar o principal valor ameaçado.

4. Determinar os possíveis cursos de ação que podem proteger o maior número possível de valores, neste caso concreto.

5. Eleger um curso de ação.

6. Defender este curso de ação a partir dos valores que o fundamentam. Por que se eleger, neste caso, um valor sobre o outro? Por que o curso de ação X é melhor que Y? (LOCH, 2008, p.311)

### **Modelo de Albert R. Jonsen**

#### I. O Caso (um conjunto de):

1. Fatos: pessoa, tempo, lugar, ações, sintomas e sinais, aparelhagem, etc
2. Opiniões: diagnóstico, prognóstico, opções
3. Máximas: coisas que se devem promover ou evitar
4. Valores: estados que se devem promover ou evitar

#### II. Apresentação do caso:

1. Indicações médicas: diagnóstico e prognóstico, objetivos terapêuticos, eficácia/ ineficácia, utilidade/futilidade
2. Preferências do paciente: princípio de autonomia: capacidade de eleição, consentimento informado, decisões de substituição, decisões antecipadas, recusa.
3. Qualidade de vida: avaliação subjetiva de um espectador da experiência subjetiva de outro: riscos, justificativas de retirada de suporte vital.
4. Fatores sociais e econômicos: família, distribuição de recursos, pesquisa, confidencialidade, proteção de terceiros, custos.

#### III. Resolução do Caso

1. Máximas mais importantes e princípios envolvidos
2. Taxonomia: classificar os casos que são similares, ainda que diferentes
3. Soluções prováveis ou razoáveis. (LOCH, 2008, p. 312).

Se for observado que os valores morais subjetivos devem ser considerados na tomada de decisão ética e não apenas serem valorizados os elementos da racionalidade, pode-se dizer que existe uma limitação do método clínico. Edmund Pellegrino, professor emérito de medicina e ética médica e professor adjunto de filosofia da Universidade de Georgetown, sendo uma referência em bioética da concepção, considera a medicina como uma prática profissional tradicional e moralmente orientada. (AZEVEDO, 2005). Pellegrino observa que há padrões morais que orientam *internamente* a atividade médica e por isso demonstra resistência em aceitar a tese de que a atividade médica deva orientar-se apenas por princípios de moralidade externos e, portanto, autônomos relativamente à própria medicina, e derivados de uma suposta “moralidade comum”, fazendo dos cânones da racionalidade médica princípios puramente esquemáticos, em certo sentido, “frios” e desumanizados, já que desarraigados de qualquer noção de virtude ou tradição. (AZEVEDO, 2005, p.47).

A **abordagem de Murphy e Murphy** (1976) para a tomada de decisão ética inclui:

- Identificar o problema de saúde
- Identificar se é um problema ético
- Identificar as pessoas envolvidas na tomada de decisão
- Identificar o papel de quem decide
- Considerar as alternativas possíveis
- Considerar as consequências a curto e longo prazo de cada alternativa
- Escolher a decisão
- Comparar a decisão com a filosofia de assistência ao paciente
- Acompanhar a situação até que se possa ver os resultados reais da decisão, e usar essas informações para ajudar na tomada de decisões futuras.

O **modelo proposto por Patricia Crisham** (1985) incorpora o processo de enfermagem e princípios da ética biomédica e é útil no esclarecimento de problemas éticos resultantes de obrigações conflitantes. Esse modelo chamado de MORAL, um mnemônico que representa:

**M** (*massage the dilemma*) – Massagear o dilema. Reunir informações significativas acerca do problema ético e decidir que deverá se envolver no processo decisório.

**O** (*outline options*) – Esboçar opções. Identificar alternativas e analisar causas e consequências de cada uma. Concentrar-se na geração de várias alternativas efetivas para alcançar o objetivo.

**R** (*review criteria and resolve*) – Revisar critérios e resolver. Identificar e analisar os critérios morais e selecionar os mais congruentes com a situação. É importante que as questões significativas sejam realçadas. Esse passo, portanto, é mais crucial para fazer o julgamento moral que resolverá o dilema.

**A** (*affirm position and act*) – Afirmar a posição e agir. **A** – antecipar as objeções e obstáculos envolvidos na ação. **C** – clarificar a sua posição e planejar ações para responder às objeções e obstáculos. **T** – testar sua escolha. O passo ACT do modelo é achado na experiência e na reflexão dos(as) enfermeiros(as). Isso inclui implementação de um plano de ação determinando o melhor curso da ação específica, trabalhando com o obstáculo esperado e o inesperado, e mantendo o foco no objetivo.

**L** (*look back*) – Olhar para trás. Avaliar a decisão tomada. A experiência na tomada de decisão ética irá trazer novos discernimentos,

novas obrigações e deveres. (CRISHAM, 1985).

Outro modelo de resolução de problemas não desenvolvido especificamente para a análise ética, mas muito apropriado, é o **processo de enfermagem**. A natureza cíclica do processo de enfermagem e suas etapas de levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação pode ser usado como um recurso para tomar decisões e realização de *feedback* em qualquer etapa. (MARQUIS, HUSTON, 2005). As etapas da análise e avaliação de alguns modelos de tomada de decisão ética são semelhantes aos passos do processo de enfermagem, sendo uma habilidade que pode ser aprendida, pois ambas proporcionam uma abordagem ordenada para o problema. (MORTON et al., 2007). Em geral, existem cinco etapas para a resolução de um problema ético no ambiente clínico: reunir os fatos relevantes e identificar os responsáveis pela tomada de decisão e pelos custos; identificar o (s) problema (s) ético (s) e envolver os outros no processo e usar os recursos de consultoria, quando apropriados; analisar o problema utilizando regras e princípios éticos; deliberar a respeito das alternativas de ação à luz da orientação, escolher uma delas e justificar a escolha; avaliar e refletir, comparando o resultado com o que se esperava ou pretendia. (MORTON et al., 2007).

### 3.4 BASES FORMAIS PARA OS MODOS DE SER E DE AGIR NA ENFERMAGEM E AS IMPLICAÇÕES MORAIS NA PRÁTICA

Do ponto de vista ético e moral os profissionais da Enfermagem devem ter como preocupação seu modo de ser e de agir na sua prática profissional cotidiana. Assim, em relação ao agir, sua inquietude resume-se a questão: como deve agir um profissional de enfermagem? E, em relação ao ser, a questão principal é: como deve ser um profissional de enfermagem? (BUB, 2005).

Ramos et al. (2005, p. 29) também interrogam

que tantas questões da prática têm sido polemizadas sem a devida problematização ética e quantas questões éticas têm sido enclausuradas em normalizações e casuísticas exemplares e, divorciando competências técnicas, políticas, relacionais e éticas? Divorciando modos de ser de modos de fazer? As escolhas de nossos instrumentos, nossos saberes e tecnologias, são

escolhas éticas, que irão nos permitir ver isto ou aquilo, ser deste ou de outro modo? Que leituras temos feito de nossas tecnologias e de nós mesmos; do que nos tornamos ao operarmos essas tecnologias? Que efeitos nossas formas de ensinar e de cuidar tem sobre o outro e sobre nós mesmos?

Como prerrogativa fundamental na formação do enfermeiro a Resolução do Conselho Nacional de Educação da Câmara de Educação Superior - CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, a qual institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, dita que o enfermeiro é um profissional qualificado para o exercício da Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. O enfermeiro é o profissional capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; possui competências e habilidades gerais para desenvolver a atenção à saúde, a tomada de decisão, a comunicação, a liderança, a administração e gerenciamento e a educação permanente. (CNE/CES, 2001).

A atual legislação que regulamenta o exercício da enfermagem assegura os direitos e as competências de cada categoria da enfermagem. A Lei 7.498/86 de 25 de junho de 1986 foi regulamentada pelo Decreto 94. 406/87 de 08 de junho de 1987 e dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. O Presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o art. 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art.25 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, decreta:

Art. 1º - É livre o exercício de Enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições dessa Lei.

Art 2º - A Enfermagem e suas atividades Auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

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.

Art. 3º - O planejamento e a programação das

instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de Enfermagem. (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem leva em consideração, prioritariamente, a necessidade e o direito da assistência de enfermagem à população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na clientela e pressupõe que os agentes de trabalho da enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade e acessível a toda a população. (GELAIN, 1998).

Percebe-se que na formação acadêmica dos enfermeiros e das enfermeiras ainda existe uma fragmentação entre teoria, prática e ética. A metodologia empregada não contribui para a reflexão sobre a ética e valores de maneira transversal e contextualizada. É urgente a necessidade de desenvolver uma articulação entre os docentes/acadêmicos e profissionais da enfermagem, visando uma reflexão e desenvolvimento de estratégias que contribuam para um agir profissional mais ético e coerente com as necessidades de saúde das pessoas que buscam os serviços de saúde. (RAMOS et al., 2005).

De acordo com Trevizan et al. (2002) é evidente a preocupação, por parte da enfermagem brasileira, com uma nova ética para pautar a conduta do profissional da enfermagem, tornando-a mais afinada aos valores profissionais e às prioridades da pessoa assistida. Estas mesmas autoras também enfatizam a dicotomia entre o que se espera dos enfermeiros e das enfermeiras na visão dos teóricos de enfermagem e o que se verifica nas suas ações cotidianas nas instituições de saúde. (TREVIZAN et al., 2002).

No cotidiano da prática da Enfermagem há o confronto com situações em que o profissional tem que escolher entre duas ou mais alternativas, igualmente desejáveis e indesejáveis e para isso é necessário reflexão, discussão e ponderação, considerando os seus valores, princípios éticos e legais, normas ou regras de conduta agregadas, visto que a sua decisão profissional vai interferir na saúde e qualidade de vida do outro.

Dilema moral é qualquer situação na qual simultaneamente há para o agente o dever moral de adotar uma das duas alternativas; o agente não pode adotar conjuntamente as duas alternativas; o agente pode adotar separadamente qualquer das duas alternativas. (SOTTOMAYOR, 1992 *apud* GOLDIM, 2002).

O vocábulo “dilema” provém do grego *lémma* o que um escolhe ou elege e do prefixo *dís* que significa dois. Por dilema se entende, portanto, a existência de duas proposições opostas e conflitantes, de modo que a eleição de uma delas leva necessariamente ao rechaço da outra. Ao contrário, o vocábulo “problema” provém do grego *próblema*, derivado de *pró-ballo*, lançar na direção à frente. O problema está sempre diante de nós, exigindo uma resposta. Mas ninguém nos disse que o conflito sempre tenha solução, nem que as possibilidades a escolher sejam só duas, nem mesmo que a solução racional ou razoável seja uma e a mesma para todos. (GRACIA, 2000).

Os problemas são questões abertas que não sabemos se seremos capazes de resolver, nem como. A solução não está presente desde o princípio e, portanto a questão não está na eleição entre duas ou mais possíveis respostas, mas na busca de uma resposta própria e adequada. A mentalidade problemática parte sempre do suposto de que a realidade é muito mais rica e complexa do que tudo o que nós possamos conceber, e que, portanto, existe uma inadequação básica entre a realidade e o raciocínio. Nada pode abranger toda a riqueza da realidade mais simples. (GRACIA, 2000).

Mas as decisões precisam ser tomadas e envolvem sempre opção e escolha. Tomar decisões é “identificar e selecionar um curso de ação para lidar com um problema específico (...)”. O processo decisório envolve seis etapas, quais sejam identificar a situação; obter a informação; gerar soluções alternativas; avaliar e escolher a melhor alternativa; transformar a solução em ação; e avaliar os resultados. (CHIAVENATO, 2004, p. 285 e 288).

No caso do trabalho em saúde há que se considerar que as decisões sempre implicam em intervenções sobre outros seres humanos, muitas vezes em situação de fragilidade e ou vulnerabilidade. Daí que o cuidado é também problematizado em seu conteúdo ético e deve ser tema deste tipo de análise.

É essencial a reflexão sobre a responsabilidade profissional e social, uma vez que a enfermagem é uma atividade que tem tudo a ver com a sobrevivência do ser humano – e nada mais ligado à ética do que a sobrevivência humana. Como afirma Umberto Eco (2008, p. 79) “Quando o outro entra em cena, nasce a ética”.

A ética e a bioética pretendem fornecer a compreensão racional e sensível de aspectos reais e efetivos do comportamento humano para o cuidado de enfermagem. “Cuidar é mais que um ato; é uma atitude” (BOFF, 1999, p. 33) e o cuidar profissional é uma atitude aprendida eticamente.

Nesse sentido, as ações dos profissionais da enfermagem devem estar fundamentadas na ética, levando em consideração o compromisso com a pessoa que busca os serviços de saúde e seus direitos, os valores da profissão e o código de ética, integrando cuidado qualificado e o respeito pelo livre consentimento e pela promoção do cliente como um protagonista e sujeito do cuidado. (TREVIZAN et al., 2002).

No seu modo de agir cotidiano, os(as) profissionais de enfermagem levam em consideração, além do conhecimento científico, as experiências anteriores em situações similares, suas crenças, seus valores e também suas virtudes e princípios éticos. Existe uma necessidade de esses(as) profissionais fazerem uma constante reflexão sobre a sua atuação, buscando um cuidado de qualidade e minimizando os riscos, pois, segundo Carvalho (2003) a prática de enfermagem é arriscada e a ética valoriza a proteção à assistência prestada.

Assim considera-se que a Ética e a Bioética oferecem subsídios para esta reflexão sobre a prática da Enfermagem, rumo à valorização do ser humano em seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais, políticos e éticos.

A integração da ética com o cuidado leva a um modelo de solidariedade e participação, rumo à construção da cidadania. O mundo da ética implica no mundo das relações políticas e sociais, pois há uma inseparabilidade entre o mundo da ética e a prática cotidiana da enfermagem. A ética não é apenas referencial conceitual, ela está presente na vivência concreta e real da prática.

Freitas (2007, p. 196) ressalta que os(as) enfermeiros(as), técnicos(as) e auxiliares de enfermagem precisam possuir, além do preparo técnico e atualização constante, um compromisso ético para dirimir ao máximo as ocorrências danosas ao paciente e, para tal, completa o autor, é “imprescindível gerenciar as situações de riscos na assistência de enfermagem”.

As estratégias de ações dos(as) profissionais necessitam oportunizar um cuidado criativo, humano e participativo com as pessoas envolvidas no processo do cuidar. Os(As) profissionais da enfermagem realizam efetivamente o processo de cuidar através da reflexão sobre a sua prática, engajando-se em todas as instâncias da estrutura organizacional, como profissional e ser humano social e político, mediando os interesses da profissão e da organização com os interesses pessoais e da pessoa envolvida nesta relação do cuidar. (ERDMANN; LENTZ, 2002).

Para tal, os(as) profissionais da enfermagem necessitam conhecer as responsabilidades ética, civil e penal de suas ações, e também os seus

direitos e deveres, para evitar ocorrências de negligência, imperícia ou imprudência ao cuidar do outro.

A responsabilidade profissional “é a que consta da regulamentação ou legislação do exercício profissional e do código de ética da respectiva profissão”. (OGUISSO; SCHMIDT, 2007, p. 51).

Responsabilidade é definida como a “possibilidade de prever os efeitos do próprio comportamento e de corrigi-lo com base em tal previsão”. (ABBAGNANO, 2003, p. 855). É diferente de imputabilidade que significa “a atribuição de uma ação a um agente, considerado seu causador”. (ABBAGNANO, 2003, p. 855).

Considerando o conceito de responsabilidade, o profissional necessita conhecer o seu código de ética, a legislação que rege a sua profissão, sob pena de não poder prever as consequências das suas ações.

A responsabilidade profissional, quanto à natureza jurídica ainda constitui-se matéria controversa, podendo ser contratual quando as obrigações decorrem de um contrato formal de prestação de serviços; ou extracontratual quando o profissional viola apenas dever legal, sancionado pelas normas regulamentadoras de sua profissão, sem que haja descumprimento do contrato formal. (OGUISSO; SCHMIDT, 2007, p.56).

A responsabilidade civil designa a obrigação de reparar o dano ou de ressarcir o dano, quando injustamente causado a outrem; também é a responsabilidade gerada da inexecução das obrigações, que se tenham assumido contratualmente. (DE PLÁCIDO E SILVA, 2008, p.642). A responsabilidade civil decorre do ilícito civil, o qual gera a obrigação de reparar o dano, ficando aquele que por ação ou omissão causar prejuízo a outrem obrigado a ressarcir o prejuízo (Art. 927). (FREITAS, 2007). Caracteriza-se pelo comportamento doloso ou culposo do agente causador do dano, sendo doloso (intencional) quando o agente quis o resultado do seu ato ou omissão e culposo quando o agente, por ação ou omissão, deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia. (OGUISSO; SCHMIDT, 2007).

A negligência se caracteriza por inação, indolência, passividade, inércia, indiferença, ausência de precaução ou omissão. A imprudência consiste na conduta comissiva, atitude não justificada, açodada, precipitada ou realizada sem a devida cautela. A imperícia se constitui na falta de conhecimento técnico da arte ou profissão. (OGUISSO; SCHMIDT, 2007).

A responsabilidade penal é a que é imposta pelo preceito de Direito Penal, como sanção à prática de fato delituoso. É a “obrigação

de sofrer o *castigo* ou incorrer nas *sanções penais* impostas ao agente do fato ou omissão criminosa”. (DE PLÁCIDO E SILVA, 2008, p. 643).

Infligir lesões corporais aos pacientes é considerado um delito penal que poderá ser considerado leve, grave ou gravíssimo ou ainda seguido de morte. (FREITAS, 2007). É destacada como lesão corporal a ocorrência de equimose, hiperemia, edema traumático, hematoma, fratura, luxação, entorse, nas quais fica comprovada a culpa profissional. (DELMANTO, 2000 apud FREITAS, 2007).

Cabe ressaltar que o art. 21 do Código Penal estabelece que “o desconhecimento da lei é inescusável. O erro sobre a ilicitude do fato, se inevitável, isenta de pena; se evitável, poderá diminuí-la de um sexto a um terço”. (OGUISSO; SCHMIDT, 2007, p. 6). Nessa perspectiva, capacidade legal supõe competência técnica e profissional, juntamente com o registro do título em órgão disciplinador do exercício - no Brasil, o Sistema Cofen/Coren. (OGUISSO; SCHMIDT, 2007).

O Código de Defesa do Consumidor prevê que “a proteção da vida, saúde e segurança é um dos seus direitos básicos contra riscos provocados por serviços considerados perigosos ou nocivos”. No caso da Enfermagem, o paciente/cliente é o consumidor de serviços prestados pelo fornecedor (profissional de enfermagem). (OGUISSO; SCHMIDT, 2007, p. 6).

A responsabilidade ética “se caracteriza pela infração ética, a qual pode estar prevista no Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem (CEPE). Assim, um comportamento profissional pode ser tido como antiético mesmo não havendo previsão no CEPE sobre ele”. (FREITAS, 2007, p. 228).

A conduta profissional poderá ser questionada pela família do cliente, pelo próprio cliente, por outros profissionais da área da saúde, perante as instâncias adequadas, tais como a comissão de ética de enfermagem ou o serviço de ouvidoria e qualidade da instituição. (FREITAS, 2007).

A responsabilidade dos profissionais da enfermagem aumenta à medida que os cuidados de saúde são cada vez mais complexos, implicando na exigência de conhecimentos, habilidades e atitudes éticas necessários a uma prática de qualidade e ao máximo possível segura, a considerar os riscos que lhes são inerentes.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem está centrado na

pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população. (COFEN, 2007).

O primeiro Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem foi aprovado, em 1958, durante o XI Congresso Brasileiro de Enfermagem, promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem (Aben) e vigorou até 1975, quando foi substituído pelo Código de Deontologia de Enfermagem aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). (HORR, 2007).

O Código foi atualizado, em 1993, pela Enfermagem Brasileira, sob a coordenação do Cofen, e voltou a se denominar Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), o qual foi aprovado pelas Resoluções Cofen 160 e 161/1993. (HORR, 2007).

Em 2003, o Cofen deflagrou um novo processo de discussão sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. O Coren/SC, com vistas à participação dos profissionais da categoria, organizou 05 (cinco) Seminários Regionais e um Seminário Estadual. Sob a coordenação do Cofen, a alteração do Código de 1993 foi discutida ainda em outros momentos nacionais, com a participação de representantes do Coren/SC. Finalmente, através da Resolução Cofen 311/2007 o atual Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem foi aprovado, passando a vigorar a partir de 12 de maio de 2007. (HORR, 2007).

O Código atual está organizado por assunto e inclui princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais de enfermagem. Em sua estruturação teve como referência os postulados da Declaração Universal dos Direitos do Homem, promulgada pela Assembléia Geral das Nações Unidas (1948) e adotada pela Convenção de Genebra da Cruz Vermelha (1949), contidos no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiros (1953) e no Código de Ética da Associação Brasileira de Enfermagem (1975). Teve como referência, ainda, o Código de Deontologia de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (1976), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993) e as Normas Internacionais e Nacionais sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos [Declaração Helsinque (1964), revista em Tóquio (1975), em Veneza (1983), em Hong Kong (1989) e em Sommerset West (1996) e a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (1996)]. (COFEN, 2007).

Mas será que os profissionais de enfermagem tomam como base para as suas ações o Código de Ética? Existe, na prática, algum espaço

para a discussão das questões que envolvem a complexidade da assistência de enfermagem?

Nas instituições de saúde torna-se fundamental a existência de um órgão que zele pelo exercício da ética profissional da enfermagem, tenha um papel educativo e seja uma referência nas situações que envolvam conflitos e dilemas éticos. Visando atender essas necessidades surgiram as Comissões de Ética de Enfermagem.

As Comissões de Ética de Enfermagem começaram a ser estruturadas a partir da Resolução Cofen 172/94, que normatiza a criação de Comissão de Ética de Enfermagem nas Instituições de Saúde.

A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) tem como finalidades garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição; 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; notificar ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões, e, as infrações éticas. (COFEN, 1994).

Em estudo relacionado à visão do enfermeiro sobre a Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), Zborowski (2003) demonstrou que as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros na implantação da CEE em quatro hospitais do interior de São Paulo, foram principalmente a dificuldade de entendimento do regimento proposto pelo Coren/SP, no que se refere ao papel da Comissão, falta de tempo para participar das reuniões e o receio de alguns profissionais em participar da CEE, especialmente pela sua conotação punitiva.

A percepção dos profissionais de enfermagem quanto ao papel fiscalizador e punitivo das Comissões de Ética foi constatada por uma das pesquisadoras ao participar do processo de eleição de uma CEE de um hospital da Grande Florianópolis, em abril de 2009, quando a comissão eleitoral relatou a dificuldade de candidatos para compor as chapas porque os profissionais não querem se indispor com os seus colegas.

Em estudo sobre as ocorrências éticas envolvendo os profissionais de enfermagem, realizado em nível de doutorado, Freitas relatou a existência de uma categoria chamada “desmistificação do medo da punição”, a qual se refere à necessidade percebida pelos enfermeiros de suplantar esse medo por meio da divulgação das funções da Comissão de Ética de Enfermagem aos profissionais de enfermagem. (FREITAS, 2006, p. 103).



## 4 A DIMENSÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA DO ESTUDO

### 4.1 A ANÁLISE DO DISCURSO EM MICHEL FOUCAULT

Neste estudo, ao escolher a análise do discurso em Michel Foucault como referencial teórico-metodológico, pretendeu-se mostrar que os discursos contidos nos processos ético-profissionais de enfermagem, concluídos e arquivados no Coren/SC, são reveladores de pensamentos, valores, decisões que a Enfermagem utiliza ao analisar as suas próprias experiências, os seus problemas. A profissão estabelece para si pautas de ação - o que é certo e desejável - e isto precisa ser pensado sob forma de uma perspectiva histórica. Dada a complexidade da análise do discurso foucaultiana e a sua não delimitação em um método ou roteiro pré-determinado, alguns conceitos foram orientadores do processo de análise desenvolvido neste estudo, quais sejam os conceitos de regras, enunciados e práticas.

Paul-Michel Foucault, filósofo francês, nascido em 15/10/1926 em Poitiers e falecido em 25/06/1984 em Paris, pode ser considerado o filósofo dos *jogos de verdade*. Toda época tem seus modos de *produzir verdade* e esta não é algo a ser encontrado, pois não se aloja em algum lugar, mas pode ser aos poucos desvendada à medida que se segue a trajetória histórica. Também não resulta do confronto entre pensamento e realidade representada. (ARAÚJO, 2000, p. 17). Sujeito, verdade, poder, saber e ética: em torno destes temas articula-se o pensamento de Foucault. (ARAÚJO, 2000).

Percebe-se um caminho que conecta de maneira muito forte Foucault a Nietzsche e a Heidegger. As obras de Foucault trazem consigo as marcas inconfundíveis desses dois pensadores e o próprio Foucault atribuía a eles as ideias que o levaram a enfatizar e desvelar as relações conceituais e históricas entre as noções de verdade, poder e subjetividade em suas investigações genealógicas. (PETERS; BESLEY, 2008).

Foucault apresenta detalhados estudos históricos com e a partir dos quais ele constrói variadas ferramentas analíticas que podem ser usadas em pesquisas, em práticas sociais e educacionais. Ele nunca quis ser um modelo, mas sim que suas contribuições fossem tomadas como ferramentas que pudessem ser usadas e serem carbonizadas depois do uso. (VEIGA-NETO, 2007).

Várias tentativas de sistematizar e periodizar a obra e o

pensamento de Michel Foucault se mostraram inconsistentes, ganhando em termos didáticos, mas perdendo em rigor. A maioria dos estudiosos apresenta três fases, etapas ou domínios foucaultianos, combinando critérios metodológicos e cronológicos, denominadas de arqueologia, genealogia e ética. (VEIGA-NETO, 2007).

No período *arqueológico* predomina a teoria do discurso com o ser-saber ou como o ser humano se torna um sujeito de conhecimento, com destaque para as obras História da Loucura (1961), O nascimento da clínica (1963), As palavras e as coisas (1966) e a Arqueologia do Saber (1969). (VEIGA-NETO, 2007; MACHADO, 2009). No domínio foucaultiano *genealógico* a ênfase é para a pergunta o que posso fazer? Desta forma o ser-poder é sujeito de ação na teoria do poder, com destaque para as obras A ordem do discurso (1971), Vigiar e Punir (1975) e o primeiro volume de História da sexualidade – a vontade de saber (1976). (DELEUZE, 2005; VEIGA-NETO, 2007). Na fase *Ética* a pergunta é quem sou eu? O ser-consigo, sujeito constituído pela moral na teoria da subjetivação e o destaque é para o volume dois da História da sexualidade – o uso dos prazeres (1984) e o volume três História da sexualidade – o cuidado de si (1984). (DELEUZE, 2005; VEIGA-NETO, 2007).

As mudanças de ênfase dentro do trabalho de Foucault podem ser observadas nas perspectivas de seu trabalho arqueológico inicial, no qual o foco era nos tipos de discursos como regra para a constituição nas áreas de conhecimento. Em seus últimos estudos genealógicos, a ênfase mudou para as relações entre conhecimento e poder. E nos últimos anos de Foucault, a preocupação era com a ética, ou como o indivíduo deve constituir-se ele próprio como um sujeito de suas próprias ações. (RABINOW; DREYFUS, 1995).

As duas principais contribuições teóricas sobre o discurso nos trabalhos de Foucault são a visão constitutiva do discurso, que abrange uma noção de discurso como ativamente constituindo ou construindo uma sociedade em várias dimensões tais como os objetos de conhecimento, os sujeitos e as formas sociais do eu, as relações sociais e as estruturas conceituais. A segunda ênfase é na interdependência das práticas discursivas de uma sociedade ou instituição, em que os textos sempre recorrem a outros textos contemporâneos ou historicamente anteriores e os transformam (intertextualidade), e qualquer tipo de prática discursiva é resultante de combinações, é definido pelas relações com outras práticas discursivas. Apesar do enfoque de Foucault ser sobre as formações discursivas das ciências humanas, sua percepção é transferida para todos os tipos de discurso. (FAIRCLOUGH, 2008).

Para Foucault a análise de discurso diz respeito à especificação sócio-historicamente variável de formação discursiva, sistemas de regras que tornam possíveis a ocorrência de certos enunciados, de determinados tempos, lugares e localizações institucionais. Em sua análise de discurso não há equiparação à análise linguística, nem o discurso à linguagem. A perspectiva de Foucault é muito diferente de qualquer uma encontrada na sociolinguística. (FAIRCLOUGH, 2008).

A análise do discurso não deve se fechar no interior do próprio discurso, ela precisa articular o acontecimento discursivo com o não-discursivo, as formações discursivas com as não-discursivas. Ela não permanece unicamente no nível do discurso, embora este seja o seu objeto próprio, aquilo para o qual tudo converge, mas busca estabelecer uma relação com acontecimentos de outra ordem seja ela técnica, econômica, social ou política. (MACHADO, 2009).

Ao analisar o discurso, na perspectiva de Foucault, é necessário dar conta das relações históricas e de práticas concretas que estão imersas nos discursos. Considerar que nada há por trás das cortinas ou sob o chão que pisamos, mas que existem enunciados e relações que o próprio discurso põe em funcionamento. É um modo de investigação que descreve não o que está por trás dos textos e documentos, o que se queria dizer com aquilo, mas quais são as condições de existência de determinado discurso, enunciado ou conjunto de enunciados, indagando por que aquela singularidade acontece ali naquele lugar e não em outras condições? (FISCHER, 2001).

Pouco importa se uma emissão esteja sendo feita pela primeira vez ou se é uma reprodução. O que conta é a regularidade do enunciado, não uma média, mas uma curva. O enunciado não se confunde com a emissão de singularidades, mas com o comportamento da curva que passa na vizinhança delas e geralmente com as regras do campo em que elas se distribuem e se reproduzem. A isso se denomina regularidade enunciativa. O enunciado “é o objeto específico de um acúmulo através do qual ele se conserva, se transmite ou se repete [...] o enunciado se conserva em si, em seu espaço, e vive enquanto esse espaço durar ou for reconstituído”. (DELEUZE, 2005, p. 16).

Ramos (2007, p. 54, referindo-se a Foucault, 1996; 1997) afirma que

A concepção de discurso parte da noção de práticas discursivas, como modos de fabricação de discursos, corporificadas em conjuntos técnicos, instituições, esquemas de comportamento, formas pedagógicas, e que podem reunir ou atravessar

diferentes disciplinas ou ciências, em delimitações provisórias e modos de transformações específicos, produzidos dentro ou fora delas próprias.

Mencionando a linguagem, Ramos (2007, p. 54) ressalta que

[...] é considerada como um sistema de significados constituídos histórica e socialmente, do que decorre a tomada de textos escritos e expressões orais como reveladores de certas conformações, referências e demarcações de determinados discursos que, por sua vez, operam no interior de disciplinas e práticas sociais em diferentes formas e estratégias de poder e intervenção na vida social. Assim, os dados textuais e documentais não se limitam ao lugar de simples variáveis ou ao papel ilustrativo ou descritivo de conteúdos, mas são o próprio conteúdo da reflexão e crítica que se move do senso comum para a desconstrução de saberes e práticas em alternativas de novas apreensões e construções.

Na análise de discurso de Foucault suspendem-se as continuidades e se acolhe cada momento do discurso, tratando-o no jogo de relações em que está imerso. Desta maneira é possível levantar um conjunto de enunciados efetivos, em sua singularidade de acontecimentos raros, dispersos e dispersivos. (FISCHER, 2001).

Não existe um procedimento fixo para se fazer análise de discurso. A abordagem é feita de acordo com a natureza específica do objeto de estudo e conforme as visões que as pessoas têm do discurso, dando margem a diferentes maneiras. (FAIRCLOUGH, 2008). Isso significa que, a rigor, não existe um método foucaultiano, se for considerado o sentido que lhe deu o pensamento moderno, a não ser que se aceite a palavra “método” num sentido bem mais livre tal como uma interrogação e um conjunto de estratégias analíticas de descrição. Ou então, conforme o sentido da escolástica medieval, “algo como um conjunto de procedimentos de investigação e análise quase prazerosos, sem maiores preocupações com regras práticas aplicáveis a problemas técnicos, concretos”, alguma coisa que funciona como uma vigilância

epistemológica que tem uma teorização subjacente. Aí sim se pode dizer que a arqueologia e a genealogia são mesmo métodos que Foucault utilizou para desenvolver suas análises históricas. (VEIGA-NETO, 2007, p. 17).

Nesta pesquisa o objeto de estudo são os discursos profissionais expressos nos processos ético-profissionais de enfermeiros (as), técnicos (as) e auxiliares de enfermagem, os quais foram analisados seguindo mecanismos metodológicos, criados a partir da interpretação dos escritos de Michel Foucault (1996; 2009).

De acordo com Fairclough (2004, p. 81-82), no trabalho arqueológico de Foucault, existem duas afirmações importantes, a serem consideradas na análise do discurso:

A natureza constitutiva do discurso – o discurso constitui o social, como também os objetos e os sujeitos sociais;

A primazia da interdiscursividade e da intertextualidade – qualquer prática discursiva é definida por suas relações com outras e recorre a outras de forma complexa.

Os três outros pontos substantivos surgem do trabalho genealógico de Foucault, constituindo-se em um rico conjunto de afirmações e hipóteses teóricas a serem incorporadas na análise do discurso. (FAIRCLOUGH, 2004, p. 81-82):

A natureza discursiva do poder – as práticas e as técnicas do biopoder moderno (por exemplo, o exame e a confissão) são em grau significativo discursivas;

A natureza política do discurso – a luta por poder ocorre tanto no discurso quanto subjacente a ele;

A natureza da mudança social – as práticas discursivas em mutação são um elemento importante na mudança social.

#### **4.1.1 Conceitos fundamentais na análise do discurso de Foucault**

O discurso tem um suporte histórico, institucional, uma materialidade que permite ou proíbe sua realização. O sujeito do discurso não é a pessoa que realiza um ato de fala, nem o autor do texto, nem o sujeito da proposição. O sujeito do discurso é aquele que pode usar determinado enunciado em função da ocupação de um lugar institucional, de sua competência técnica. O enunciado pode ser usado ou reutilizado, entrar em tramas e circular conforme um interesse, uma prática. (ARAÚJO, 2000).

O arqueólogo analisa uma ordem do saber, onde arranjos produziram objetos e o meio pelo qual é feita essa análise é o discurso. Os pressupostos da arqueologia não são a representação acurada, o transcendental, nem o empírico, e sim a constituição histórica de certos saberes, epistemes, nas quais o discurso se arma. O objeto de análise do arqueólogo é o discurso, cujas unidades são os enunciados; estes formam as práticas discursivas, que configuram uma episteme a qual pertence ao saber de uma época. (ARAÚJO, 2000).

A arqueologia é uma análise de discursos. Os discursos são abordados em um nível anterior à sua classificação em tipos. Desta forma, a análise é feita sem obedecer às distribuições tradicionais dos discursos em ciência, poesia, filosofia e outras, sendo assim capaz de dar conta do que se diz em todos esses domínios sem se sentir limitada por essas divisões. (MACHADO, 2009). Um único tema pode ser encontrado em diferentes tipos de discurso, assim como um único discurso pode produzir diferentes temas. Deste modo, é preciso definir, na análise dos discursos, um campo de possibilidades temáticas, a regra de formação dos temas possíveis. Assim, os discursos não têm princípios de unidade, surgindo a necessidade de analisá-los como pura dispersão. A unidade de um discurso procurada nos níveis do objeto, do tipo de enunciação, dos conceitos básicos e dos temas é uma dispersão de elementos. (FOUCAULT, 2009; MACHADO, 2009).

A análise do discurso é a descrição de uma dispersão, com o objetivo de estabelecer regularidades que funcionem como lei da dispersão, ou formar sistemas de dispersão entre os elementos do discurso como uma forma de regularidade. Trata-se de formular regras capazes de reger a formação dos discursos e essas regras, que são as condições de existência de um discurso, devem explicar como os discursos aparecem e se distribuem no interior de um conjunto, o que Foucault chamou de **“regras de formação”**. (FOUCAULT, 2009; MACHADO, 2009, p. 146). Essas regras que disciplinam objetos, tipos enunciativos, conceitos e temas, caracterizam o discurso como regularidade e delimita o que Foucault chamou de “formação discursiva”. Deste modo, um discurso, considerado como dispersão de elementos, pode ser descrito como regularidade e, portanto individualizado, descrito em sua singularidade, se suas regras de formação forem determinadas no nível dos objetos, dos tipos enunciativos, no nível dos conceitos e dos temas e teorias ou estratégias. (FOUCAULT, 2009; MACHADO, 2009, p. 146).

As regras que caracterizam um discurso como individualidade, apresentam-se sempre como sistema de relações. As relações entre

objetos, tipos enunciativos, conceitos e estratégias que possibilitam a passagem da dispersão à regularidade. (MACHADO, 2009). O **discurso**, tematizado pela definição de suas regras de formação, explicita sua condição de possibilidade e é definido como um conjunto de enunciados. (MACHADO, 2009).

O **enunciado** é a unidade elementar do discurso. Enunciado é uma função de existência que pertence, em particular, aos signos, e a partir da qual se pode decidir, em seguida, pela análise ou pela intuição, se fazem sentido ou não, segundo que regras se sucedem ou se justapõem, de que são signo, e que espécie de ato se encontra efetivado por sua formulação (oral ou escrita). (FOUCAULT, 2009, p. 98).

O enunciado está apoiado em um conjunto de signos, e sua “função” caracteriza-se por quatro elementos básicos: um referente (princípio de diferenciação), um sujeito (no sentido de “posição” a ser ocupada), um campo associado (coexistir com outros enunciados) e uma materialidade específica (coisas efetivamente ditas, escritas, gravadas em algum tipo de material, passíveis de repetição ou reprodução, ativadas através de técnicas, práticas e relações sociais). (FISCHER, 2001 p. 201-202; FOUCAULT, 2009).

Pluridiscursividade, heterogeneidade discursiva, interdiscurso são algumas palavras ou expressões que se referem à dispersão dos enunciados e, conseqüentemente, dos discursos; referem-se à idéia de que eles são acontecimentos. (FISCHER, 2001).

A materialidade é condição constitutiva do enunciado. Para caracterizar esse regime de materialidade Foucault (2009) distingue o enunciado de enunciação, destacando que toda vez que alguém emite um conjunto de signos tem-se uma enunciação. Ela se apresenta como uma singularidade que impede uma repetição, sempre se tratará de outra enunciação. Enquanto que o enunciado é passível de repetição, sendo que duas enunciações podem conter um único enunciado, mesmo que pronunciadas por pessoas diferentes ou em circunstâncias, tempo e espaço diferentes. (MACHADO, 2009). A materialidade constitutiva do enunciado é de ordem institucional, sua identidade depende de sua localização em um campo institucional, não podendo ser ignorada pela análise do discurso. Assim o enunciado

é uma função que possibilita que um conjunto de signos, formando unidade lógica e gramatical, se relacione com um domínio de objetos, receba um sujeito possível, coordene-se com outros enunciados e apareça como um objeto, isto é, materialidade repetível. É pelo enunciado que se

tem o modo como existem essas unidades de signos. Ele lhes dá as modalidades particulares de existência, estipula as condições de existência dos discursos. Descrever um enunciado é descrever uma função enunciativa que é uma condição de existência. (MACHADO, 2009, p. 152).

Na análise de discurso se estuda os discursos reais, efetivamente pronunciados, existentes como materialidade. O discurso é um conjunto de regras dado como sistema de relações e essas relações caracterizam-no como prática discursiva. (MACHADO, 2009). O método de análise do discurso tem como função a compreensão das condições históricas e sociais que possibilitaram o surgimento de acontecimentos discursivos, destacando um conjunto de regras próprias da prática discursiva. (FOUCAULT, 2009). A **prática discursiva** é “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística, as condições de exercício da função enunciativa”. (FOUCAULT, 2009, p. 133).

A **função enunciativa** é uma condição de existência do enunciado, e ela não pode se exercer sem a existência de um domínio associado. É este campo associado que torna uma frase ou uma série de signos um enunciado. Desta forma, o enunciado se inscreve no interior de uma série de outras formulações e se torna um elemento, repetindo, modificando ou adaptando formulações, tornando possível a sua sequência ou a sua replicação, o seu desaparecimento ou a sua valorização para um discurso futuro. (FOUCAULT, 2009; MACHADO, 2009).

Foucault (2009, p.132-133) chama de **discurso**

um conjunto de enunciados, na medida em que se apoiem na mesma formação discursiva; ele não forma uma unidade retórica ou formal, indefinidamente repetível e cujo aparecimento ou utilização poderíamos assinalar (e explicar, se for o caso) na história; é constituído de um número limitado de enunciados para os quais podemos definir um conjunto de condições de existência. O discurso assim entendido não é uma forma ideal e intemporal que teria, além do mais, uma história; o problema não consiste em saber como e por que ele pôde emergir e tomar corpo num determinado

ponto do tempo; é, de parte a parte, histórico – fragmento de história, unidade e descontinuidade na própria história, que coloca o problema de seus próprios limites, de seus cortes, de suas transformações, dos modos específicos de sua temporalidade, e não de seu surgimento abrupto em meio às cumplidades do tempo.

A **formação discursiva** é postulada por Foucault (2009, p. 43) nos seguintes termos

No caso em que se puder descrever, entre um certo número de enunciados, semelhante sistema de dispersão, e no caso em que entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, se puder definir uma regularidade (uma ordem, correlações, posições e funcionamentos, transformações), diremos, por convenção, que se trata de uma formação discursiva [...]

As **regras de formação** são descritas como “as condições a que estão submetidos os elementos dessa repartição (objetos, modalidade de enunciação, conceitos, escolhas temáticas). As regras de formação são condições de existência (mas também de coexistência, de manutenção, de modificação e de desaparecimento) em uma dada repartição discursiva”. (FOUCAULT, 2009, p. 43).

As quatro direções em que se analisa a formação discursiva - formação dos objetos, à formação das posições subjetivas, à formação dos conceitos, e à formação das escolhas estratégicas - correspondem aos domínios em que se exerce a função enunciativa. (FOUCAULT, 2009; MACHADO, 2009).

Os *objetos* são definidos “relacionando-os ao conjunto das regras que permitem formá-los como objetos de um discurso e que constituem, assim, suas condições de aparecimento histórico; [...]”. (FOUCAULT, 2009, p. 53). Para que um objeto possa surgir para o saber, são necessárias condições discursivas provenientes das práticas que uma determinada época dispõe, permitindo que os objetos sejam utilizados, transformados e que deles se apropriem determinados sujeitos. As práticas discursivas formam saberes e o projeto de Foucault não é afirmar se um enunciado é ou não científico, mas analisar aquilo que uma época pôde estabelecer como objeto para um saber no nível

discursivo. (ARAÚJO, 2000).

As *modalidades enunciativas* em que os sujeitos estão imersos representam as definições sobre o controle das zonas distintas do discurso, as quais, por sua vez, especificam o nível de autoridade da fala de determinado sujeito sobre determinado objeto. (FOUCAULT, 2009; GONÇALVES, 2009). Sempre existe alguém com direito originado de uma tradição, direito regulamentado ou mesmo adquirido, de falar acerca de algo. Há nos enunciados um lugar vazio em que diferentes sujeitos entrarão ou terão direito de entrar, podendo, só então falar sobre determinados objetos. (ARAÚJO, 2000).

No nível dos *conceitos* são consideradas as regras que possibilitaram o aparecimento e a transformação dos conceitos, ou seja, a organização do campo discursivo em que se encontram os conceitos analisados em um nível mais elementar, “pré-conceitual”. Na análise dos discursos é necessário definir as regras de formação dos conceitos, as regras que permitem relacioná-los em um sistema comum, e este deve dar conta da emergência simultânea ou sucessiva de conceitos dispersos, heterogêneos e até mesmo incompatíveis. (MACHADO, 2009, p. 147).

Fischer (2001) referindo-se à questão de que os enunciados, depois de ditos, depois de instaurados numa determinada formação, sofrem sempre novos usos, tornam-se outros, exatamente porque eles constituem e modificam as próprias relações sociais ressalta que Foucault, baseado nos estudos de Canguilhem,

ensina que os conceitos sofrem constantes deslocamentos e transformações e que a trajetória de um conceito é na verdade a história de seus diversos campos de constituição e de validade, das sucessivas regras de uso nos diferentes meios teóricos em que ele foi elaborado. Desse ponto de vista, não haveria nem conceitos nem categorias “essenciais” ou ideais - quais portos de ancoragem, lugares de repouso para o pesquisador. E, sim, descontinuidades que nos compelem a ver e pensar a diferença, os afastamentos, as dispersões, sem ter medo de “pensar o outro no tempo do nosso próprio pensamento”, como diz Foucault na célebre introdução de *A Arqueologia do saber*. (FISCHER, 2001, p. 220)

No nível dos *temas e teoria* ou *estratégias* fica explicitado que a

presença de uma determinada estratégia não individualiza um discurso, o propósito será definir um sistema de relações entre diversas estratégias que seja capaz de dar conta de sua formação. (MACHADO, 2009).

A análise desses níveis do discurso demonstra que falar de discurso é falar de relações discursivas ou de regularidade discursiva. As regras que caracterizam um discurso como individualidade se apresentam sempre como um sistema de relações e são as relações entre objetos, tipos enunciativos, conceitos e estratégias que permitem a passagem da dispersão à regularidade. (MACHADO, 2009).

A análise de tudo isso vai fazer aparecer a **positividade** de um discurso. (GREGOLIN, 2004). A positividade de um discurso caracteriza-lhe a unidade através do tempo e muito além das obras individuais, dos livros e dos textos; define um campo em que, eventualmente, podem ser desenvolvidos identidades formais, continuidades temáticas, translações de conceitos, jogos polêmicos. Desta forma “a positividade desempenha o papel do que se poderia chamar um *a priori histórico*”. (FOUCAULT, 2009, p. 144).

O termo *a priori histórico* não designa uma condição de validade de juízos ou verdades que não se poderia formular, mas a maneira mesma como os enunciados emergem, subsistem, coexistem uns com os outros, se transformam, desaparecem em práticas discursivas. O desdobramento dos enunciados é um espaço concreto em que idéias, ciências, teorias, conhecimentos lutam por se estabilizar. (FOUCAULT, 2009).

Foucault (2009, p. 146) propôs chamar de *arquivo* “todos os sistemas de enunciados (acontecimentos de um lado, coisas de outro)”. O arquivo é de início a lei do que pode ser dito, o sistema que rege o aparecimento dos enunciados como acontecimentos singulares. . [...] Trata-se do que faz com que tantas coisas ditas por tantos homens, há tantos milênios [...] tenham aparecido graças a todo um jogo de relações que caracterizam particularmente o nível discursivo. [...] O arquivo é, de início, a lei do que pode ser dito, o sistema que rege o aparecimento dos enunciados como acontecimentos singulares. [...] é o que define o sistema da enunciabilidade do enunciado-acontecimento. [...] é o sistema de seu funcionamento. [...] entre a tradição e o esquecimento, ele faz aparecerem as regras de uma prática que permite aos enunciados subsistirem e, ao mesmo tempo, se modificarem regularmente. É o sistema geral da formação e da transformação dos enunciados. (GREGOLIN, 2004, p. 41; FOUCAULT, 2009).

Nesta pesquisa, que tem como objeto os processos ético-profissionais de enfermagem, o *enunciado* demonstra como ocorre a

deliberação moral na prática da Enfermagem. Tem *regras* de funcionamento que são mais gerais e se referem aos procedimentos, encaminhamentos, enfim aos trâmites da denúncia no Conselho Regional de Enfermagem (ouvir denunciante, denunciado, testemunhas) e evocam o CEPE, a moral e a lei profissional. Desta forma, remetendo às *práticas* que caracterizam o funcionamento da própria profissão como um todo, ou como a profissão se organiza enquanto capaz de emitir e fazer funcionar uma moralidade, uma base de julgamento moral aplicável às suas circunstâncias históricas.

## 4.2 ASPECTOS OPERACIONAIS DO ESTUDO

### **4.2.1 Delineamento, acesso às fontes documentais, método de coleta e análise dos dados**

Esta pesquisa constitui-se como qualitativa do tipo exploratório-descritiva e documental. No tratamento dos dados coletados aprofundaram-se as discussões sobre os fenômenos (conflitos morais, ocorrências e processos éticos) da prática da enfermagem, identificando os elementos fáticos e de sustentação dos discursos profissionais, de modo a contribuir para a proposição de referenciais para a deliberação moral.

Na fase exploratória buscou-se levantar as informações contidas nos processos éticos arquivados no Coren/SC, com a intenção de torná-las mais explícitas, elucidando o fenômeno moral da prática da enfermagem e os fatores relacionados a ele. De acordo com Polit; Beck; Hungler (2004) a pesquisa qualitativa exploratória tem finalidade de revelar as várias maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta, bem como os seus processos subjacentes.

A pesquisa descritiva tem a finalidade de descrever e elucidar fenômenos. Observar, contar, descrever e classificar as dimensões, as variações, a importância e o significado dos fenômenos. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Nessa fase verificou-se a existência de associações entre as variáveis e procedeu-se a análise descritiva dos dados.

Ao explorar o objeto do estudo, os discursos profissionais contidos nos processos éticos, foi estabelecida uma relação entre os discursos e os modos de tomada de decisão ética ou deliberação moral,

descrevendo as referências que a profissão toma para si na justificação de suas deliberações morais.

A pesquisa documental tem como principal característica a fonte de coleta de dados que se constitui de fontes primárias, podendo ser realizada no momento em que o fato ou o fenômeno ocorre, ou depois. (MARCONI, LAKATOS, 2003). Os conteúdos dos textos ainda não foram analisados, sendo matéria-prima a ser investigada e analisada pelo pesquisador. (SEVERINO, 2007). Ou ainda os materiais podem ser reelaborados de acordo com os objetos de pesquisa. (GIL, 2002).

As pesquisas que tem como fonte de dados os documentos são importantes porque não só respondem a um problema, como também proporcionam melhor visão desse problema ou até mesmo a elaboração de hipóteses que conduzem a sua verificação por outros meios. (GIL, 2002).

O documento escrito constitui-se de fonte preciosa para o pesquisador, pois possibilita alguns tipos de reconstrução e permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão social. (CELLARD, 2008). Os documentos também são uma fonte estável de dados. (GIL, 2002).

Foucault (2009, p. 7) destaca que “o documento, pois, não é mais, para a história, essa matéria inerte através da qual ela tenta reconstituir o que os homens fizeram ou disseram, o que é passado e o que deixa apenas rastros: ela procura definir, no próprio tecido documental, unidades, conjuntos, séries, relações”. Essa transformação consiste em tratar os documentos como monumentos e, por conseguinte, os discursos como monumentos em sua espessura própria, na materialidade que os caracteriza, determinando as suas condições de existência, tomado como acontecimento em relação a outros acontecimentos discursivos ou não. Os documentos são formações discursivas que definem um saber. (MACHADO, 2009).

Nessa pesquisa o documento estudado foi o processo ético-profissional concluído e arquivado no Coren/SC, delimitado o período de 1999 a 2007. A definição do recorte temporal se deve ao fato de que, apesar do Coren/SC ter sido implantado em 1975, os processos éticos disponibilizados nos arquivos da Autarquia datam de 1999 e o ano de 2007 é tomado como limite porque é o ano que possui todos os processos já encerrados, com exceção de quatro (04) processos que aguardam instrução, excluídos deste corpus de análise. A partir de 2008 existem processos éticos com pendências, o que inviabiliza a coleta de dados. Processo ético, o documento desta pesquisa, é a descrição da ocorrência ética na visão do denunciado, na visão do denunciante, a

versão das testemunhas, o parecer da comissão de ética e da plenária reunida para o encaminhamento de aprovação com desfecho do processo. O processo ético contém um saber (questão epistemológica) em seus discursos os quais foram desvelados ao longo desta pesquisa.

Após a apreciação e aprovação do Projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, a aprovação da pesquisa pela Diretoria do Coren/SC e pelo parecer favorável da Comissão de Ética do Coren/SC, iniciou-se a coleta dos dados contidos em cada processo, buscando os detalhes dos discursos dos profissionais da enfermagem no que se refere à deliberação moral.

A pesquisa se desenvolveu nas dependências do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, situado em Florianópolis, mais especificamente no Departamento de Fiscalização e Ética, no qual estão arquivados as denúncias e os processos éticos. A consulta aos processos e denúncias foi realizada exclusivamente nas dependências do Coren/SC não tendo sido os documentos retirados da instituição. Totalizou 200 horas de coleta de dados, no período de junho a outubro de 2009. Foram analisadas 80 denúncias rejeitadas e 128 processos ético-profissionais concluídos.

Os dados foram coletados seguindo um roteiro específico contendo a data; a ocorrência ou tema da denúncia; a categoria profissional do denunciado; o denunciante, preservando o seu anonimato, identificando apenas a categoria profissional ou cliente, familiar ou outro; o local da ocorrência, somente o tipo de serviço, não identificando o nome da Instituição; e a conclusão ou encaminhamento. (Apêndice A). A partir do corpus documental organizado, foi realizada a caracterização das denúncias éticas rejeitadas e dos processos éticos, em seus elementos fáticos. Foram selecionados cinco casos exemplares, conforme a incidência dos temas/motivos das denúncias, e nestes procedeu-se a análise do discurso em seus elementos fáticos e de sustentação (Apêndice B), tendo como referencial teórico-metodológico a análise do discurso em Michel Foucault, haja vista que os processos éticos expõem os discursos dos profissionais na prática da enfermagem e elementos da tomada de decisão ou deliberação moral.

#### **4.2.2 O contexto do estudo**

Como acima descrito, a pesquisa desenvolveu-se nas

dependências do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, situado em Florianópolis, mais especificamente no Departamento de Fiscalização e Ética, no qual estão arquivados as denúncias e os processos éticos.

A Lei nº 5.905 de 12 de julho de 1973 dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. O Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina foi criado em 1975. (PIRES et al., 2010).

O Conselho Federal de Enfermagem e os Conselhos Regionais de Enfermagem constituem em seu conjunto uma Autarquia, vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. São órgãos disciplinadores do exercício da profissão do enfermeiro e das demais profissões compreendidas nos serviços de Enfermagem. Cada Estado tem um Conselho Regional com sede na respectiva capital e esses estão subordinados ao Conselho Federal de Enfermagem. (PIRES et al., 2010). O Conselho utiliza o Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem aprovado pela Resolução Cofen nº 252/2001 e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem aprovado pela Resolução Cofen nº 311/2007 na condução das denúncias e processos ético-profissionais.

A filiação ao Sistema Conselho Federal/Conselhos Regionais é obrigatória e contempla todas as categorias profissionais da enfermagem. O Conselho é a única entidade de classe de vinculação obrigatória para o exercício profissional da enfermagem. (FREITAS, 2007).

Em Santa Catarina, a organização da Comissão de Ética do Conselho (CEC), iniciou em 1991, ocorrendo a aprovação do seu Regimento Interno através da Decisão Coren/SC 018, de 18 de outubro de 1992 e a nomeação dos membros da primeira Comissão Permanente de Ética do Coren/SC por meio da Portaria Coren/SC 034, de 10 de dezembro de 1992. A Comissão de Ética do Coren/SC foi criada com as finalidades: a) opinativa; b) consultiva; c) educativa; d) de assessoramento nas questões éticas do exercício profissional da categoria nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração em Enfermagem. (HORR, 2008).

Fato que chamou a atenção neste estudo foi que somente em 2005 as denúncias éticas começaram a ser avaliadas pela CEC. Considerando as finalidades da CEC, acima descritas, as denúncias éticas poderiam ser analisadas por essa Comissão desde 1999, quando foi instituída a operacionalização dos processos éticos de enfermagem. Na busca de explicação para este fato, foi encontrado um registro feito por Horr

(2008) cujo conteúdo cita que no período compreendido entre 2000 e 31 de março de 2004, o Coren/SC funcionou sem a sua Comissão de Ética. Tal fato precisa ser analisado em outros estudos, haja vista que no momento, não é possível aprofundar essas informações e também não faz parte do objetivo deste estudo.

Cabe salientar que a realização desta pesquisa teve o apoio e estímulo da atual Gestão (2008-2011) e também da Comissão de Ética de Enfermagem do Coren/SC. Isto se deve a uma nova política desta gestão, de transparência e compromisso com a qualificação das práticas profissionais, o que implica no apoio a investigações que visem contribuir para a produção de conhecimentos aplicáveis à prática da Enfermagem.

#### **4.2.3 Aspectos éticos da pesquisa**

A ética neste estudo está fundamentada nas Normas e Diretrizes que regulamentam a Pesquisa envolvendo Seres Humanos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, nos itens que se referem à especificidade da pesquisa. Essa Resolução define como “Pesquisa envolvendo seres humanos” a pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais. (CNS, 1996).

Como se trata de uma pesquisa que envolve dados de pessoas implicadas em denúncias e processos éticos foi mantido o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato das pessoas envolvidas. Em razão da especificidade da pesquisa, foi construído um Termo de Compromisso de Utilização de Dados (Apêndice C). As informações obtidas foram utilizadas unicamente para esse projeto e seus objetivos. Após a análise, os achados foram submetidos à apreciação da Presidência do Coren/SC, para pleno conhecimento dos resultados antes de sua divulgação. Os dados serão armazenados por um período de cinco anos e depois destruídos.

Em virtude da impossibilidade de obtenção das informações em bases de dados informatizados, disponibilizados para consulta (como já acontece em alguns Conselhos Profissionais que divulgam os processos preservando o anonimato; ou mesmo de Tribunais Cíveis e Penais que disponibilizam consultas a processos, preservando os segredos de

justiça), no caso do Coren/SC as informações foram colhidas diretamente nos arquivos da autarquia. Nesse caso, atendendo ao princípio de que o processo ético-profissional é sigiloso durante sua tramitação (princípio do sigilo das investigações<sup>2</sup>), não foram analisados processos em curso; e ao seu caráter público após decisão final (princípio da publicidade dos resultados atingidos<sup>1</sup>). Nenhum documento foi retirado do seu local de guarda (Coren/SC) e as anotações foram registradas neste mesmo local.

O objetivo do estudo não incidiu sobre o reconhecimento da instância individual (não se trata de abordar as experiências, conhecimentos ou percepções dos sujeitos envolvidos, ou qualquer dado referente ao caráter individual da ocorrência), portanto preservando o anonimato e omitindo qualquer referência que possa favorecer a identificação de fatos, pessoas ou instituições.

Também foi observada, como referência, a Carta Circular nº 023 CONEP/CNS/ MS Brasília, 18 de agosto de 2005, a qual é um instrumento de orientações quanto à pesquisa com prontuários. Preservada a diferença entre prontuários que pertencem à pessoa e arquivos de procedimentos relativos a processos éticos do Coren/SC, foram rigorosamente consideradas as referências contidas na Constituição Federal Brasileira de 1988 (Art.5º, Fundamentos X e XIV), no Código Civil Brasileiro (Art. 20 e 21), no Código Penal Brasileiro (Art. 153 e 154) e no atual Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Res. 311/2007, (Art. 82, 85, 89, 91, 92, 93, 94, 98, 108).

Respeitar os princípios éticos na realização de uma pesquisa que envolve dados de seres humanos vai muito além do cumprimento de determinadas leis, normas e princípios, envolve uma constante reflexão sobre o papel do pesquisador na consideração da dignidade humana e no papel instrumental da ciência em relação à finalidade última de todo o saber, o próprio ser humano.

Após a aprovação do Projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Protocolo no. 141/09 FR– 261865 (ANEXO A), iniciou-se a coleta dos dados contidos em cada denúncia e processo ético-profissional.

---

<sup>2</sup> Resolução nº 003/98, referente aos princípios dos Processos Administrativos da OAB-SC. Disponível em: <<http://www.oab-sc.org/setores/comissoes/regimento.jsp>>. Acesso em: 10 de maio de 2009.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS DA PESQUISA

Neste capítulo são apresentados os resultados da pesquisa conforme cada objetivo específico, articulando-os com o objetivo geral.

### 5.1 PROCESSOS ÉTICOS DE ENFERMAGEM CONCLUÍDOS E ARQUIVADOS NO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM/SC, NO PERÍODO DE 1999 A 2007: ANÁLISE DOS ELEMENTOS FÁTICOS

Foram analisadas 208 denúncias, destas 80 foram rejeitadas e 128 resultaram na instauração de processo ético profissional. A partir dos elementos fáticos identificados (ocorrências/infração; causa/motivo; e desfecho) os dados foram agrupados, analisados e descritos conforme a origem das denúncias e processos éticos, quanto aos denunciantes e aos denunciados, o local da infração, o tema da denúncia, o encaminhamento/desfecho do processo, os artigos do CEPE mais infringidos, e o tempo de tramitação dos processos ético-profissionais.

#### 5.1.1 Quanto à origem das denúncias e processos éticos

Nesta pesquisa, as denúncias *de ofício*, num total de 43, com 32 processos éticos, decorreram do resultado da atuação do Departamento de Fiscalização e Ética do Coren/SC em suas subseções, de notícias veiculadas pela imprensa, de denúncias anônimas que foram investigadas pela fiscalização ou denúncias levadas ao Conselho, mas mantido o sigilo do denunciante durante a fase de averiguação. Como órgão disciplinador, possivelmente as denúncias ou processos *de ofício* demonstram um caráter de pró-atividade do Conselho.

As denúncias por *representação* totalizaram um número de 32, destas 16 evoluíram para a instauração de processo ético e as 14 restantes foram arquivadas. As Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, Diretores de Hospitais, Ministério da Saúde – SUS, Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, Juízes de direito, Promotores públicos e Delegados foram as entidades que figuraram na representação das denúncias.

As demais denúncias, 133, das quais 80 geraram processos éticos, partiram de profissionais da enfermagem (enfermeiros(as), técnicos(as) e auxiliares de enfermagem), Comissões de Ética de Enfermagem (CEE) das Instituições de Saúde, paciente e familiar, médicos, alunos do curso técnico de Enfermagem entre outros.

**Tabela 1:** Denúncias rejeitadas e processos éticos concluídos (Coren/SC - 1999-2007), por origem da denúncia

ANO	DENÚNCIA REJEITADA				PROCESSO ÉTICO CONCLUÍDO			
	Total	Origem 1	Origem 2	Origem 3	Total	Origem 1	Origem 2	Origem 3
<b>1999</b>	<b>11</b>	06	03	02	<b>16</b>	09	05	02
<b>2000</b>	<b>08</b>	04	02	02	<b>08</b>	05	03	-
<b>2001</b>	<b>11</b>	07	03	01	<b>09</b>	04	04	01
<b>2002</b>	<b>10</b>	08	-	02	<b>05</b>	02	03	-
<b>2003</b>	<b>12</b>	09	01	02	<b>09</b>	07	01	01
<b>2004</b>	<b>12</b>	08	02	02	<b>11</b>	05	03	03
<b>2005</b>	<b>07</b>	06	-	01	<b>21</b>	11	04	06
<b>2006</b>	<b>03</b>	02	-	01	<b>28</b>	22	03	03
<b>2007</b>	<b>06</b>	05	-	01	<b>21</b>	15	06	-
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	55	11	14	<b>128</b>	80	32	16

Fonte: Schneider e Ramos, 2009. Dados de Pesquisa. Documentos Coren/SC.

Legenda: Origem 1: Denúncias; Origem 2: De Ofício; Origem 3: Representação

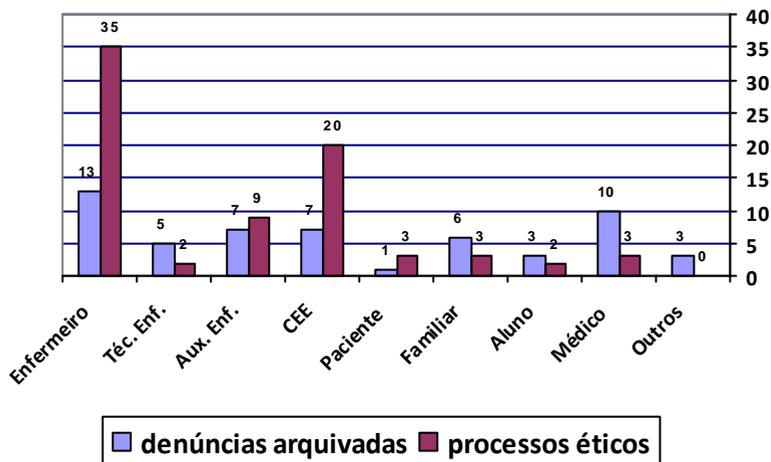
### 5.1.2 Quanto aos denunciantes

Quando analisados os denunciantes, excluindo os de ofício e por representação, percebe-se que os(as) enfermeiros(as) se destacaram seguidos pelas Comissões de Ética em Enfermagem (CEE) das instituições em que ocorreu a infração, os auxiliares de enfermagem e os médicos. (GRÁFICO 1). Cabe ressaltar que as denúncias dos(as) enfermeiros(as) e das CEE em sua maioria resultaram em processos éticos, o que pode estar relacionado ao papel do(a) enfermeiro(a) de coordenador(a) e supervisor(a) da assistência de enfermagem. Outra explicação a ser investigada seria o papel de submissão de muitos(as) técnicos(as) e auxiliares de enfermagem, ou mesmo desinformação, não relatando as ocorrências éticas na prática da Enfermagem. As CEE recebem várias denúncias, apuram preliminarmente os fatos, colhem os

depoimentos e emitem um parecer, encaminhando, quando necessário, ao (a) Presidente do Coren. Em outras situações as CEE limitam-se a relatar os fatos e os depoimentos colhidos.

A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) tem como finalidades garantir a conduta ética dos(as) profissionais de Enfermagem na instituição; zelar pelo exercício ético dos(as) profissionais de Enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem; notificar ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões, e as infrações éticas. (COFEN, 1994).

Verifica-se um pequeno número de pacientes e familiares denunciadores, talvez por uma realidade em que persiste a desinformação sobre os direitos e deveres do usuário, sobre os canais deste tipo de manifestação ou, ainda, pelo silêncio imposto pelas relações assimétricas e pelo temor às represálias que possam advir em outros atendimentos nos serviços de saúde.



**Gráfico 1:** Denúncias rejeitadas e processos éticos quanto aos denunciadores – Coren/SC 1999-2007

### 5.1.3 Quanto aos denunciados

Conforme tabela a seguir, dentre as categorias dos denunciados o(a) Enfermeiro(a) é o(a) profissional que recebe maior número de denúncias. Muitas das denúncias destacam a responsabilidade do(a) enfermeiro(a) por sua competência aferida na Lei do exercício profissional da Enfermagem 7.498/86 (responsabilidade compartilhada). Em outras situações a denúncia foi consequente a permissão de pessoas não habilitadas exercerem atividades de enfermagem, caracterizando o exercício ilegal da profissão do técnico e do auxiliar de enfermagem. Isto está implicado na ação do sistema Conselho Federal/Conselhos Regionais em proteger a sociedade daqueles que não possuem habilitação para exercer a Enfermagem e, conseqüentemente, dos riscos e possíveis danos decorrentes de tais ações.

As denúncias contra atendentes de enfermagem e parteiras limitaram-se aos anos de 1999 e 2000, período em que houve redução no número desta categoria, no estado de Santa Catarina, em função do processo de profissionalização. Também se enfatiza que as denúncias contra a “equipe de enfermagem” tiveram como desfecho a rejeição e o arquivamento, haja vista que não havia provas suficientes, dificultando nominar os envolvidos nas ocorrências.

Algumas denúncias por relações conflitantes levam à averiguação in loco, oportunizando ao Departamento de Fiscalização e Ética do Coren identificar determinadas irregularidades, normalmente relacionadas ao exercício ilegal da profissão de auxiliar ou técnico(a) de enfermagem (atendentes, parteiras, principalmente entre os anos 1999 e 2000). Assim, o (a) presidente do Coren, *de ofício*, instaura um processo ético contra os exercentes ilegais da profissão e também ao(a) enfermeiro(a) responsável técnico pelo serviço de enfermagem da instituição em questão.

**Tabela 2:** Denúncias rejeitadas e processos éticos concluídos (Coren/SC) - 1999-2007), por categoria denunciada

CATEGORIA	DENÚNCIA REJEITADA	PROCESSO ÉTICO	TOTAL
Enfermeiro (a)	64	61	125
Técnico (a) de Enfermagem	04	36	40
Auxiliar de Enfermagem	20	66	86
Atendente de Enfermagem	01	07	08
Parteira	-	02	02
Equipe de Enfermagem	05	-	05

Fonte: Schneider e Ramos, 2009. Dados de Pesquisa. Documentos Coren/SC.

#### 5.1.4 Quanto ao local da infração (local de trabalho do infrator)

Quando analisados os locais de ocorrência das 208 denúncias, tanto das rejeitadas quanto dos processos éticos, percebe-se que 149 (71,6%) ocorreram em *hospitais e maternidades*, 44 (21,2%) em *centros de saúde/unidades básicas de saúde, postos de saúde, unidades mistas de atendimento 24 horas*, 06 (2,9%) em *escolas técnicas de enfermagem*, 04 (1,9%) em *Instituições de Longa Permanência para Idosos* e 05 (2,4%) em *outros tipos de instituições* (ambulatório de empresa particular e serviço de *home care*). Entre os hospitais denunciados, destacaram-se os municipais e as ocorrências muitas vezes estavam relacionadas ao número insuficiente de profissionais, ao exercício ilegal da profissão de técnico ou auxiliar de enfermagem, à iatrogenia associada à negligência, imperícia ou imprudência.

Talvez o maior número de denúncias éticas em hospitais esteja relacionado à complexidade dos serviços prestados, predispondo a maiores riscos, ao seu status de residência, prestado por várias pessoas da equipe, nas 24 horas do dia e também por concentrar a maior força de trabalho de Enfermagem. Enquanto isso, o menor número de denúncias éticas em Unidades Básicas de Saúde pode estar relacionado ao atendimento ampliado à família e a grupos, facilitados pela Estratégia de Saúde da Família, em comunicação mais íntima nos domicílios, bem como sua abertura maior ao acolhimento e as possibilidades de vínculo e de maior resolutividade às questões de saúde.

### 5.1.5 Quanto ao tema da denúncia

As denúncias dos processos éticos foram organizadas em 26 temas agrupados em 08 categorias. Cabe salientar que as denúncias rejeitadas tiveram categorias semelhantes, mas não serão aqui analisadas. Também é relevante a informação de que o total das ocorrências (158) apresentado na Tabela 3 supera o número de processos éticos (128) em função de que houve mais de uma ocorrência em alguns processos.

As categorias dos temas são iatrogenias, exercício ilegal de profissões, relações interprofissionais, responsabilidade do(a) enfermeiro(a), agressão e maus tratos a pacientes, crimes diversos, negligência, política e imagem profissional. (TABELA 3)

Entre as **iatrogenias**, motivo de 21,5% das denúncias, destaca-se que tanto as iatrogenias medicamentosas (15 casos) quanto as não medicamentosas (19 casos) estiveram associadas à imprudência, imperícia ou negligência. Recorrendo a diversos autores é enfatizado que o termo iatrogenia designa “os aspectos negativos ou nocivos da influência que o médico e seu comportamento têm sobre o tratamento” (MALDONADO DE CARVALHO, 2009, p.3). A ampliação do conhecimento próprio da enfermagem, as ações interdependentes das ações médicas, o aumento das intervenções específicas e o papel de viabilizar o cumprimento de muitos elementos da prescrição médica, expõem a Enfermagem ao mesmo risco que da categoria médica nessa situação (MADALOSSO, 2000, p.12). Deste modo, “iatrogenia do cuidado de enfermagem estaria relacionada à privação destes cuidados, a sua imposição ou a prestação insatisfatória deles, de forma a que viessem determinar algum transtorno, dano ou prejuízo ao bem estar do ser humano/cliente” (MADALOSSO, 2000, p.12).

As iatrogenias podem caracterizar-se como de ação, as quais estão associadas aos riscos gerados por procedimentos e má interpretação de informação, caracterizando a imprudência ou imperícia; ou podem ser iatrogenias de omissão relacionadas à falta de ação do(a) profissional da saúde por má avaliação do risco da ação e caracterizam-se pela negligência. (CASTELLO, 2010).

Destacaram-se como erros a administração de medicamento não prescrito pelo médico, ou seja, troca inadvertida de medicação; via de administração errada; dosagem errada; caracterizando-se como erros associados à falta de atenção e a falta de conhecimento do(a) profissional. Enfatiza-se a necessidade de atualização permanente de

conhecimentos técnico-científicos e estar ciente dos aspectos legais do exercício profissional para que os(as) profissionais de enfermagem não incorram ou sejam envolvidos em problemas de responsabilidade civil ou criminal que poderão resultar em reparação pecuniária, suspensão ou até a cassação do exercício profissional, bem como a pena de restrição da liberdade.

A legislação brasileira acolheu o princípio da indesculpabilidade, portanto, a alegação de desconhecimento não é pretexto para o descumprimento de normas e leis (OGUISSO; SCHMIDT, 2007). Já o estudo das ocorrências iatrogênicas, ao contrário de negar os benefícios resultantes da assistência, tem contribuído para a busca da melhoria contínua da qualidade dos serviços de enfermagem, num binômio dissociável: a segurança de quem cuida e de quem recebe o cuidado. (PADILHA, 2001).

Os termos falha técnica relacionadas a erros técnicos ou procedimentais e falha de conduta caracterizada por falhas na atitude, no comportamento, na abordagem interpessoal ou interprofissional podem ser expressados na discussão das iatrogenias e na conceituação das infrações ético-legais que resultam em prejuízo ao paciente. (VARGAS, 2008).

Referindo-se aos eventos iatrogênicos em pacientes idosos, também é salientada que a política de pessoal aplicada pelo hospital precisa priorizar a educação do profissional para evitar as iatrogenias. Também enfatizam as autoras que se verifica na literatura uma carência de estudos que abordem ocorrências iatrogênicas em outras unidades além daquelas de cuidados intensivos. (SANTOS; CEOLIM, 2009).

A garantia da qualidade na assistência passa pela necessidade de integrar uma cultura de segurança à prática da enfermagem, desenvolvendo processos de planejamento, implementação e avaliação dinâmicos e fundamentados em evidências científicas e resultados. (PEDREIRA; PETERLINI; HARADA, 2006).

Em que pese a proibição do Art. 33 do CEPE (Res. COFEN 311/2007), “Prestar serviços que por sua natureza competem a outro profissional, exceto em caso de emergência”, o **exercício ilegal da profissão** de médico, de enfermeiro, de técnico ou de auxiliar de enfermagem incidiu em 20,9% das denúncias. Estas, em sua maioria, são relacionadas principalmente, à administração de medicamentos não prescritos e a expedição de atestados de saúde; à coordenação e supervisão do serviço de enfermagem por técnicos ou auxiliares de enfermagem; e pessoas não habilitadas exercendo as funções de técnico e auxiliar de enfermagem.

O exercício ilegal da profissão ou atividade é delito tipificado na Lei de Contravenções Penais, que em seu Art. 47, prevê que não se pode "... exercer profissão ou atividade econômica ou anunciar que exerce, sem preencher as condições a que por lei está subordinado a seu exercício", ficando assim sujeito à pena prevista. (FIGUEIREDO; FREIRE; LANA, 2006, p. 41-42). Os(as) técnicos(as) de enfermagem que atuam como enfermeiro(a), ocupando cargos de chefia, coordenando a assistência de enfermagem, e os atendentes de enfermagem, que exercem funções de técnico e auxiliar de enfermagem, prestando cuidados integrais, inclusive a medicação, são exemplos de infrações ocorridas nesta pesquisa.

Cabe ressaltar que a Lei nº 8.967 de 28 de dezembro de 1994 alterou a redação do parágrafo único do Art. 23 da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498 de 25 de junho de 1986, ficando assim descrito: "É assegurado aos Atendentes de Enfermagem, admitidos antes da vigência desta Lei, o exercício das atividades elementares da Enfermagem, observado o disposto em seu Artigo 15". (COFEN, 1994). Nesse sentido, a Lei destaca que as atividades elementares de Enfermagem somente poderão ser desempenhadas sob a orientação e supervisão do(a) enfermeiro(a) e também releva a transitoriedade da função do Atendente de Enfermagem, categoria a qual no estado de Santa Catarina atualmente está extinta.

A titularidade se constitui condição fundamental de capacidade técnica para o exercício de qualquer profissão. (OGUISSO; SCHMIDT, 2007).

Outro conjunto importante de denúncias, com incidência de 17,7%, foi relacionado às **relações conflitantes dos profissionais de enfermagem entre si e com a equipe de saúde**, em sua maioria motivadas por assédio moral, confronto de competências e abuso de poder. Convém destacar que nos locais de trabalho o assédio moral é mais frequente do que se possa imaginar e ele traz como consequências um mal estar para a pessoa submetida a este tipo de situação. As consequências físicas e emocionais interferem na qualidade de vida da pessoa tanto no ambiente de trabalho como na sua vida pessoal.

O termo assédio moral refere-se a qualquer conduta abusiva por palavras, ações ou comportamentos que possam prejudicar a integridade física ou psíquica do(a) trabalhador (a). (THOFEHRN et al., 2008). Grande parte dos processos éticos por relações conflitantes que envolvem enfermeiros(as) foram arquivados por não caracterizar infração ética e sim tratar-se de denúncias infundadas, com discursos divergentes por parte das testemunhas, caracterizando-se como

estritamente pessoal.

Cabe salientar que o processo de cuidar em Enfermagem abrange agentes de várias categorias em constante interação, o que caracteriza o trabalho interdisciplinar. No entanto, nessa relação de interdisciplinaridade, sem dúvida o fazer fica enriquecido e qualificado, mas pode também ocorrer conflitos de natureza variada, inclusive ética. (OGUISSO; SCHMIDT, 2007a)

A **responsabilidade ético profissional do(a) enfermeiro(a)**, evidenciada em 14,0% das denúncias, esteve relacionada à permissão do exercício da Enfermagem por pessoas sem a devida qualificação, à falta de supervisão e orientação na realização de atividades de enfermagem por técnicos e auxiliares de enfermagem. Isto remete à noção de responsabilidade profissional que emerge da relação entre a violação de um dever jurídico, a inobservância dos preceitos descritos nos códigos de ética e as demais normas disciplinadoras da profissão (FIGUEIREDO, FREIRE E LANA, 2006).

O(A) profissional enfermeiro(a) em sua formação deve ser capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor(a) da saúde integral do ser humano. Dotado dos conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades gerais para desenvolver a atenção à saúde, a tomada de decisão, a comunicação, a liderança, a administração e gerenciamento e a educação permanente (CNE/CES, 2001). Desta forma, muitas denúncias contra o(a) enfermeiro(a) foram resultantes da responsabilidade compartilhada ou solidária na assistência de enfermagem, haja vista que o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, enuncia em seu Artigo 38, referente a responsabilidades e deveres, “Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe”.

**Agressão verbal e maus tratos a pacientes** foram motivos de denúncias em 8,2% dos processos éticos e poderiam ser categorizadas também como iatrogenias de caráter psicológico e físico. Estas demonstram uma relação assimétrica, verticalizada e autoritária entre o(a) profissional de enfermagem, detentor do conhecimento técnico-científico, e o paciente e familiar. Muitas das desigualdades dessa relação não se constituem apenas em diferenças, mas em relações de forças desiguais, com implicações morais, carecendo de uma ética comprometida com mudanças e transformações, dentre as quais se destaca o compromisso com a superação das múltiplas formas de opressão na sociedade, como apontado pela ética feminista (LUNARDI;

LUNARDI FILHO, 2009)

Considerando a enorme responsabilidade ética que o cuidar implica, há necessidade de conscientização e integração do “pensamento ético” na prática profissional cotidiana. As denúncias que resultaram em punição por infração ética em sua maioria tiveram como denunciados(as) auxiliares e técnicos(as) de enfermagem. Analisar o porquê dessa frequência remete à necessidade de estudos aprofundados envolvendo a relação com condições de trabalho e formação ética destes(as) profissionais. É conveniente ressaltar a carência de profissionais enfermeiros(as) presentes onde quer que o(a) técnico(a) e o(a) auxiliar de enfermagem desempenham suas atividades, orientando, supervisionando e também realizando cuidados de maior complexidade.

Também com 8,2% das denúncias, destacaram-se os **crimes diversos** caracterizando-se o desvio de psicotrópicos, principalmente para uso próprio; a fraude contra o Sistema Único de Saúde (relacionada ao preenchimento de dados no prontuário após alta hospitalar); a adulteração de registros de enfermagem de outro colega; o assédio sexual à paciente e à acompanhante; e, em ocorrências únicas, o plágio, a participação de uma profissional de enfermagem em tráfico de bebê e em prática de aborto. Embora este último caso (aborto) tenha resultado em penalidade de cassação do exercício profissional, sugerida pelo Coren/SC, em recurso de segunda instância junto ao Cofen a penalidade foi revertida a para suspensão do exercício profissional por 28 dias, acrescido de multa.

Crime é “o *fato* proibido por lei, sob ameaça de uma pena, instituída em benefício da coletividade e segurança social do estado”. (DE PLÁCIDO E SILVA, 2008, p. 222). Embora aqui estejam agrupadas infrações de diferentes gravidades, o critério desta categorização se baseou em ocorrências que foram além da infração ética profissional, situações de responsabilidade criminal, não excluídos outros crimes que foram agrupados em outras categorias.

Referindo-se ainda à categoria de crimes diversos, destaca-se o assédio sexual à paciente ou à acompanhante como motivo de duas denúncias (1,3%). De acordo com a Lei 12.015, de 07 de agosto de 2009, que alterou o Título VI da parte Especial do Código Penal Brasileiro, que tratava “Dos crimes contra costumes”, para “Dos crimes contra a dignidade sexual”, o assédio sexual é definido no Art. 216-A, nos seguintes termos: “constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função” (CAPANO, 2009, p. 60). O CEPE de

2007 deixa claro no Art. 78 – que é proibido utilizar, de forma abusiva, o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ordens, opiniões, atentar contra o pudor, assediar sexual ou moralmente, inferiorizar pessoas ou dificultar o exercício profissional.

As denúncias por **negligência**, 7,0% dos processos, caracterizaram-se por atos de omissão, quando os(as) profissionais deixaram de fazer algo necessário à assistência. A negligência causa danos ao paciente e pode ser fruto do desinteresse por parte do(a) profissional, mas também pode ser consequente ao cansaço e sobrecarga de atividades, resultante de condições inadequadas de trabalho impostas a muitos profissionais da enfermagem em instituições de saúde (GROSSI SOBRINHO; CARVALHO, 2004).

Caracterizou-se como **política e imagem profissional** o conjunto de 4 denúncias (2,5%), especialmente as relacionadas aos débitos para com o Coren/SC (2) e a incitação de profissionais de enfermagem contra uma gestão do Coren/SC (1). Todos os profissionais de enfermagem que desempenham atividades de enfermagem estão obrigados à inscrição no Coren de seu estado e conseqüentemente ao pagamento das anuidades.

A Resolução COFEN 212/98 dita que o profissional que tiver 03 (três) ou mais anuidades em atraso, consecutivas ou não, terá seu registro cancelado junto ao Coren da jurisdição. Entretanto, o Coren/SC não está aplicando essa sistemática e isso se deve a análise por analogia das súmulas nº 70 e nº 323 do Superior Tribunal de Justiça (STJ), bem como a jurisprudência. Analogicamente, o Setor Jurídico do Coren/SC, verificou nas súmulas que não é cabível cancelar a inscrição por inadimplência, impossibilitando que o profissional exerça sua atividade profissional, já que há outros meios para cobrança de tributo devido (anuidade). Já existe jurisprudência destacando que a existência de débitos referentes a anuidades do conselho de classe não autoriza o cancelamento automático do registro profissional<sup>3</sup>.

No ano de 2009 o Coren/SC<sup>4</sup> registrou um total de 10.210 profissionais inadimplentes, destes 1.011 (10%) são Enfermeiros, 5.142 (50%) Técnicos de Enfermagem e 4.057 (40%) Auxiliares de Enfermagem. Considerando que neste mesmo ano, 2009, no Coren/SC, foi computado como inscritos 7.546 Enfermeiros, 21.619 Técnicos e 10.391 Auxiliares de Enfermagem, a inadimplência por categoria é de 13%, 24% e 39%, respectivamente. Contudo, ao comparar os dados de 2009 com dados de anos anteriores, percebe-se que a inadimplência é

<sup>3</sup> Informações cedidas pelo Setor Jurídico do Coren/SC.

<sup>4</sup> Fonte: Dados estatísticos Coren/SC, ano base 2009.

menor, em função da campanha que o Coren/SC vem realizando desde a implantação da Gestão 2008-2011: Programa "Coren/SC em busca da inadimplência zero"<sup>5</sup>.

Em função dos dados de inadimplência no ano de 2009, exemplares para períodos anteriores, e da existência de sistemas de negociação e cobrança, é de se estranhar que apenas 2 profissionais tenham sido processados, do ponto de vista ético, por este motivo.

O último caso ainda nesta categoria, refere-se a título não comprovado ou divulgação de falsa imagem, devido a anúncio do título de enfermeiro por técnico de enfermagem. A Lei nº 7.498/86 do exercício profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, define claramente quem são os(as) enfermeiros(as), os(as) técnicos(as) de enfermagem e os(as) auxiliares de enfermagem, respeitando os respectivos graus de habilitação. No entanto, vários(as) profissionais da enfermagem são denominados equivocadamente como enfermeiros(as); a má fé ocorre quando o(a) auxiliar ou técnico(a) de enfermagem assim se auto denomina para obtenção de vantagem.

**Tabela 3:** Processos éticos (Coren/SC - 1999-2007), por tema ou motivo da denúncia

CATEGORIA -	TEMA DENÚNCIA/PROCESSO	Nº	TOTAL
<b>Iatrogenias</b>	1. Iatrogenia associada à imprudência, imperícia ou negligência	19	34
	2. Iatrogenia medicamentosa associada à imprudência, imperícia ou negligência	15	
<b>Exercício ilegal de profissões</b>	3. Exercício ilegal medicina	16	33
	4. Exercício ilegal da profissão de Enfermeiro	14	
	5. Exercício ilegal da profissão de Técnico ou de Auxiliar Enfermagem	03	
<b>Relações interprofissionais</b>	6. Relações: assédio moral	12	28
	7. Relações: limites e confronto de competências	05	
	8. Relações: abuso de poder	05	
	9. Relações: agressão verbal	02	
	10. Relações: agressão física	02	
	11. Relações: insubordinação	01	
<b>Responsabilidade do(a) Enfermeiro(a)</b>	12. Relações: maus tratos	01	22
	13. Responsabilidade do(a) Enfermeiro(a)	22	

<sup>5</sup> Fonte: <<http://www.coren-sc.org.br>>.

<b>Agressão e maus tratos</b>	14. Agressão verbal ao paciente	07	13
	15. Maus tratos ao paciente	06	
<b>Crimes diversos</b>	16. Desvio de Psicotrópicos	05	13
	17. Fraude em prontuários	03	
	18. Tráfico bebê	01	
	19. Aborto	01	
	20. Plágio	01	
	21. Assédio sexual a paciente	01	
	22. Assédio sexual a acompanhante	01	
<b>Negligência</b>	23. Negligência	11	11
<b>Política e imagem Profissional</b>	24. Política profissional	01	04
	25. Política profissional financeira	02	
	26. Título de Enfermeiro não comprovado	01	

Fonte: Schneider e Ramos, 2009. Dados de Pesquisa. Documentos Coren/SC.

### 5.1.6 Quanto ao encaminhamento/desfecho do processo

Nesta pesquisa, dos 128 processos éticos analisados alguns tiveram mais de uma penalidade, resultando em 149 desfechos que representam o resultado final do processo, a deliberação que o conclui e representa a alternativa julgada como mais apropriada às circunstâncias, conforme apresentado na Tabela 4. Desta forma, 43,6% dos processos éticos foram *arquivados* por não caracterizarem infração ético-profissional, sendo que em 37,5% (56) dos processos foi determinado o Arquivamento e em 6,1% (09) a Absolvição.

Em 29,5% dos processos, a penalidade foi de *advertência verbal*, o que consiste, na admoestação ao infrator, de forma reservada, a qual será registrada em seu prontuário, na presença de duas testemunhas. (COFEN, 2007). Em 15,4% dos processos foi aplicada a penalidade de *censura* que se caracteriza pela repreensão que será divulgada nas publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e em jornais de grande circulação. A *multa*, que consiste na obrigatoriedade de pagamento de uma a dez vezes o valor da anuidade da categoria profissional à qual pertence o infrator, em vigor no ato do pagamento, foi a penalidade aplicada em 6,1% dos processos.

A *suspensão* se traduz pela proibição do exercício profissional da Enfermagem por um período não superior a 29 dias, acompanhada de divulgação nas publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores (COFEN, 2007), foi o desfecho de 4,1% dos processos

éticos profissionais.

A *cassação do direito ao exercício profissional*, penalidade aplicada em 1,3%, é definida como a perda do direito ao exercício da Enfermagem e será divulgada nas publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e em jornais de grande circulação. (COFEN, 2007). Em estudo realizado com processos ético-profissionais de médicos condenados à cassação do exercício profissional destaca-se que a exclusão do profissional de suas atividades é necessária para a proteção dos pacientes e que a vulnerabilidade e a dignidade dos pacientes são os referenciais básicos da ação dos Conselhos. (MARQUES FILHO; HOSSNE, 2008).

**Tabela 4:** Encaminhamentos/Desfechos dos processos éticos (Coren/SC - 1999-2007)

ENCAMINHAMENTO/DESFECHO	TOTAL
Arquivamento/Absolvição	65
Advertência Verbal	44
Censura	23
Multa	09
Suspensão do Exercício Profissional por até 29 dias	06
Cassação do Direito ao Exercício Profissional	02

Fonte: Schneider e Ramos, 2009. Dados de Pesquisa. Documentos Coren/SC.

Dos 128 processos éticos analisados, 09 (7,73%) foram encaminhados ao Cofen, 05 (3,31%) caracterizando como recurso de segunda instância, solicitado pelos denunciados (as,) e 04 (3,12%) foram encaminhamentos do Coren/SC com sugestão de penalidade de Cassação do direito ao exercício profissional, haja vista que a pena de cassação do direito ao exercício profissional é de competência do Conselho Federal de Enfermagem, conforme disposto no Art. 18, parágrafo primeiro, da Lei nº 5.905/73, a qual dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Destes, 02 foram efetivamente cassados e 02 reverteram em penalidade de suspensão do exercício profissional por 29 dias, acrescido de multa pecuniária de três anuidades da categoria.

Em levantamento desenvolvido pelo Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (Coren/MG), da totalidade de processos éticos instaurados e concluídos no período 08/1999 a 05/2007 constatou-

se que a sanção de *censura* foi a mais prevalente, seguida de *advertência verbal*, *absolvição*, *arquivamento*, *multa*, *suspensão do exercício profissional* e por último a *cassação do direito ao exercício profissional* que incidiu em 0,98% da amostra. Constatou-se que dos 362 profissionais envolvidos nos processos éticos pesquisados no Coren/MG, 23 eram reincidentes, caracterizando 6,35% dos profissionais (MUZZI, COSTA, NUNAN, ARASHIRO, 2009). Comparando-se ao presente estudo, no qual a penalidade mais frequente foi a advertência verbal e considerando que a gravidade da infração é caracterizada por meio dos fatos do dano e de suas consequências, infere-se que as ocorrências identificadas podem ter sido de menor gravidade, existiram circunstâncias atenuantes da infração, o dano causado e suas consequências foram menores ou os antecedentes do infrator eram considerados adequados. Análises quanto ao rigor, procedimentos e processos de deliberação envolvidos nos processos estão impedidas por limites das informações, embora não possam ser descartadas tais diferenças. Fato a ser considerado é que no presente estudo em poucos processos, 1,56%, o denunciado era reincidente.

### 5.1.7 Quanto aos artigos mais infringidos

Considerando a evolução dos Códigos de Ética dos Profissionais de Enfermagem, referência para o julgamento do processo ético-profissional, no período de recorte dessa pesquisa (1999-2007), apresenta-se na discussão os três Códigos alinhados à época do julgamento do processo ético.

Desta forma, os processos éticos julgados no ano de 1999 e 2000 foram orientados pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), **Resolução Cofen 160/1993**, de 12 de maio de 1993. No período de 2001 a 2007 os processos éticos foram julgados com base no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), **Resolução Cofen N° 240/2000** de 30 de agosto de 2000. A partir da publicação oficial do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, **Resolução Cofen N° 311/2007**, de 12 de maio de 2007, os processos ético-profissionais foram julgados sob a orientação dos dispositivos desta Resolução.

Apesar da numeração dos artigos serem diferentes em cada um dos três Códigos publicados a partir de 1993, a maioria dos conteúdos dos artigos se repete. Os CEPE de 1993 e 2000 são semelhantes na

maioria dos seus artigos, razão pela qual serão apresentados em conjunto. O CEPE de 2007 inovou em sua redação e é bastante diferente dos outros dois. Desta maneira, foi possível a apresentação dos dez (10) artigos mais infringidos de cada Código conforme descrição a seguir.

Entre os artigos mais infringidos do CEPE **Resolução Cofen 160/1993 e Resolução Cofen 240/2000**, destacaram-se neste estudo: Art. 16 – Assegurar ao cliente uma Assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência. Art. 20 - Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe. Art. 21 – Cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão. Art. 22 – Exercer a Enfermagem com justiça, competência, responsabilidade e honestidade. Art. 24 – Prestar à clientela uma Assistência de Enfermagem livre de riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência. Art. 38 - Tratar os colegas e outros profissionais com respeito e consideração. Art. 47 - Ministrando medicamentos sem certificar-se da natureza das drogas que o compõem e da existência de risco para o cliente. Art. 51 - Prestar ao cliente serviços que por sua natureza incumbem a outro profissional, exceto em caso de emergência. Art. 52 - Provocar, cooperar ou ser conivente com maus-tratos. Art. 68 - Utilizar, de forma abusiva, o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ordens, opiniões, inferiorizar as pessoas e/ou dificultar o exercício profissional.

Nos processos julgados sob os dispositivos do CEPE **Resolução Cofen 311/2007**, sobressaíram-se os seguintes artigos: Art. 5º - Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade. Art. 12 - Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência. Art. 15 – Prestar assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza. Art. 30 - Administrar medicamentos sem conhecer a ação da droga e sem certificar-se da possibilidade de riscos. Art. 31 - Prescrever medicamentos e praticar ato cirúrgico, exceto nos casos previstos na legislação vigente e em situação de emergência. Art. 33 - Prestar serviços que por sua natureza competem a outro profissional, exceto em caso de emergência. Art. 34 - Provocar, cooperar, ser conivente ou omissivo com qualquer forma de violência. Art. 38 - Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe. Art. 78 - Utilizar, de forma abusiva, o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ordens, opiniões,

atentar contra o pudor, assediar sexual ou moralmente, inferiorizar pessoas ou dificultar o exercício profissional. Art. 80 – Delegar suas atividades privativas a outro membro da equipe de Enfermagem ou de saúde, que não seja Enfermeiro.

No exercício de toda profissão é necessária a observação e o cumprimento de normas específicas com o intuito de manter a imagem e a aceitação da profissão perante a sociedade, haja vista que as profissões surgem das necessidades sociais. A responsabilidade ética na Enfermagem se relaciona ao cuidado com o outro, mas, em algumas situações, o modo de ser e de agir dos profissionais não está coerente com a complexidade desse cuidado e os princípios que norteiam a relação entre profissional e paciente não são observados, prevalecendo a infração ética.

Há um reconhecimento geral da necessidade dos códigos de ética e do compromisso com os princípios que se propõem, e também há uma responsabilidade inerente de mantê-los relevantes e atuais. A educação formal da Enfermagem começa com um processo de assimilação de valores morais e normas de Enfermagem e deve refletir sobre a necessidade e o compromisso com práticas éticas. Enfermeiros(as) precisam ser capazes de trabalhar para resolver conflitos morais, ao avançar as necessidades, interesses e bem-estar básico dos pacientes, famílias, comunidade e da ciência e prática da disciplina em si. (ROSENKOETTER; MILSTEAD, 2010).

### **5.1.8 Quanto ao tempo de tramitação dos processos ético-profissionais**

Não existe um prazo estipulado para a tramitação e conclusão dos processos éticos nos Corens, no entanto, o Art. 64 do Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem estabelece em seu parágrafo 1º - Aplica-se a prescrição a todo processo ético/disciplinar paralisado por mais de três anos, pendente de despacho ou julgamento, devendo ser arquivado de ofício ou a requerimento da parte interessada, sem prejuízo de serem apuradas as responsabilidades pela paralisação. (COFEN, 2001). Neste sentido, deve haver agilidade no encaminhamento do processo para que se possa dar uma resposta ao indivíduo que sofreu dano decorrente das ações de determinados profissionais.

Neste estudo, detectou-se um tempo médio de análise e conclusão

dos processos éticos de 22 meses (desvio-padrão = 12 meses). O tempo mínimo de análise e conclusão foi de 2 meses e o máximo de 58 meses. A moda, que representa o tempo de maior frequência de análise, foi de 11 meses. Estes dados foram analisados com o auxílio do *software* EpiInfo 6.04.

## 5.2 DISCURSOS PROFERIDOS NOS PROCESSOS ÉTICOS DE ENFERMAGEM: ANÁLISE DOS ELEMENTOS DE SUSTENTAÇÃO

Os cinco casos exemplares, escolhidos para representar os discursos profissionais contidos nos processos éticos de enfermagem em seus elementos de sustentação, descrevem também as referências que a profissão toma para si na justificação de suas deliberações morais. Foram selecionados pela representatividade de tais ocorrências na prática da Enfermagem e também pela alta incidência nas denúncias apuradas nos processos éticos: a *responsabilidade ético-profissional do(a) enfermeiro(a)* a qual incidiu em 13,9% dos processos éticos, a *iatrogenia medicamentosa* em 9,5%, o *exercício ilegal da profissão de enfermeiro(a)* em 8,9%, o *assédio moral presente nas relações interprofissionais* em 7,6% e os *maus tratos ao paciente* em 3,8% dos 128 processos éticos analisados.

Cada um desses casos passa a ser descrito em uma breve súmula e analisados em seus elementos de sustentação.

### 5.2.1 Responsabilidade ético-profissional do(a) enfermeiro(a)

#### **Súmula do Processo:**

**Tema da denúncia:** queda de paciente de leito hospitalar – atuação do enfermeiro de plantão. (Negligência).

**Denunciado:** Enfermeiro

**Denunciante:** Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) da instituição hospitalar na qual o evento ocorreu.

**Denúncia:** Enfermeiro denunciado não prestou atendimento e não visitou no quarto uma paciente que teve queda do leito.

A paciente caiu do leito no plantão noturno, foi socorrida pelo auxiliar de enfermagem que prestou atendimento e logo após entrou em contato com o Enfermeiro em questão, através do BIP, para relatar o ocorrido. O mesmo não avaliou a paciente, limitando-se a dar orientações pelo telefone. Não realizou a visita ao paciente, delegando ao auxiliar de enfermagem a avaliação do estado clínico da paciente.

**Desfecho:** Advertência verbal por infração aos artigos 16, 21, 22 e 24 do CEPE (Res. COFEN N° 240/2000).

Em sentido geral, responsabilidade exprime a obrigação de responder por alguma coisa, de satisfazer a prestação ou de cumprir o fato atribuído ou imputado à pessoa por determinação legal. (DE PLÁCIDO E SILVA, 2008).

O exercício de uma profissão implica em observância de regras gerais aplicadas a todos os cidadãos e às orientações normativas específicas daquela atividade profissional, caracterizando-se como normas de cumprimento obrigatório. Desta forma, o seu descumprimento pode acarretar sanções de natureza jurídica e ético-disciplinar. (FIGUEIREDO; FREIRE; LANA, 2006).

O profissional de saúde, em razão do exercício da sua profissão, possui responsabilidade civil, a qual está sujeita aos dispositivos do Código Civil; responsabilidade penal no que se refere às normas do Código Penal; e a responsabilidade ético-profissional quando está sujeita ao seu Código de Ética Profissional. (PROENÇA, 2006; MALDONADO DE CARVALHO, 2009).

Nesse sentido, a responsabilidade profissional do(a) enfermeiro(a) se expressa em ações esperadas (“boa prática”, “boa conduta”) na prática profissional. Daí que um *primeiro elemento* de análise se refere ao que o “caso” representa em termos de quebra ou falha de um princípio defendido. **A quebra/falha nas ações esperadas se expressa em situações concretas**, por exemplo, neste caso a queda do leito, problema relacionado a um valor e a um compromisso com a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

A segurança do paciente é assunto ainda pouco discutido pela Enfermagem, apesar de milhares de indivíduos serem vítimas de erros profissionais, geradores de agravos à saúde e até, em casos mais extremos, a morte. Os profissionais da Enfermagem precisam começar a identificar e enfrentar as situações de erros na busca de estratégias que previnam a sua ocorrência e que promovam a proteção e segurança dos

pacientes. (PEDREIRA, 2009).

Todavia, a discussão mais enfática sobre a segurança do paciente é recente, e inclusive, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2005, aponta que os avanços globais na segurança do paciente têm sido prejudicados pela falta de uma classificação uniforme dos conceitos de segurança. Desta forma, vem sendo desenvolvida a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS) com o objetivo de coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente em âmbito mundial. (RUNCIMAN et al., 2009). A abordagem sobre a segurança do paciente por meio de uma taxonomia padronizada contribuirá para o desenvolvimento, monitoramento e manutenção de um sistema de relato de erros e eventos adversos. (HARADA, 2009).

O *segundo elemento* a ser destacado se refere a ideia que toda **falha na responsabilidade profissional exige/implica em averiguações e pronunciamentos**. Uma questão objetiva se coloca frente a cada situação: Será que a situação seria evitada por uma ação pautada nas competências estabelecidas para o(a) enfermeiro(a)? As competências são agregadas por conhecimentos, habilidades e atitudes. O(A) profissional enfermeiro(a) deve atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor(a) da saúde integral do ser humano (LDC – Res. 03-01). Avaliação do estado do paciente é função do(a) enfermeiro(a), pois o(a) auxiliar de enfermagem exerce atividades de nível médio sob a supervisão do(a) enfermeiro(a). Falta de compromisso com a assistência e com a equipe de enfermagem. Imprudência, irresponsabilidade ao delegar atividades do(a) enfermeiro(a) a pessoas não qualificadas para tal função.

A Enfermagem, como um trabalho exercido por uma equipe, não prescinde de ações de coordenação e supervisão caracterizadas pelo acompanhamento contínuo e constante, com a finalidade de desenvolver e capacitar os profissionais de enfermagem ao exercício de uma assistência de qualidade. Ao(À) enfermeiro(a) cabe a função de orientação e supervisão das ações de enfermagem executadas pelo(a) técnico(a) e auxiliar de enfermagem, conforme a Lei 7498/86, Art. 15 e o Decreto 94.406/87, Art. 13. (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987).

Na situação do processo ético aqui apresentado, as averiguações e pronunciamentos se voltam para a atitude do enfermeiro, o que remete ao *terceiro elemento* de análise: **a atitude profissional se desdobra em circunstâncias:**

- **administrativas:** responsabilidade frente ao cumprimento do papel institucional, pois existe um acordo entre as partes (instituição e paciente) quando a instituição está prestando um serviço ao paciente. O(A) enfermeiro(a) precisa compreender a complexidade da organização e o ajustamento das suas ações dentro desta instituição; o que implica em estar ciente da estrutura organizacional a qual se integra. Quando ocorrem falhas nesse processo, existe uma deficiência na qualidade da assistência e na segurança do paciente.

- **éticas:** responsabilidade frente ao cumprimento de normas perante a sociedade e à profissão, visando à proteção do ser humano cuidado pela Enfermagem. De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), Res. COFEN 311/2007, “a Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade”. Também consta no preâmbulo do CEPE (COFEN, 2007)

O aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional configurado pela responsabilidade no plano das relações de trabalho com reflexos no campo científico e político.

“... uma coisa é uma regra de conduta; outra, a conduta que se pode comparar com a regra”, outra ainda “é a maneira como é preciso “conduzir-se”, ou seja, a maneira como se deve constituir a si mesmo como sujeito moral, agindo em referência aos elementos prescritivos que constituem o código”, assinala Foucault (2006, p. 211). Na complexidade da prática da Enfermagem, em ocasiões em que impera a dificuldade de resolução dos problemas, o bom senso e o posicionamento como sujeito ético contribui para atitudes mais justas na relação entre os profissionais de enfermagem e os pacientes e famílias.

O *quarto elemento*, derivado das averiguações e pronunciamentos, é **Quem pronuncia e em que relação estão os pronunciantes:** o processo ético quando em tramitação no Coren/SC, teve discursos do enfermeiro denunciado, do auxiliar de enfermagem que atendeu o paciente, da enfermeira supervisora, da comissão de ética de enfermagem da instituição na qual o evento ocorreu. Existe uma relação hierárquica entre os pronunciantes e cada qual defendeu a sua posição dentro desta hierarquia.

Para a graduação da penalidade e respectiva imposição consideram-se as **circunstâncias atenuantes ou agravantes** da infração (*quinto elemento*), que considera: a maior ou menor gravidade da infração; o dano causado e suas consequências; e os antecedentes do infrator. (COFEN, 2007).

O *sexto elemento* de análise recai sobre **os fatores intervenientes sobre a conduta** do enfermeiro, destacados durante os discursos proferidos à Comissão de Instrução, designada pelo presidente do Coren/SC. No caso, foram as condições desfavoráveis de trabalho, a sobrecarga de trabalho, pois o acusado era o único Enfermeiro na supervisão noturna do hospital, tendo oito setores sob sua responsabilidade. Freitas (2010) destaca que existe uma responsabilidade institucional quanto ao provimento de recursos humanos e materiais ao adequado atendimento da demanda, cabendo ao(a) enfermeiro(a) a previsão e a gestão desses recursos, dando ciência à instituição e negociando a aquisição e alocação de recursos disponíveis e adquiridos. A carga horária excessiva e sem horário de descanso no cotidiano do trabalho do(a) enfermeiro(a) pode gerar dificuldades em lidar com as situações bem como exigência no aumento da capacidade de direcionar a atenção para a tomada de decisão e resolução de problemas. (SANTOS; GUIARDELLO, 2007).

Na situação apresentada, o enfermeiro tem bons antecedentes profissionais. Entretanto, a alegação de não conhecer as normas da instituição referentes aos procedimentos quando um paciente sofre queda do leito é um **fator agravante** da sua conduta, pois, mesmo não conhecendo as normas, deveria ter avaliado o paciente. Foi destacado o fato de não haver uma visita sistemática às Unidades sob a supervisão do enfermeiro. Outro fator que influencia de forma negativa a conduta do enfermeiro foi não registrar o fato por escrito. Ora, os registros de enfermagem são um instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado, portanto, é fundamental que o(a) enfermeiro(a) passe o plantão e registre as intercorrências, para a garantia da continuidade da assistência de enfermagem.

**ELEMENTOS DE SUSTENTAÇÃO DO PROCESSO EM ESTUDO:** enunciados, regras e práticas como expressão de um discurso ético-profissional ou de práticas discursivas profissionais.

**Enunciados do processo:** auxiliar de enfermagem ficou com a responsabilidade de avaliação do paciente, mesmo não tendo formação para tal encargo. Enfermeiro plantonista, por telefone, “acompanhou” a evolução da situação do paciente e solicitou que o auxiliar de

enfermagem informasse a ocorrência para a enfermeira da Unidade na passagem de plantão na manhã seguinte. Enfermeira supervisora desaprovou a conduta do Enfermeiro de plantão por esse não ter seguido o protocolo estabelecido e registrado pela Instituição e orientou a enfermeira responsável pela unidade para que desse início ao protocolo, comunicando o médico assistente e/ou de plantão no pronto atendimento para avaliação clínica da paciente. Após a avaliação foi constatado que a paciente sofreu fratura. A paciente não se manifestou no processo.

**Regras do processo:** a condição de legitimidade do conteúdo declarado (do enunciado). Responsabilidade ético-profissional do enfermeiro em não avaliar um paciente que teve queda do leito e delegar essa função ao auxiliar de enfermagem. Neste caso houve negligência evidenciada pela omissão, pelo descuido, pela inércia, pelo fato do enfermeiro não proceder de acordo com o cuidado a que está capacitado.

**Práticas:** síntese que articula todos os elementos, fornecendo um desenho geral do objeto (processos éticos), prática ou saber posto em prática. Existem fronteiras que limitam as ações dos profissionais, mas que precisam ser mantidas para que exista uma proteção da sociedade e para que as profissões possam exercer suas competências exclusivas. Conflitos permanentes com a realidade restringem as possibilidades do melhor desempenho e autonomia do(a) profissional, e levam ao distanciamento entre o que deve ser e o que é possível fazer na realidade concreta. O(A) profissional sente-se sozinho(a) diante das obrigações da complexidade da prática da Enfermagem, mas isso não o isenta da responsabilidade de proteção do ser humano que busca o cuidado da Enfermagem. A prioridade do(a) profissional deve ser a segurança e o bem-estar dos pacientes.

## 5.2.2 Iatrogenia medicamentosa

### **Súmula do Processo:**

**Tema da denúncia:** Administração de medicamento trocado.

**Denunciada:** Técnica de enfermagem

**Denunciante:** Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital

**Denúncia:** Técnica de enfermagem administrou medicação que supostamente considerou tratar-se do fármaco prescrito pelo médico. O paciente iniciou um quadro de mal estar súbito, dispnéia e fasciculação muscular. Foi prontamente atendido e se recuperou.

A denunciada mostrou à equipe a bula da medicação que havia aplicado e permaneceu o tempo todo ajudando até o paciente ser transferido para outra Unidade.

**Desfecho:** Advertência verbal por infração aos artigos 12 e 30 do CEPE (Res. COFEN Nº 311/2007).

As atividades exercidas pelos(as) profissionais nas instituições de saúde são vistas, pelo Poder Judiciário, como atividade de risco, pela ação direta sobre a pessoa durante a prática da terapia adotada e necessária. No entanto, apesar das diversidades e do reconhecido imponderável que envolve o ofício dos(as) profissionais da saúde, a atividade traz risco à saúde ou à vida quando a má prática, cercada de desatenção, descuido e incompetência, é exercida pelo(a) profissional. (BELTRAMI FILHO, 2009).

Ações realizadas sem a devida observação quanto aos princípios de segurança podem resultar em iatrogenia, que se caracteriza como o procedimento ou tratamento de saúde que pode causar algum dano para o paciente. O termo "doença iatrogênica" foi cunhado pelo psiquiatra suíço Eugene Bleuler, em 1924, em seu Textbook of Psychiatry, referindo-se, naquela época, ao sofrimento psíquico do paciente causado pelo diagnóstico incorreto de um médico. Nos anos seguintes à Segunda Guerra Mundial, a utilização do termo tornou-se mais difundida e seu significado ampliado. Com o ritmo acelerado do progresso da medicina, um número crescente de ferramentas de diagnóstico e tratamento foi adicionado ao arsenal terapêutico. Nas décadas de 70 e 80, a ênfase maior sobre os direitos dos pacientes e a necessidade de consentimento

informado reforçou a tendência de incluir todos os eventos adversos evitáveis, como complicações iatrogênicas. (COOK, 2001, p. 139). As complicações iatrogênicas são uma ameaça permanente. Na Enfermagem ainda se tem um longo caminho a trilhar, com muito esforço e determinação, para minimizar os riscos de iatrogenias da assistência.

Alguns fatores estão associados à ocorrência de iatrogenias, dentre os quais podem ser destacados as características individuais da equipe de saúde - a falta de conhecimento, habilidade e competência individual, motivação e atitude, saúde física e mental, desatenção, distração, estresse, fadiga; as características dos pacientes e o número intervenções requeridas; os fatores relacionados à equipe, com destaque para a comunicação; os fatores relacionados ao ambiente, ressaltando o barulho, a área física para atuação, a sobrecarga de trabalho, entre outros. (CASTELLO, 2010).

A administração de medicamentos é uma atividade complexa que envolve várias etapas e profissionais, desde a prescrição médica, a dispensação pelo(a) farmacêutico(a), o preparo, a administração e a observação do paciente pela equipe de enfermagem. Nesse sentido, o(a) profissional de enfermagem ao administrar medicamentos deve respeitar o princípio da verificação dos “certos”. Na década de 60 foram propostos os “cinco certos” (paciente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa e via certa), aos quais foram incorporados mais “dois certos”, na década de 80 (o direito do paciente recusar o medicamento e a anotação correta). Peterline, em 2003, incorpora mais dois certos ao modelo (compatibilidade medicamentosa e orientação ao paciente), totalizando nove “certos”. A observação do modelo pode contribuir para a redução dos riscos de erros relacionados à medicação. (PEDREIRA, PETERLINE, HARADA, 2006).

Em qualquer situação de cuidado, o(a) profissional de enfermagem precisa desenvolver as suas atividades com competência e responsabilidade e assegurar ao paciente um cuidado livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

**A quebra/falha das ações esperadas se expressa em situações concretas:** administração de medicamento não observando os princípios de segurança, ou seja, substituição de um medicamento por outro com efeitos (indicações) completamente diferentes.

A inexistência de uma padronização da nomenclatura de medicamentos, com nomes comerciais parecidos, o uso de abreviaturas nas prescrições podem gerar erros de interpretação ou transcrição dos medicamentos. (SILVA; CASSIANI, 2004).

Os erros de medicação podem envolver falhas nas várias etapas do processo, desde a prescrição; a omissão de uma dose prescrita; horário errado de administração; administração de medicamento que não esteja autorizado pelo médico; dose inadequada; erro no preparo da medicação, erro na técnica de administração, administração de drogas com prazo de validade expirado; erro de monitoramento, não revisando o regime prescrito para a necessária adequação. Um possível erro na prescrição, dispensação ou administração de medicamentos pode ser detectado e corrigido através da intervenção, de outro prestador de cuidados de saúde ou paciente, antes da administração do medicamento. (ASHP, 1993; PEDREIRA, PETERLINE, HARADA, 2006).

Erros potenciais devem ser analisados e registrados como eventos separados dos erros de ocorrência, os que efetivamente afetaram os pacientes, para identificar oportunidades de prevenção de problemas no sistema de administração de medicação antes que eles ocorram. Detecção de possíveis erros deve ser um componente da qualidade da rotina do hospital, melhorando o processo. Documentação dos casos em que um indivíduo tem impedido a ocorrência de um erro de medicação vai ajudar identificar as deficiências do sistema e reforçar a importância do controle no sistema de administração da medicação. (ASHP, 1993; PEDREIRA, PETERLINE, HARADA, 2006).

Estudo desenvolvido em duas unidades de terapia intensiva e duas semi-intensivas em duas instituições hospitalares do município de São Paulo, com o objetivo de caracterizar erros de medicação e avaliar consequências na gravidade dos pacientes e carga de trabalho de enfermagem revelou que a maioria dos erros foi omissão de dose, administração de medicamento e dose errados; e numa frequência menor, estavam a velocidade, concentração e horário errados, seguidos de via de administração e técnicas incorretas. As autoras consideram que a valorização desses eventos é fundamental, não somente pela significância quantitativa, mas, principalmente pela dimensão das consequências para o paciente. (TOFFOLETTO; PADILHA, 2006).

As abordagens do sistema e da pessoa são utilizadas para avaliar o problema da falha humana. A abordagem da pessoa se concentra sobre os erros das pessoas, culpando-as por esquecimento, baixa motivação, desleixo, negligência e imprudência, enquanto a abordagem do sistema concentra-se sobre as condições sob as quais os indivíduos trabalham e tenta construir defesas para evitar erros ou atenuar os seus efeitos. (REASON, 2000). As partes que compõem um sistema precisam estar ajustadas para que o todo possa funcionar adequadamente. Muitos dos erros cometidos por um(a) componente da equipe de enfermagem são os

resultados da falta de uma política de pessoal que proporcione a educação permanente, incentive o trabalho em equipe e ofereça condições de trabalho adequadas ao desempenho das suas funções.

Quando se avalia apenas a pessoa como responsável pela falha, não se considera que muitas vezes o profissional tem excesso de atividades, resultando em cansaço e desatenção, por isso há necessidade de revisão da estrutura organizacional, da política de pessoal, dos objetivos da própria instituição que oferece a assistência.

Estudo que objetivou verificar a influência de uma intervenção de reestruturação de atividades, com vistas à redução de erros de medicação em unidades de pediatria de um hospital universitário, concluiu que a mudança de comportamento é um processo lento e que exige constante investimento para o seu alcance, sendo necessário promover continuidade no processo de mudança e estratégias de educação para mobilizar a equipe na obtenção de melhores resultados. (YAMANAKA; PEREIRA; PEDREIRA; PETERLINI, 2007).

Na situação do processo ético aqui apresentado as atitudes da denunciada se desdobram em circunstâncias:

- **administrativas:** segurança do paciente; usar conhecimentos necessários para a realização de suas tarefas específicas, por meio de sua instrução, experiência e educação; desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências.

As competências são um conjunto de capacidades humanas como conhecimentos, habilidade e atitudes que justificam um alto desempenho fundamentado na inteligência e personalidade das pessoas, como um estoque de recursos que elas detêm. É importante se alinhar as competências às necessidades estabelecidas pelos cargos ou posições. (FLEURY; FLEURY, 2001). Para que as competências das pessoas estejam conciliadas com as funções que exercem, as organizações precisam ter o compromisso de manter um serviço de educação permanente, onde as limitações dos funcionários sejam identificadas e consequentemente a realização de atualizações sejam constantes para contribuir na redução da ocorrência de erros no exercício profissional. Na situação apresentada a técnica de enfermagem denunciada referiu um desamparo por parte da instituição.

Na área da saúde, diferentemente da premissa universal de que “errar é humano”, o erro foi culturalmente atribuído ao mau profissional, como um problema do indivíduo e não do sistema de atendimento ou da complexidade na tomada de decisão em saúde. (PEDREIRA, 2009a, p.4). Essa abordagem individual produz efeito contrário ao esperado, dificultando a identificação, análise e correção dos fatores implicados.

(PEDREIRA, 2009a).

A segurança do paciente nas organizações depende de uma abordagem ampla que inclua a identificação e o gerenciamento dos erros, os fatores relacionados ao problema, ações para evitar a recorrência do erro, enfim um trabalho complexo que envolva a participação de todos os profissionais na busca de uma assistência mais segura.

- **éticos:** compromisso com a assistência; sustentar a prática profissional em conhecimentos técnicos, científicos e éticos. A Res. Cofen 311/2007 versa como responsabilidades e deveres do(a) profissional de Enfermagem em seu Art. 12 “Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, imprudência ou negligência” e dita como proibições em seu Art. 30 “Administrar medicamentos sem conhecer a ação da droga e sem certificar-se da possibilidade dos riscos”. (PIRES et al., 2010). Cabe salientar que alguns dos(as) profissionais de enfermagem, responsáveis pela administração dos medicamentos, não possuem conhecimento satisfatório sobre efeitos colaterais, efeitos adversos, interações medicamentosas de muitos fármacos que diariamente são disponibilizados para o tratamento das doenças. Mais uma vez é necessário ressaltar a importância da atualização permanente destes profissionais para o exercício da Enfermagem com mais segurança, haja vista que a segurança dos pacientes deve ser o primeiro objetivo das instituições de saúde, construindo sistemas mais eficientes de prevenção de erros.

Os problemas éticos relacionados aos erros de medicação podem requerer a atuação das Comissões de Ética de Enfermagem das instituições de saúde, no que tange à orientação aos profissionais envolvidos no evento e a participação juntamente com o Serviço de Educação Permanente nos processos de atualização e capacitação da equipe de enfermagem. (FREITAS, 2010a).

A falha na responsabilidade profissional exige/implica em averiguações e pronunciamentos.

**Quem pronuncia e em que relação estão os pronunciantes:** o processo levantou manifestação da técnica de enfermagem denunciada, da enfermeira responsável pela unidade na qual o evento ocorreu, de auxiliar de enfermagem testemunha da denunciada, do gerente de enfermagem e do presidente da comissão de ética de enfermagem da instituição. Existe uma relação hierárquica entre os pronunciantes e cada

qual defendeu a sua posição dentro desta hierarquia.

Para a definição da penalidade se recorre à busca de **fatores intervenientes sobre a conduta**: nos discursos dos profissionais ficou evidenciada: - a sobrecarga de trabalho para a técnica de enfermagem (responsável por 10 pacientes de clínica médica); - o fato de ter assumido a responsabilidade do seu ato e permanecido ao lado do paciente, prestando a assistência necessária; - o paciente ter se recuperado após instituição do tratamento adequado, não ficando com sequelas; - a falta de política de educação permanente na instituição; - os bons antecedentes profissionais foram considerados fatores atenuantes da conduta. Como fator agravante foi destacado não ter solicitado a orientação da enfermeira, presente na Unidade, quando estava com dúvidas sobre a medicação.

**ELEMENTOS DE SUSTENTAÇÃO DO PROCESSO EM ESTUDO**: enunciados, regras e práticas como expressão de um discurso ético-profissional ou de práticas discursivas profissionais.

**Enunciados do processo**: substituição de medicação sem orientação médica ou do enfermeiro, acarretando reações importantes no paciente, inclusive com necessidade de ventilação manual e oxigênio. Neste caso houve iatrogenia associada à imperícia, pois a técnica de enfermagem efetuou a troca da medicação e administrou sem ter conhecimento das reações adversas. O paciente sofreu reações adversas importantes e se recuperou após a intervenção da equipe médica e de enfermagem. Mesmo tendo ciência do ocorrido, o paciente não quis se manifestar em nenhuma etapa do processo.

**Regras do processo**: a condição de legitimidade do conteúdo declarado (do enunciado). A técnica de enfermagem não considerou a segurança do paciente ao substituir um medicamento prescrito por outro que não conhecia e não se dirigiu à enfermeira da unidade buscando apoio e orientação/supervisão. Infringiu os artigos 12 e 30 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

**Práticas**: síntese que articula todos os elementos, fornecendo um desenho geral do objeto (processos éticos) prática ou saber posto em prática. Destacam-se como elementos de sustentação do discurso profissional: a falha na segurança do paciente; o despreparo técnico para a função de administração de medicamentos; - a não consideração do papel do enfermeiro na coordenação e supervisão da assistência de enfermagem; - a sobrecarga de trabalho que pode contribuir para uma prática mecanizada; - a ausência de política de gerenciamento de riscos e erros e, também, de educação permanente estão relacionadas a falhas técnicas e problemas éticos no cuidado de enfermagem.

### 5.2.3 Exercício ilegal da profissão de enfermeira

#### **Súmula do Processo:**

**Tema da denúncia:** exercício ilegal da profissão de enfermeira.

**Denunciada:** Técnica de Enfermagem

**Denunciante:** Presidente do Coren/SC (De ofício)

**Denúncia:** A denunciada solicitou sua inscrição provisória no Coren/SC para a categoria de Enfermeira. Os trâmites foram seguidos como de costume pelo Setor de Registro e Cadastro. Entretanto, mesmo após aprovação em Plenário e até ter a cédula profissional confeccionada, o Setor de Registro de Cadastro do Coren enviou correspondência à Coordenadoria do Curso de Enfermagem da Universidade, solicitando confirmação da veracidade da Declaração apresentada pela “Enfermeira” ao Coren. Em resposta, o Diretor da Universidade informou que a denunciada não consta como discente daquele Estabelecimento de Ensino Superior. Informou ainda que a 1ª turma do Curso de Graduação em Enfermagem colaria Grau a partir de dois semestres da data da consulta do Coren/SC. Mesmo sem possuir habilitação a denunciada atuou como Enfermeira no Programa de Saúde da Família em contrato de trabalho firmado com a Prefeitura de um município de Santa Catarina. A denunciada estava inscrita regularmente no Coren/SC como Técnica de Enfermagem.

**Desfecho:** Cassação do Direito ao Exercício Profissional de Técnica de Enfermagem por infração aos Artigos 1º, 4º, 16, 17, 21, 22, 24, 51 e 71 do CEPE (Res. COFEN Nº 240/2000). Penalidade aplicada pelo Cofen.

O exercício profissional está atrelado à formação, ao preparo adequado na respectiva área. O(A) enfermeiro(a), o(a) técnico(a) e o(a) auxiliar de enfermagem têm atribuições diferentes e delimitadas pela formação.

A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, em seu Art. 6º define, dentre outros termos da lei, que Enfermeiro(a) é o titular do diploma de enfermeiro(a) conferido por instituição de ensino; determina as atribuições privativas do enfermeiro(a) no Art.11 “O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente a direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade

de enfermagem”, entre outras funções privativas. (PIRES et al., 2010).

Existe uma distinção entre as categorias da Enfermagem – o(a) enfermeiro(a), o(a) técnico(a) e o(a) auxiliar de enfermagem. Tais diferenças baseiam-se em critérios tais como a habilitação e o grau de escolaridade mínima exigida, as competências de acordo com a lei do exercício profissional, o nível de conhecimento e a complexidade das funções exercidas. Desta forma, o(a) enfermeiro(a) tem graduação em enfermagem, grau de escolaridade superior, nível de conhecimentos avançados e exerce funções complexas da Enfermagem. (PINTO; SILVA, 2008).

Ao exercer uma profissão, além do dever de observância às regras gerais aplicadas a todos os cidadãos, o(a) profissional deve atuar conforme as orientações normativas específicas inerentes ao exercício da atividade profissional. (FIGUEIREDO; FREIRE; LANA, 2006). Essas normas, estabelecidas pelo Estado ou por atos normativos dos Órgãos de Fiscalização Profissional, são de cumprimento obrigatório, podendo resultar, o seu descumprimento, em sanções de natureza jurídica e ético-disciplinar. A noção de responsabilidade profissional nasce da violação de um dever jurídico, da inobservância dos preceitos descritos nos códigos de ética e das demais normas disciplinadoras da profissão. (FIGUEIREDO; FREIRE; LANA, 2006).

Cabe ao sistema Cofen/Corens zelar pelo interesse social, fiscalizando o exercício profissional das categorias que lhe são vinculadas. As ações dos Conselhos Profissionais se desenvolvem no sentido da valorização do exercício profissional, moralização profissional, proteção dos interesses sociais, da legalidade e, principalmente, no resguardo dos princípios éticos. O disciplinamento das atividades de fiscalização do exercício profissional, por essas entidades, não abrange diretamente todos os aspectos do exercício dessas atividades, mas tão somente aquelas revestidas de conteúdo ético. (COFEN, s/d).

**A quebra/falha das ações esperadas se expressa em situações concretas:** exercer a profissão de Enfermeira sem estar legalmente habilitada para tal.

A denunciada causou danos morais aos profissionais de enfermagem, especialmente aos Enfermeiros legalmente habilitados para o exercício da profissão, colocou em risco a integridade da saúde pública, e suas atitudes não se justificam por desconhecimento, pois a mesma era técnica de enfermagem.

A má-fé da técnica de enfermagem se caracteriza por saber que não tem formação profissional de enfermeira e justificar-se na crença da

similaridade de atuação e de conhecimento entre técnicos de enfermagem e enfermeiro.. O enfermeiro coordena as ações de enfermagem, é responsável pelo diagnóstico de enfermagem, pela prescrição das intervenções de enfermagem e pela avaliação dos resultados das ações de enfermagem implementadas aos pacientes, portanto, é um trabalho complexo que exige conhecimento amplo e ter, no mínimo, concluído o curso superior de Enfermagem.

As atitudes da denunciada se **desdobram em circunstâncias:**

- **administrativas:** responsabilidade frente ao cumprimento da lei do exercício profissional; respeito às normas da instituição empregadora; exigência de comprovação do título por parte da instituição empregadora; risco na assistência das pessoas que buscam o serviço de saúde.

- **éticas:** responsabilidade frente ao cumprimento de normas perante a profissão e a sociedade. Preservação da integridade física e psíquica da pessoa assistida. Desrespeito aos enfermeiros (habilitados legalmente para o exercício profissional). Infração ética quanto a não observação do Art. 33 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007) que proíbe “prestar serviços que por sua natureza competem a outro profissional, exceto em caso de emergência”. Presidente do Coren/SC, de ofício, instaura processo ético-disciplinar, em defesa da sociedade e na preservação das competências da profissão.

A noção de responsabilidade ética nasce da transgressão dos preceitos éticos estabelecidos no Código de Ética Profissional e no plano normativo legal pelo prejuízo causado ao paciente. O dever ético de prudência e diligência na prestação da assistência à saúde poderá ter consequências também no âmbito normativo legal, independente ou não de absolvição do respectivo Órgão de Fiscalização Profissional. (FIGUEIREDO; FREIRE; LANA, 2006).

- **legais:** exercício de uma profissão para a qual não está técnica e legalmente qualificado. Responsabilidade civil Lei do exercício profissional da enfermagem. Responsabilidade penal.

**A falha na responsabilidade profissional exige/implica em averiguações e pronunciamentos.** Não incorporação das suas funções/competências/habilidades. Exercício de competências para as quais não está habilitado. Lei do exercício profissional da enfermagem. Imprudência, negligência, irresponsabilidade.

**Quem pronuncia e em que relação estão os pronunciantes:** o processo ético, instaurado pelo Presidente do Coren/SC, quando em

tramitação, teve manifestações do defensor dativo, nomeado pelo Presidente do Coren/SC, já que a técnica de enfermagem denunciada não compareceu às convocações da Comissão de instrução, figurando como *denunciada revel* nos autos do Processo Ético Disciplinar. O denunciado *revel* designa o acusado que não atende a chamado para acompanhar o processo, que se intenta contra si; não comparece ao processo nem pessoalmente, nem por mandatário regularmente constituído. (DE PLÁCIDO E SILVA, 2008).

Na definição da penalidade decorrente da infração ética, recorre-se à busca de **fatores intervenientes sobre a conduta**, tanto atenuantes quanto agravantes. Nesse caso, o fator atenuante considerado foi que a denunciada não possuía antecedentes que desabonassem a sua conduta perante o Coren/SC e como fator agravante o fato de causar danos morais aos profissionais de enfermagem, especialmente os(as) Enfermeiros(as) legalmente habilitados para o exercício da profissão; colocou em risco a integridade da saúde pública; tinha conhecimento de causa já que ela era técnica de enfermagem.

**ELEMENTOS DE SUSTENTAÇÃO DO PROCESSO EM ESTUDO:** enunciados, regras e práticas como expressão de um discurso ético-profissional ou de práticas discursivas profissionais.

Enunciados do processo: A técnica de enfermagem não considerou os preceitos éticos e legais de sua profissão; responsabilidade civil e penal de suas ações. Não incorporou as funções do técnico de enfermagem na sua formação, ultrapassando os limites da prática dessa categoria.

Regras do processo: a condição de legitimidade do conteúdo declarado (do enunciado): exercício ilegal da profissão do enfermeiro; responsabilidade ético-profissional, civil e penal. Presidente do Coren/SC instaura processo ético-disciplinar para apuração das irregularidades da técnica de enfermagem que se passou por enfermeira. A denunciada não possui autorização legal para o exercício de competências restritas à profissão do enfermeiro;

Práticas: síntese que articula todos os elementos, fornecendo um desenho geral do objeto (processos éticos) prática ou saber posto em prática. O julgamento ético se fundamenta: - na formação para exercício da profissão do enfermeiro, autorização legal para o exercício de competências restritas à profissão do enfermeiro; - no Sistema Cofen/Coréns como responsável pela auto-preservação das fronteiras da profissão; - na defesa da prerrogativa da profissão e defesa, em nome da sociedade, contra o mau praticante.

## 5.2.4 Relações interprofissionais: assédio moral

### **Súmula do Processo:**

**Tema da denúncia:** atitudes desrespeitosas constantes durante o trabalho.

**Denunciado:** Auxiliar de Enfermagem

**Denunciante:** Enfermeira

**Denúncia:** Enfermeira relata o modo de agir do Auxiliar de Enfermagem: humilhação, agressão, desrespeito, denegrindo a imagem dos parceiros de trabalho, numa atitude constante. Há cinco anos a enfermeira denunciante, assim como também outros colegas de trabalho, vem sofrendo humilhação. Por temer ser prejudicada no serviço, aceitava e tentava não dar muita importância aos fatos para evitar conflitos, mas com o passar do tempo não conseguiu mais suportar a situação.

Obs: o auxiliar de enfermagem ocupava o cargo de Coordenador dos Postos de Saúde do município.

**Desfecho:** Advertência verbal por infração aos artigos 21, 22, 38, 52, 68 e 70 do CEPE (Res. COFEN Nº 240/2000).

O trabalho da Enfermagem se caracteriza como uma atividade desenvolvida por várias pessoas em função das especificidades do cuidado contínuo nas 24 horas do dia. Para que haja continuidade e segurança da assistência é necessário um processo de comunicação entre os integrantes da equipe e uma das características do trabalho em equipe é a divisão do trabalho. A solidariedade e cooperação no desempenho das funções passa a ser um implicativo moral para que se evite a sobrecarga de trabalho de alguns, e ao mesmo tempo para que se atinja o objetivo de proporcionar um cuidado de qualidade, revestido de segurança e contribuição para a melhoria na qualidade de vida do paciente. Para tanto, as relações interprofissionais devem estar pautadas na cordialidade, respeito e consideração no trabalho em equipe.

**A quebra/falha das ações esperadas se expressa em situações concretas:** frequentes manifestações agressivas durante o exercício profissional (denegrir a imagem do colega de trabalho, humilhando, desrespeitando, agredindo verbalmente). As atitudes do auxiliar de enfermagem se caracterizam como assédio moral.

O assédio moral no trabalho é definido como “... qualquer

conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude...) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho”. (HIRIGOYEN, 2002, p. 17). É uma violência sub-reptícia, destrutiva, cujo efeito cumulativo constitui a agressão. (HIRIGOYEN, 2002). No caso aqui apresentado, o denunciado tem problemas de relacionamento com as pessoas com quem trabalha, agindo frequentemente com autoritarismo, parcialidade, sendo ofensivo, humilhando, ridicularizando e constringendo os colegas. O auxiliar de enfermagem também tinha a intenção de desacreditar o enfermeiro perante a sua equipe.

As atitudes do denunciado se desdobram em circunstâncias:

- **administrativas:** ter capacidade e discernimento para trabalhar com pessoas, compreender suas atitudes e motivações; respeito pela dignidade do colega, que dentro do serviço necessita, tanto quanto ele, de um ambiente tranquilo e aprazível para exercer suas funções. Fatores associados: - custo elevado para a vítima e para as pessoas que convivem com ela; - absenteísmo frequente, com sobrecarga de trabalho para os outros componentes da equipe; - necessidade de uma política de prevenção de riscos profissionais, incluindo o assédio moral.

- **éticas:** requisito de fundamentar suas relações no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica; realizar trabalho em equipe com relações cooperativas. Res. Cofen 311/2007 dita em seu Art. 78 – “Utilizar, de forma abusiva, o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ordens, opiniões, atentar contra o pudor, assediar sexual ou moralmente, inferiorizar pessoas ou dificultar o exercício profissional”, constitui-se em infração ética.

A quebra/falha exige/implica em averiguações e pronunciamentos.

**Quem pronuncia e em que relação estão os pronunciantes:** o processo ético levantou discursos da enfermeira denunciante, do auxiliar de enfermagem denunciado. Existe uma relação hierárquica entre os pronunciantes e cada qual defendeu a sua posição dentro desta hierarquia. Entretanto, o auxiliar de enfermagem exerce um cargo político hierarquicamente superior ao do enfermeiro denunciante. As atitudes relatadas foram implicadas em autoritarismo, intransigência e falta de habilidade para lidar com a equipe, relacionadas a falta de competência (não tem a formação par tal cargo) aliada ao uso inadequado da posição que o cargo lhe confere,

Para a graduação da penalidade e respectiva imposição

consideram-se as **circunstâncias atenuantes ou agravantes da infração**; a maior ou menor gravidade da infração; o dano causado e suas consequências; e os antecedentes do infrator. (COFEN, 2007). Os fatores intervenientes sobre a conduta do auxiliar de enfermagem, destacados no processo, resumiram-se na imposição da sua vontade sobre as ações dos membros da equipe, o desrespeito pelo colega, a humilhação, ou seja, apenas fatores agravantes.

Os mecanismos que estruturam as atitudes do auxiliar de enfermagem denunciado estão relacionados ao poder materializado no cargo político que ocupa. A enfermeira - considerando a sua formação técnico-científica e a lei do exercício profissional ocupa um nível hierárquico superior ao do auxiliar de enfermagem - percebendo a atuação autoritária e discriminatória do colega manifestou sua resistência, que não foi considerada por este. Pelo contrário, o auxiliar de enfermagem tornou-se mais insistente em seus assédios, como forma de punir a enfermeira pelas atitudes de resistência manifestadas, resultando em afastamento do trabalho por um período no qual a enfermeira denunciante estava com sinais de ansiedade e de desgaste físico e emocional. De acordo com Hirigoyen (2002), o assédio moral pode resultar em efeitos devastadores sobre a saúde psíquica e física das pessoas. Quando esgotou suas possibilidades de lutar sozinha contra um clima de trabalho hostil, a Enfermeira recorreu a denúncia.

Alguns profissionais não têm habilidade interpessoal, a qual se caracteriza pela capacidade e discernimento para trabalhar com pessoas, compreender suas atitudes e motivações e aplicar uma liderança eficaz (MARQUIS; HUSTON, 2005) e, portanto, trabalhar em equipe se torna uma ameaça constante. Como forma de esconder sua deficiência, estabelecem vinculações alicerçadas em relações de força, desconfiança e manipulação, considerando o outro como um inimigo a ser vencido, alguém que é mau, responsável por tudo de errado e que deve ser destruído. (HIRIGOYEN, 2002).

O auxiliar de enfermagem denunciado estabeleceu uma prática de dominação, procurando bloquear manifestações que pudessem questionar as suas ações, haja vista que a enfermeira denunciante levou cinco anos para proceder a denúncia junto ao Coren/SC. Para Foucault (2006a) o poder se gera e se materializa nas relações pessoais com a elaboração de discursos que possibilitam a sua estruturação e sua reprodução, caracterizando a sua legitimidade. Entretanto, práticas de dominação não se confundem com práticas de poder. Estas pressupõem resistência, não são centralizadas, unifocais e unidirecionais, mas manifestam-se em poderes entrecruzados, presentes em todas as esferas

da vida social e na própria construção dos indivíduos.

**Recorre à busca de atenuantes** ou de **Fatores intervenientes sobre a conduta**: o denunciado é reincidente possui antecedentes que desabonam a sua conduta, caracterizando-se como uma circunstância agravante perante o Conselho Regional de Enfermagem.

**ELEMENTOS DE SUSTENTAÇÃO DO PROCESSO EM ESTUDO**: enunciados, regras e práticas como expressão de um discurso ético-profissional ou de práticas discursivas profissionais.

Enunciados do processo: relações interprofissionais conflitantes, com sinais de assédio moral por parte do auxiliar de enfermagem denunciado. Atitudes desrespeitosas no cotidiano dos profissionais de enfermagem. Manifestação da enfermeira denunciante de insatisfação com a situação recorrente. Assédio moral.

Regras do processo: a condição de legitimidade do conteúdo declarado (do enunciado). Desrespeito pela dignidade do colega no exercício de suas funções. Auxiliar de enfermagem ocupando um cargo hierarquicamente superior ao da enfermeira, contrariando a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, nº 7.498/86, que dita em seu Art. 11 que é função privativa do enfermeiro a direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem. (PIRES et al., 2010). Neste caso o Auxiliar de enfermagem não observou o cumprimento das normas regulamentadoras da profissão da Enfermagem.

Práticas: síntese que articula todos os elementos, fornecendo um desenho geral do objeto (processos éticos) prática ou saber posto em prática. Abandono do profissional em uma situação de desgaste físico e emocional. Falta de habilidade interpessoal nas relações profissionais. Desvios de comportamento, atitudes desrespeitosas entre os profissionais são ignoradas pelos gestores das instituições. É fundamental a adoção de medidas para punir qualquer forma de violência dentro das organizações, assim como para não permitir o desvio de função. A distribuição das funções deve ocorrer em respeito a formação e capacitação de cada profissional, priorizando a segurança e um clima organizacional compatível com o desempenho das funções. Denúncias precoces de assédio moral horizontal (entre colegas) ou vertical (proveniente da hierarquia) podem colocar limites nas ações do assediador moral.

### 5.2.5 Maus tratos ao paciente

#### **Súmula do Processo:**

**Tema da denúncia:** agressões físicas e psicológicas contra internos de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)

**Denunciado:** Enfermeiro da ILPI.

**Denunciantes:** Duas auxiliares de enfermagem da ILPI.

**Denúncia:** enfermeiro denunciado cometeu agressões físicas e psicológicas contra internos da ILPI, entidade municipal destinada ao funcionamento de assonato e abrigando também pacientes portadores de distúrbios psiquiátricos. O denunciado exercia, na Instituição em questão, a função de enfermeiro chefe, tendo como atribuições a vigilância e responsabilidade sobre a integridade e saúde dos idosos que lá se encontravam sob seus cuidados e da equipe de enfermagem.

**Desfecho:** Censura, Multa de três anuidades da categoria profissional de Enfermeiro e suspensão do exercício profissional por 29 dias por infração aos artigos 5º, 6º, 9º, 12, 15, 18, 19, 21, 34, 48, 56 e 78 do CEPE (Res. COFEN Nº 311/2007).

Considera-se o (a) enfermeiro (a) como o (a) profissional responsável pela integridade física e psíquica dos pacientes, incluindo a proteção aos vulneráveis (nesta situação, idosos e portadores de distúrbios psiquiátricos). Estudos realizados por profissionais de enfermagem focam-se, principalmente, sobre maus-tratos ao idoso praticados no domicílio e ressaltam a responsabilidade de notificação da violência pelos profissionais de saúde. (BAKER; HEITKEMPER, 2005; SALIBA et al., 2007; SILVA et al., 2008; FULMER, 2008). Não se admite que o(a) Enfermeiro(a), o(a) profissional responsável pela assistência de enfermagem e coordenador da equipe de enfermagem, pratique maus-tratos a um paciente idoso.

O(A) Enfermeiro(a) deve ser um profissional qualificado para o exercício da Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado(a) a atuar, com senso de responsabilidade social e

compromisso com a cidadania, como promotor(a) da saúde integral do ser humano. (LDC – Res. 03-01).

**A quebra/falha das ações esperadas se expressa em situações concretas:** agressão verbal e física a pacientes vulneráveis, pelo profissional que coordena a equipe de enfermagem.

Maus-tratos

são os tratos que se afastam do humano e do justo, revelados em imposições descabidas ou em castigos imoderados dados às pessoas sob dependência de quem delas deverá cuidar, dando-lhes assistência e as mantendo como é de seu dever. Os *maus-tratos* se demonstram conforme os configura a própria lei penal: [...] na desumanidade e abuso do castigo, imposto como correção ou disciplina. (DE PLÁCIDO E SILVA, 2008, p. 500).

Os maus-tratos é uma das formas cruéis de violência. É inadmissível a sua prática a qualquer paciente. Quando aplicado ao idoso ou a paciente com distúrbios psiquiátricos, semelhante à violência praticada contra a criança, isto se agrava ainda mais, pois os idosos são indivíduos vulneráveis em função da sua fragilidade física ou dependência de outras pessoas por questões de incapacidades funcionais. (SILVA et al., 2008).

O Estatuto do Idoso, regulamentado pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, em suas Disposições Preliminares, dita no Art. 4.º: Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei. (BRASIL, 2003). No capítulo IV, relativo ao Direito à Saúde, estabelece o Art. 19 que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial; Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso; Conselho Nacional do Idoso. (BRASIL, 2003).

As atitudes do enfermeiro se desdobram em circunstâncias:

- **administrativas:** observação e cumprimento do papel da instituição. Corresponder ao papel do enfermeiro dentro da instituição e da sociedade. Respeitar o Estatuto do idoso. Zelar pela segurança da assistência de enfermagem. Proteção aos vulneráveis.

- **éticos:** abster-se de praticar atos que infrinjam os postulados éticos e legais da profissão. Proteção aos vulneráveis. A Res. Cofen 311/2007, destaca como responsabilidades e deveres no Art. 15 “Prestar assistência de enfermagem sem discriminação de qualquer natureza” e, em seu Art. 34, proíbe o profissional de enfermagem de “provocar, cooperar, ser conivente ou omissos com qualquer forma de violência”. (COREN, 2010). A base da ética consiste no respeito à vida e à dignidade da pessoa, sendo responsabilidade do profissional da saúde a promoção da saúde, o alívio do sofrimento e a restauração/prevenção da enfermidade. (FREITAS, 2007).

- **legais:** estatuto do idoso e deficiente mental. Direito à vida, à saúde, à liberdade, respeito e dignidade. Responsabilidade civil e penal do enfermeiro. A responsabilidade civil decorre do ilícito civil, o qual gera a obrigação de reparar o dano, ficando aquele que por ação ou omissão causar prejuízo a outrem fica obrigado a ressarcir o prejuízo (Art. 927). (FREITAS, 2007). A responsabilidade penal é a “obrigação de sofrer o *castigo* ou incorrer nas *sanções penais* impostas ao agente do fato ou omissão criminosa”. (DE PLÁCIDO E SILVA, 2008, p. 643).

A falha na responsabilidade profissional exige/implica em averiguações e pronunciamentos.

**Quem pronuncia e em que relação estão os pronunciantes:** o processo ético levantou manifestações do enfermeiro denunciado, da auxiliar de enfermagem denunciante, de outra auxiliar de enfermagem (testemunha do denunciado), de uma enfermeira (testemunha). Não houve pronunciamento de pacientes. Existe uma relação hierárquica entre os pronunciantes e cada qual defendeu a sua posição dentro desta hierarquia. Entretanto, quando uma auxiliar de enfermagem faz a denúncia contra um enfermeiro, situação pouco verificada neste estudo, ela está cumprindo o preceito ético contido no Código de Ética Profissional de Enfermagem, Res. COFEN 311/2007, em seu Art. 49 “Comunicar ao Conselho Regional de Enfermagem, fatos que firam preceitos do código de ética e da legislação do exercício profissional”.

Na definição da penalidade decorrente da infração ética, recorre-se à busca de **fatores intervenientes sobre a conduta**, tanto atenuantes quanto agravantes. Nesse caso, o fator atenuante considerado foi o enfermeiro não possuir antecedentes que desabonassem a sua conduta perante o Conselho Regional de Enfermagem e como fator agravante foi destacado o uso abusivo do poder que o cargo lhe confere sobre população vulnerável, no caso idoso.

ELEMENTOS DE SUSTENTAÇÃO DO PROCESSO EM ESTUDO: enunciados, regras e práticas como expressão de um discurso ético-profissional ou de práticas discursivas profissionais.

Enunciados do processo: maus-tratos a idosos internados em ILPI pelo profissional enfermeiro. A auxiliar de enfermagem denuncia as ações abusivas do enfermeiro. Os pacientes não se manifestaram no ocorrido.

Regras do processo: a condição de legitimidade do conteúdo declarado (do enunciado). O enfermeiro não considerou os preceitos éticos e legais de sua profissão, responsabilidade civil e penal de suas ações. Neste caso a ocorrência foi além da esfera ético-profissional, pois também houve responsabilidade civil e penal do enfermeiro. Denunciante cumpriu preceitos éticos e legais, não sendo conivente com a situação.

Práticas: síntese que articula todos os elementos, fornecendo um desenho geral do objeto (processos éticos) prática ou saber posto em prática. Não incorporação de suas responsabilidades como enfermeiro. Despreparo para trabalhar com grupos vulneráveis. Abuso de autoridade. Desrespeito à dignidade do ser humano.

### **5.2.6 Condições de legitimidade dos enunciados em discursos profissionais acionados e produzidos nos processos éticos**

Analisar um discurso é determinar as regras que tornam possível a existência de enunciações diversas. É preciso definir, na análise dos discursos, as regras de formação dos conceitos, as regras que permitem relacioná-los em um sistema comum. Esse sistema de formação conceitual deve dar conta da emergência simultânea ou sucessiva de conceitos dispersos, heterogêneos e até mesmo incompatíveis. (MACHADO, 2009).

Neste estudo, os *Enunciados* mostram como funciona a deliberação moral na prática da Enfermagem. Ele produz as *Regras* que são mais gerais no processo ético e remete a *Práticas* de funcionamento da deliberação moral e da própria profissão Enfermagem como um todo, ou como esta se organiza com suas normatizações, princípios, valores, conhecimento técnico e científico. Mostra a organização, o posicionamento, a fisionomia da profissão diante da sociedade.

Considerando as enunciações dos sujeitos envolvidos em cada processo ético-profissional analisado neste estudo, pode-se relacioná-las

aos modos de agir definidos como corretos ou censuráveis, tomando como base as referências éticas e legais que a profissão utiliza na sua formalização.

Percebe-se assim que a sociedade espera uma Enfermagem exercida dentro dos mais altos padrões de qualidade e que também espera dos órgãos fiscalizadores do exercício profissional uma adequação dos princípios, normas, conhecimentos que regem a profissão à prática. O distanciamento entre “o que deve ser” e a realidade do trabalho é identificado como falha ou erro, como ocorrência que escapou dos limites discursivamente definidos.

Na prática profissional existem falhas que levam à averiguação do que está relacionado ao comportamento e atitude de determinados profissionais. Ao investigar os modos de agir inadequados, observa-se, em alguns casos, a relação da ocorrência com a sobrecarga de trabalho, condições de trabalho insatisfatórias, inexpressivo número de profissionais enfermeiros e enfermeiras compondo o quadro de pessoal de uma instituição de saúde, falta de políticas organizacionais que considerem a qualidade e a segurança do cuidado, traduzida em educação permanente, condições dignas de trabalho, um salário compatível com a responsabilidade das funções exercidas. Também se verifica que alguns posicionamentos ético inadequados se relacionam à competências e posturas individuais, quando estas desconsideram o conhecimento técnico-científico, as normas, os princípios, o Código de Ética e a Lei do Exercício Profissional, que também funcionam como enunciados aplicáveis a cada situação concreta. E, ainda, remetem a não utilização do método de trabalho da Enfermagem, o Processo de Enfermagem ou Sistematização das ações de Enfermagem, ou a não existência de Comissões de Ética de Enfermagem, no desempenho de seu papel educativo nas instituições de saúde.

No caso dos discursos profissionais, objeto de análise desse estudo, as regras e práticas estabelecem um sistema de relações entre o que a sociedade, o paciente e família e a própria profissão Enfermagem esperam do profissional e o que ele oferece na prática. A ocorrência de falhas nas ações esperadas, mesmo que individualizadas, mobiliza ou põe em funcionamento um conjunto complexo de objetos, enunciados, conceitos e estratégias, que sustentam o que se pode considerar como um discurso profissional, historicamente conformado.

A análise de enunciados de discursos expressos em processos éticos profissionais considerou: - que estes são discursos reais, efetivamente pronunciados, existentes como materialidade e funcionantes em práticas discursivas. (MACHADO, 2009); - que

enunciados possuem uma “função”, de acordo com seu referente, a posição de sujeito ocupada, um campo de coexistência com outros enunciados e uma materialidade específica nas relações sociais. (FISCHER, 2001 p. 201-202; FOUCAULT, 2009).

Para Foucault, (2009), práticas discursivas são modos de fabricação de discursos, corporificadas em conjuntos técnicos, instituições, esquemas de comportamento, formas pedagógicas, e que podem reunir ou atravessar diferentes disciplinas ou ciências, em delimitações provisórias e modos de transformações específicos, produzidos dentro ou fora delas próprias.

Pires (2010) destacam que uma profissão é reconhecida pelo agir cotidiano de seus exercentes, implicando desta forma, no desenvolvimento de práticas cuidativas de qualidade com a inclusão de ações de promoção da saúde e cuidados em situações de carência em saúde. Também ressalta que a “responsabilidade de cuidar da saúde das pessoas é a fortaleza e o desafio permanente da profissão de Enfermagem. Portanto, é necessário formular, atualizar e fazer cumprir as regras, os padrões éticos e as condições requeridas para oferecer cuidados seguros e de qualidade. (PIRES, 2010, p.7).

Analisar o discurso seria dar conta de relações históricas, de práticas muito concretas, que estão “vivas” nos discursos, na medida em que as palavras são também construções; na medida em que a linguagem também é constitutiva de práticas. (FISCHER, 2001, p. 199).

A imagem da Enfermagem, construída ou concebida pela sociedade e pela própria Enfermagem, ainda mantém resquícios de uma profissão caritativa e que não exige muito conhecimento para o seu exercício. É baseado nessa relação que muitos profissionais exercem a Enfermagem, submetendo-se a um trabalho mecanicista, rotineiro, sem reflexão. Por outro lado, a Enfermagem muito já avançou nos últimos anos, quando desenvolveu um conhecimento próprio, que mostram a importância da relação paciente e profissional, fundamentada nos princípios e valores éticos, no conhecimento científico e na valorização do ser humano. As teorias de enfermagem são um instrumental adequado para a delimitação da área de atuação da Enfermagem e da compreensão da necessidade de uma prática transformadora aprofundada na reflexão sobre as ações dos profissionais.

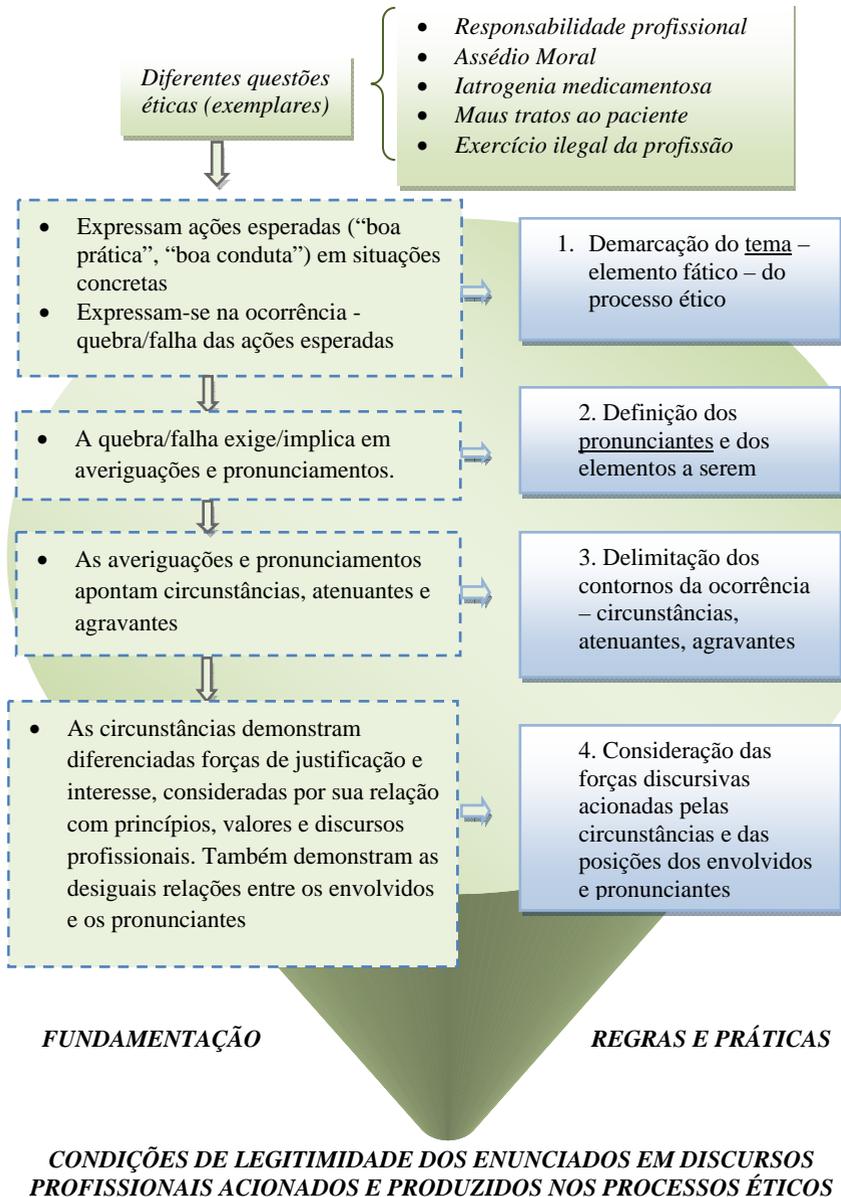
Os discursos profissionais analisados neste estudo demonstram a relação com a história da Enfermagem, porque ela está refletida em cada profissional. Ao mesmo tempo demonstram os avanços na organização da profissão, a atuação das entidades de classe, o aperfeiçoamento da sistematização da assistência, a melhoria na educação formal de seus

exercentes, a formação em nível de pós-graduação, as pesquisas na área. Toda esta transformação contribui para que a Enfermagem caminhe para um exercício profissional mais autônomo e consciente de suas responsabilidades com o ser humano por ela cuidado e são, também, transformações das próprias práticas discursivas que envolvem a profissão.

Ao apreciar um discurso não se pode fechá-lo em si mesmo, mas descrever nele e fora dele jogos de relações (FOUCAULT, 2009). Neste estudo, a análise das ocorrências relacionadas à responsabilidade profissional, às iatrogenias, ao assédio moral, aos maus tratos ao paciente e ao exercício ilegal da profissão não se limitou ao próprio discurso, mas houve articulação com o não-discursivo, ou seja, com os fatores associados ao desfecho da ocorrência convergindo para questões de ordem ética, técnica, administrativa, social, política, legal.

As enunciações diversas demonstram as forças discursivas acionadas pelas circunstâncias e a relação entre os envolvidos e os pronunciantes nos processos ético-profissionais. Tais forças discursivas são forças de justificação e interesse, relacionadas a princípios, valores e conhecimentos que posicionam o sujeito na relação de cuidado e a possibilidade de expressão ética deste e neste cuidado.

Articula-se a seguir, na figura nº 2, a convergência entre enunciados, regras e práticas na análise dos cinco casos exemplares selecionados na amostra do estudo.



**Figura 2:** Marco Analítico dos discursos contidos nos Processos Éticos de Enfermagem

Salienta-se que este Marco Analítico dos Discursos contidos nos Processos Ético-Profissionais de Enfermagem representa a expressão das condições de legitimidade dos enunciados contidos nos discursos, sendo um modelo que emergiu da própria análise, portanto empírico.

### 5.3 DELIBERAÇÃO MORAL E PROCESSOS ÉTICOS – ELEMENTOS PARA UMA PROPOSIÇÃO METODOLÓGICA

Os discursos profissionais acionados e produzidos nos processos éticos de enfermagem mostraram, através dos seus enunciados, regras e práticas, a expressão da deliberação moral, relacionada a uma sustentação teórica e organização histórica da Enfermagem, ao seu conhecimento técnico-científico, legislação, código de ética profissional, crenças, valores, princípios.

Desta forma, identifica-se neste estudo os elementos de um referencial metodológico para a deliberação moral e ou sistematização da análise de denúncias e processos ético-profissionais de Enfermagem, construído a partir do marco analítico dos discursos expressos nos processos ético-profissionais de enfermagem.

Salienta-se que dentro das comissões de ética ocorrem as etapas da deliberação moral quando se analisa uma denúncia ou ocorrência ética de enfermagem. O Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem aprovado pela Resolução COFEN 252, de 02 de abril de 2001, dita as normas processuais de julgamento ético e contém, sistematizado, o conjunto de normas que regem a aplicação, pelos Conselhos de Enfermagem, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE). Todas as etapas de tramitação de uma denúncia ética até a instauração do processo - se infração do CEPE - a condução do processo e julgamento em primeira instância, dos recursos para julgamento em segunda instância no Cofen, e demais questões relativas à tramitação dos processos estão explicitadas no Código de Processo Ético.

Todavia, não existe documento que presuma toda a complexidade da prática da Enfermagem. Desta forma, ao analisar uma ocorrência, as Comissões de Ética de Enfermagem (CEE), às vezes, passam pelas dificuldades da tomada de decisão, seja pela subjetividade da situação, seja pela falta de experiência na condução ou proximidade com colegas de trabalho e o embaraço por não querer se comprometer e causar algum

dano ao colega. Entretanto, ao instaurar a Sindicância Ética para apurar a denúncia, as CEE precisam avaliar o fato, munidas da imparcialidade requerida para uma justa tomada de decisão e condução da denúncia. Embora se saiba que as pessoas não conseguem se desvencilhar dos seus valores e posicionamentos éticos pessoais, na tomada de decisão os argumentos que cercam a realidade dos fatos precisam ser considerados de maneira racional. Crisham (1985) ressalta que as pessoas são muito diferentes na sua sensibilidade para as necessidades e o bem-estar dos outros.

Assim, ao analisar uma denúncia ética é necessário seguir alguns passos para que se realize uma avaliação imparcial e justa, guiada por princípios éticos, pelo conhecimento técnico-científico, por valores morais descritos no Código de Ética Profissional e na Lei do exercício profissional, pois deliberar é o ato de priorizar um curso de ação como o mais adequado entre várias opções que se apresentam.

Propõe-se neste estudo:

1. Demarcação do tema da denúncia: avaliar a denúncia e suas consequências
2. Definição dos pronunciamentos (envolvidos e suas posições) e dos elementos a serem averiguados (causas, motivos, contexto)
3. Solicitação de mais informações caso não haja elementos suficientes para a realização do Parecer
4. Verificação de existência de indícios de infração ética, usando como referência o Código de Ética Profissional
5. Encaminhamentos: **Na Comissão de Ética do Conselho Regional de Enfermagem (CEC):** (1) rejeitar a denúncia caso ela não infrinja o Código de Ética Profissional; ou (2) sugerir ajuste de conduta em situações em que a educação, a informação são suficientes para contribuir na mudança do agir profissional; ou (3) solicitar abertura do processo ético, caso existam indícios de infração ao Código de Ética Profissional. **Nas Comissões de Ética de Enfermagem (CEE) das instituições de saúde:** seguir os passos (1) e (2) da proposta acima ou (3) encaminhar a denúncia com todos os fatos apurados, os registros da sindicância e o Relatório da CEE, para o Conselho Regional para avaliação da possibilidade de abertura de processo ético-profissional, caso existam indícios de infração ao Código de Ética Profissional.
6. Delimitação dos contornos da ocorrência – circunstâncias, atenuantes, agravantes (Item necessário para as averiguações da Comissão de Instrução e para o Relator do Processo Ético).
7. Avaliação e discussão das alternativas possíveis, (razões para cada alternativa) dos valores e princípios postos em causa (legitimação

de valores e regras, convicção relacionada à profissão e a preservação da dignidade do ser humano), as diferentes forças em conflito (proteção aos vulneráveis, respeito ao ser humano) e sua capacidade de legitimar argumentos racionais e justos (a decisão tomada está fundamentada em valores e princípios normativos e coerentes e caracteriza-se como a melhor opção, como um compromisso assumido).

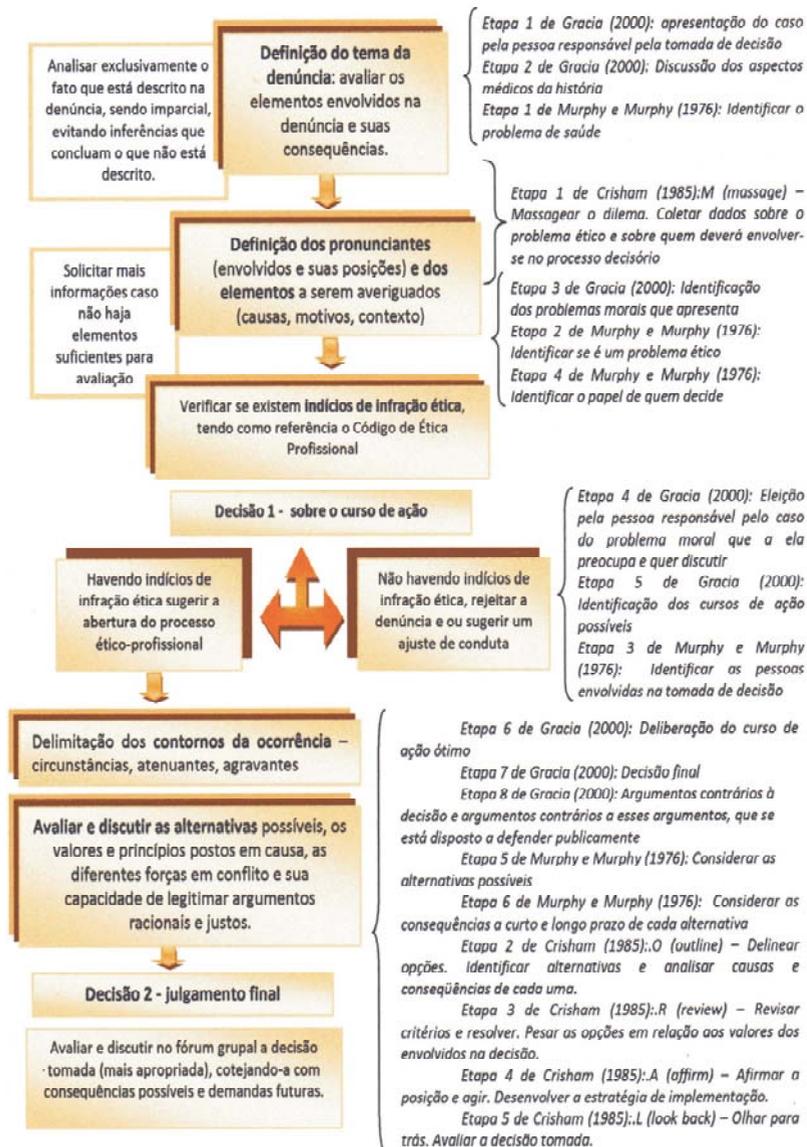
8. Avaliação e discussão, no fórum grupal, da decisão tomada (mais apropriada), cotejando-a com as consequências possíveis e demandas futuras (como necessidades de intervenção ou propostas educativas, interna ou externa aos envolvidos na decisão). Aqui se busca uma visão da complexidade do fato ou da ocorrência ética, ultrapassando o seu contexto local do caso.

A seguir, são demonstradas, na Figura 3, as estratégias sugeridas na avaliação da denúncia ética e nos procedimentos que envolvem a deliberação em processos éticos. O esquema representa uma proposição genérica, que exigirá adaptações conforme situação de denúncia ou processo ético, conforme instância (CEE ou CEC) ou, ainda, para aplicações práticas diversas.



**Figura 3:** Elementos para uma proposição metodológica de análise de denúncias e processos éticos

Também se julgou necessário comparar a Proposta metodológica a referenciais de deliberação moral, selecionados na literatura, com o intuito de sustentar teoricamente a Proposta. A Figura 4, a seguir, sintetiza o modelo proposto neste estudo, cotejando suas etapas com métodos de deliberação moral selecionados, especificamente a abordagem para a tomada de decisão ética de Murphy & Murphy (1976); o modelo “MORAL” proposto por Patricia Crisham (1985); e o processo deliberativo para análise de casos bioéticos de Diego Gracia (2000).



**Figura 4:** Elementos para uma proposição metodológica de análise de denúncias e processos éticos e comparativo com outros métodos de Deliberação Moral.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O maior desafio para desenvolver um estudo sobre ética, inicialmente, foi apreender a complexidade do próprio conceito e de sua articulação com a vida prática, em sua relação com a moral. Mas afinal o que é ética? A ética é o posicionamento, a escolha de cada indivíduo diante da moral, esta caracterizada pelas normas, costumes, princípios. A ética se materializa nas atitudes das pessoas.

Quando se considera as definições clássicas dos termos “ética e moral”, ou seja, ética como a filosofia da moral e moral como os costumes e as normas estabelecidas, a denominação Código de Ética Profissional pode parecer incoerente, sendo talvez mais adequado denominá-lo de “Código de Moral ou de Deontologia Profissional”. No entanto, se for considerado o Código de Ética Profissional como a disposição, o posicionamento coletivo de uma Profissão diante dos costumes estabelecidos em uma determinada sociedade, a denominação estará correta. Mas se o Código de Ética representa o posicionamento coletivo da Enfermagem, por que o modo de ser e de agir de alguns profissionais estão tão distantes do que é preconizado em seu Código?

Na prática da Enfermagem ainda se observa atitudes de profissionais que infringem a ética, trazendo prejuízos às pessoas envolvidas na ocorrência e à própria imagem da profissão. Neste estudo foram demonstradas as denúncias éticas mais frequentes, quem mais denuncia e é mais denunciado, os artigos mais infringidos do Código e as penalidades a que são submetidos os infratores. Por que um profissional age de modo a causar dano ao outro e também a ele próprio, se forem consideradas as penalidades a que está sujeito?

Foucault (2006) explica que toda ação moral implica numa relação com o real em que ela se concretiza, com um código ao qual ela se refere e, principalmente, também implica na relação consigo mesmo, na constituição de si como sujeito moral, em que o indivíduo define a sua posição em relação ao preceito que ele acata, determinando para si um modo de ser.

Assim, o modo de ser de um profissional vai depender do seu posicionamento, do seu comprometimento diante da profissão e isso é determinado pelo próprio profissional. Consequentemente, o seu modo de agir será reflexo do seu posicionamento ético, dos valores e princípios que o constituem como um sujeito moral.

As profissões surgem das necessidades sociais e a Enfermagem muito tem contribuído na preservação da vida, na recuperação e na

promoção da saúde e também na prevenção das doenças. A sociedade espera que a Enfermagem ofereça cuidados de qualidade. Desta forma, as normas, os princípios, a lei, a ética profissional são configurações de auto-preservação das fronteiras que a Profissão estabelece para o exercício profissional. É necessário existir uma autorização legal para o exercício das competências restritas à profissão, também é necessária a defesa da sociedade, a preservação de um cuidado de qualidade, seguro, que respeite a dignidade do ser humano.

Ao demonstrar o perfil das ocorrências éticas mais frequentes no estado de Santa Catarina, no período de 1999 a 2007, disponibiliza-se uma visão da Enfermagem que não deve ser muito diferente nos outros estados do Brasil. Nessa perspectiva da prática, a Enfermagem confirma o compromisso com o cuidado do ser humano, pois expõe as suas debilidades e ao mesmo tempo suas fortalezas ao trabalhar com a diversidade de sujeitos e situações de cuidado. Não se pode deixar de enfatizar que a Enfermagem cuida da saúde das pessoas em circunstâncias variadas, tanto em locais com alta tecnologia e recursos humanos e materiais suficientes, quanto em locais em que a deficiência de recursos é um fator limitante. Os embates do dia-a-dia da prática, as situações conflitantes, os dilemas acompanham o profissional de enfermagem nas 24 horas do dia, haja vista que os problemas da prática não são só técnicos, mas éticos, morais, sociais, econômicos e políticos.

No entanto, sabe-se que as mudanças que estão acontecendo, em alguns Estados através das novas gestões dos Corens, também com apoio da nova gestão do Cofen, contribuem para a busca da concretização da valorização da prática profissional nos aspectos referentes a um cuidado de qualidade e na defesa dos direitos do profissional.

Neste estudo, as ocorrências mais frequentes relacionadas às iatrogenias, ao exercício ilegal de profissões, à responsabilidade do(a) enfermeiro(a), às negligências, entre outras, remetem a reflexões sobre o processo de formação profissional e a continuidade desta formação nos espaços institucionais de saúde, à necessidade de discussões sobre os problemas vivenciados por cada profissional isoladamente, mas que fazem parte da profissão Enfermagem como um todo.

Cuidar do ser humano em situações de fragilidade física, emocional e social é uma atividade complexa e o preparo para esta atividade também deve englobar várias dimensões e responsabilidades. Reconhecer as suas limitações e buscar auxílio poderia contribuir para minimizar os erros, principalmente aqueles relacionados às iatrogenias. A educação permanente que visa à atualização e o preparo do

profissional para oferecer uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência parece ainda ser um grande desafio na realidade estudada.

Exercer atividades para as quais o profissional não está qualificado evidencia falta de seriedade e exposição do indivíduo a riscos, ficando demonstrado, neste estudo, a ocorrência significativa de situações de exercício ilegal de profissões.

Frequentemente são ouvidos reclamos quanto à relação do(a) profissional de Enfermagem com o paciente/família. Este estudo revelou que essas relações são geradoras de conflitos, assim como aquelas entre os profissionais da saúde, nas quais se destaca a disputa de poder e o assédio moral. As relações conflitantes na assistência de enfermagem mostram o poder como fenômeno relacional que ocorre em múltiplas redes e em todos os espaços da vida cotidiana, conforme a visão de Michel Foucault.

Ao distinguir os elementos de sustentação contidos nos discursos dos(as) profissionais de enfermagem envolvidos em processos éticos, evidencia-se como os enunciados dos discursos são significativos e recorrentes na produção de regras e práticas na configuração moral da prática da Enfermagem.

Desta forma, os enunciados, regras e práticas (elementos de sustentação) expressam tanto as ações esperadas no agir profissional quanto à ocorrência de falha nessas ações. Também mostra que a materialidade de situações da prática profissional exige averiguações e pronunciamentos quando se referem a falhas no modo de agir de seus profissionais e implicam na possibilidade de avaliação das circunstâncias em que os erros ou falhas acontecem, da posição dos sujeitos envolvidos, da proximidade e distanciamento com um discurso de legitimação da própria profissão em sua utilidade social e na pertinência de suas bases e valores.

Identificar os elementos de sustentação nos discursos mostra as subjacências, as relações da prática da Enfermagem em circunstâncias, éticas, administrativas, legais, sociais e históricas, pois em cada discurso percebe-se a interdiscursividade ou polifonia, ou seja, muitas falas dentro da mesma fala, a legitimidade do conteúdo declarado no discurso, seus argumentos, justificações, juízos, valores. Assim se conseguiu articular os elementos num modelo empírico analítico, não apenas interessante por dar visibilidade aos meandros de processos de deliberação moral, mas por fornecer um desenho geral do objeto do estudo (processos éticos) em sua capacidade de *falar para* e *falar da* Enfermagem, de se tornar prática ou saber posto em prática.

O uso do referencial de análise do discurso em Foucault foi adequado porque proporcionou a identificação das práticas concretas presentes nos discursos dos(as) profissionais de Enfermagem na medida que a linguagem é constitutiva de práticas.

Esta pesquisa mostrou que as práticas discursivas contêm um conhecimento, uma sabedoria arraigada da Enfermagem e que quando se avalia a prática, a realidade, a concretude se tem mais possibilidade de aproximação com a complexidade desta prática e propor estratégias de melhoramento que contribuam para um modo de agir conectado com a ética profissional. Isto é condição para um cuidado de qualidade e seguro para o paciente, bem como relações profissionais mais articuladas e solidárias num clima de respeito e cooperação.

Desta forma foi confirmada a tese de que os processos éticos de enfermagem expressam elementos fáticos e de sustentação produtivos/instrumentais ao exame crítico dos discursos profissionais em seus subsídios para a deliberação moral.

A comprovação da presente tese subsidiou a construção de elementos de um referencial de deliberação moral e de um método para a análise de denúncias e processos éticos, cotejando-o a métodos já elaborados. É fundamental o desenvolvimento de métodos de análise de situações éticas, os quais transpareçam, além da subjetividade, a discussão racional e objetiva e, assim, possibilitem maior tangibilidade às ocorrências e adequada base à tomada de decisão ética.

Ao propor estratégias de deliberação na análise das denúncias e de processos éticos compreende-se que quanto mais embasados nos fatos, nas causas, nos motivos, nas circunstâncias em que ocorrem os erros e as infrações éticas, mais subsídios as Comissões de Ética de Enfermagem têm para cumprir o seu papel de órgãos representativos dos Conselhos Regionais junto às instituições de saúde, com funções educativa, consultiva e fiscalizadora do exercício profissional e ético, conforme prevê a Resolução COFEN 172/1994.

As ocorrências éticas podem ser fruto de situações em que impera a falta de bom senso dos profissionais, o desconhecimento dos seus direitos e deveres previstos na Lei do exercício Profissional nº 7.498/86 e no Código de Ética, a não consideração dos valores e princípios da profissão Enfermagem, mas também resultam, muitas vezes, de condições inadequadas de trabalho com a convivência do próprio profissional.

A Enfermagem exerce o complexo papel de cuidar do ser humano em todas as etapas do processo de viver e, também, de morrer. Caracteriza-se como um serviço no qual as competências do próprio

profissional, como aquelas exigidas para a razão crítica e o julgamento ético, são condições imprescindíveis para o trabalho e, dessa forma, suscetível a falhas e insuficiências. Ao abordar o erro humano é preciso que se estabeleçam relações com o contexto administrativo, técnico, social, político, pois o ser humano é influenciado pela posição institucional que ocupa, pela sua competência técnica, e principalmente, pelo seu posicionamento ético diante das regras e valores propostos pela sua profissão.

Foucault (2004) chama de ética a relação que o sujeito deve ter consigo mesmo, a maneira como o indivíduo deve se constituir a si mesmo como um sujeito moral de suas próprias ações. Articula a ética com a subjetividade e os processos de subjetivação. A subjetivação é a dimensão propriamente ética da moral; ela diz respeito à constituição de um *ethos*, de um modo de ser; o modo como um indivíduo se torna propriamente um sujeito, o sujeito de uma conduta moral.

É isso que a Enfermagem precisa discutir e problematizar na busca de alternativas para que o modo de agir dos seus profissionais esteja fundamentado num modo de ser ético condizente com os valores da profissão e com a garantia de um cuidado de qualidade pautado no respeito à dignidade do ser humano. Proposições metodológicas, como a aqui apresentada, só serão úteis se tiverem o efeito mobilizador de novos pensamentos, competências e enfrentamentos individuais e coletivos.

Pesquisas empíricas que tenham como objeto os processos concretos de deliberação moral são fundamentais para dar visibilidade aos modos e nuances que envolvem a tomada de decisão frente a problemáticas tão complexas e diversificadas quanto os campos de prática. Refletir e exercitar modelos já propostos, sejam dedutivos ou indutivos, mais teóricos ou mais casuísticos, também é importante para desenvolver capacidades de articular teoria e prática, valores e circunstâncias reais, pautas políticas e posições pluralistas. Tais desafios ainda estão a exigir grande investimento acadêmico, científico e político profissional. Não se pode deixar de salientar que a educação permanente é um dos meios que se dispõe para levar o conhecimento produzido ao cenário da prática assistencial.

Também foi possível nesta pesquisa demonstrar indícios de como a Enfermagem julga e estabelece para si mesma o julgamento das suas ações na prática. Saber gerenciar os riscos da assistência é essencial para que se coloque em prática um dos princípios fundamentais do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Res. Cofen 311/2007): “A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de

vida da pessoa, família e coletividade”. Ao apresentar os resultados deste estudo, pretende-se também estimular o interesse pela criação de Comissões de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde, visando garantir um espaço de discussão que contribua para a mudança de atitudes por parte dos(as) profissionais da Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. Trad. da 1ª edição brasileira coordenada e revista por Alfredo Bosi; Revisão da Tradução e Tradução de novos textos Ivone Castilho Benedetti. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- AMERICAN SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACISTS. ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals. **Am J HospPharm.** 1993; 50:305–14. Disponível em : <[http://www.ashp.org/s\\_ashp/docs/files/MedMis\\_Gdl\\_Hosp.pdf](http://www.ashp.org/s_ashp/docs/files/MedMis_Gdl_Hosp.pdf)>. Acesso em: 18 abril 2010.
- ARAÚJO, I. L. **Foucault e a crítica do sujeito**. Curitiba: UFPR, 2000.
- ARISTÓTELES. **Ética a Nicômacos**. 4 ed. Trad. Mário da Gama Kury. Brasília: UnB, 2001.
- AZEVEDO, M. A. O. Decisões clínicas eticamente orientadas. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 49, n. 1, p. 44-51, jan.-mar. 2005. Disponível em: <<http://www.amrigs.org.br/revista/49-01/cremers4901.pdf>>. Acesso em: 22 abril 2009.
- BAKER, M. W.; HEITKEMPER, M.M. The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. *Nursing Outlook*, v. 53, n. 5, Sept-Oct 2005. p. 253-59. Disponível em: <[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6WN Y-4H9WKK7-F&\\_user=687353&\\_coverDate=10%2F31%2F2005&\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_orig=search&\\_sort=d&\\_docanchor=&view=c&\\_acct=C000037882&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=687353&md5=4dc949763390faa7f49df25dc75ce3d0](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WN Y-4H9WKK7-F&_user=687353&_coverDate=10%2F31%2F2005&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000037882&_version=1&_urlVersion=0&_userid=687353&md5=4dc949763390faa7f49df25dc75ce3d0)>. Acesso em: 30 abril 2010.
- BAUMAN, Z. **Ética pós-moderna**. Trad. João Rezende Costa. São Paulo: Paulus, 1997. 2ed. 2003.
- BAUMAN, Z. **Identidade**. Trad. Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- BELLOTTO, H. L. **Arquivos permanentes: tratamento documental**. 4 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

BELTRAMI FILHO, E. Responsabilidade civil dos profissionais da saúde sob o olhar do direito. In: FELDMAN, L. B. (Org.). **Gestão de risco e segurança hospitalar**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2009. p. 45-59.

BERLINGUER, G. **Bioética cotidiana**. Trad. Lavínia B. A. Porciúncula. Brasília: UnB, 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BORGES, M. de L.; DALL'AGNOL, D.; DUTRA, D. V. **Ética** (o que você precisa saber sobre...). Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

BRASIL. **Lei 7498/86 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>. Acesso em: 15 dezembro 2009.

\_\_\_\_\_. **Decreto 94.406, de 08/06/1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=131186>>. Acesso em: 15 dezembro 2009.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 26 maio 2010.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 20 abril 2009.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/0301Enfermagem.pdf>>. Acesso em: 31 março 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2003. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p10741\\_estatuto\\_do\\_idoso.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p10741_estatuto_do_idoso.pdf)>. Acesso em: 30 abril 2010.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos (SISNEP)**. 2004. Disponível em <conselho.saude.gov.br/comissão/conep/2004/SISNEP>. Acesso em: 06 setembro 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. Disponível em: <portalwww.saude.gov.br/saude/>. Acessado em: 04 setembro 2008.

BUB, M. B. C. **Concepções de saúde, ética e prática de enfermagem**. 2001. 105 f. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2001. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

\_\_\_\_\_. Ética e prática profissional em saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 65-74, jan/mar. 2005.

CALLAHAN, D. Bioética. **Revista Selecciones de Bioética**, n. 2, p. 29-43, ago. 2002.

CAPANO, E. F. **Dignidade sexual**: comentários aos novos crimes do Título VI do Código Penal (arts. 213 a 234-B) alterados pela Lei 12.015/2009. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

CARVALHO, V. de. Enfermagem fundamental – predicativos e implicações. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 664-71, 2003

CASTELLO, C. Segurança do paciente: a importância da enfermagem na prevenção de iatrogenias. In: MALAGUTTI, W.; MIRANDA, S. M. R. C. (Orgs.). **Os caminhos da enfermagem**: de Florence à globalização. São Paulo: Phorte, 2010. p. 105-18.

CASTRO, E. **El vocabulario de Michel Foucault**: un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores. Buenos Aires: Editorial Prometeo e Universidad de Quilmas, 2004.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J. P.; GROULX, L. H. et al. **A pesquisa qualitativa – enfoques epistemológicos e metodológicos**. Trad. Ana Cristina Nasser. Petrópolis: Vozes, 2008.

CHIAVENATO, I. **Administração nos novos tempos**. 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

CHAVES, P.L.; COSTA, V. T.; LUNARDI, V. L. A Enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 38-43, jan/mar. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei 7498/86 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 15 dezembro 2009.

\_\_\_\_\_. **Resolução COFEN 172/1994**. Disponível em: <<http://www.portalcofen.com.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=7034&sectionID=34>>. Acessado em: 31 março 2009.

\_\_\_\_\_. **Resolução COFEN 252/2001**. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=7083&sectionID=34>>. Acessado em: 20 abril 2009.

\_\_\_\_\_. **Resolução COFEN 311/2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=7221&sectionID=34>>. Acessado em: 23 abril 2009.

\_\_\_\_\_. **Esclarecimentos sobre a autarquia Cofen/Corens**. s/d. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=7011&sectionID=35>>. Acesso em: 02 maio 2010.

COOK, D. M. Iatrogenic illness: a primer for nurses. **MedSurg Nursing**, v. 10, n. 3, p. 139-45, jun. 2001. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=7&sid=e69b63dd-b881-4b14-9439-7bc5f7a81a72%40sessionmgr14>>. Acesso em: 20 abril 2010.

CLOTET, J. **Bioética**, uma aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

CRISHAM, P. Moral: how can I do what's right? *Critical Care Management Edition/ Nursing Management*, v. 16, n. 3, p. 42A-42N, mar. 1985.

DELEUZE, G. **Foucault**. Trad. Claudia Sant'Anna Martins; rev. da tradução Renato Ribeiro. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DE PLÁCIDO E SILVA. **Vocabulário jurídico conciso**. Atualizadores: Nagib Slaibi Filho e Gláucia Carvalho. Rio de Janeiro: Forense, 2008.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DURAND, G. **Introdução geral à bioética**: história, conceitos e instrumentos. Trad. Nicolas N. Campanário. São Paulo: São Camilo-Loyola, 2003.

DURANT, W. **A história da filosofia**. Trad. Luiz Carlos do N. Silva. Rio de Janeiro: Nova Cultural, 2000.

ECO, U. Quando o outro entra em cena, nasce a ética. In: ECO, U.; MARTINI, C. M. **Em que crêem os que não crêem?** Trad. Eliana Aguiar. 11 ed. Rio de Janeiro: Record, 2008. p.79-91.

ERDMANN, A. L.; LENTZ, R. A. Gerência do Trabalho da Enfermagem. In: **Técnico em saúde**: habilitação em Enfermagem – Processo de Trabalho nas ações básicas de saúde e na assistência de enfermagem ao cliente grave durante o ciclo vital. Florianópolis: EFOS – SES – SC. 2002. p. 26-33.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Coord. da trad. Izabel Magalhães. Brasília: Universidade de Brasília, 2001. 2008 (reimpressão).

FERRER, J. J.; ÁLVAREZ, J. C. **Para fundamentar la bioética** – teorias y paradigmas teóricos em la bioética contemporânea. 2. ed. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Editorial Desclée De Brouwer, 2005.

FIGUEIREDO, A. M.; FREIRE, H.; LANA, R. L. **Profissões da saúde**: bases éticas e legais. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

FISCHER, R.M.B. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**. n. 114, p. 197-223, Nov. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a09n114.pdf>>. Acesso em: 06 outubro 2009.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **RAC**, v. 5, edição especial, p.183-96, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>>. Acesso em: 29 abril 2010.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. Trad. Laura Fraga de Almeida Sampaio. 3. ed. São Paulo: Loyola, 1996.

\_\_\_\_\_. A vontade de saber. In: \_\_\_\_\_. **Resumo dos cursos do**

**Collège de France** (1970-1982). Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

\_\_\_\_\_. **A hermenêutica do sujeito**. Edição estabelecida sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana, por Frédéric Gros; Tradução Márcio A. da Fonseca e Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

\_\_\_\_\_. O uso dos prazeres e as técnicas de si. *Le débat*, nº 27, novembro de 1983. In: \_\_\_\_\_. **Ética, sexualidade, política**. v. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 192-217.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Organização, Introdução e Revisão Técnica de Roberto Machado. 22. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006a.

\_\_\_\_\_. **A arqueologia do saber**. Trad. de Luiz Felipe Baeta Neves. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

FREITAS, G. F. Conceituação sobre direito e normas éticas e legais. In: OGUISSO, T. (Org.) **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2. ed. revista e ampliada. Barueri, SP: Manole, 2007.

FREITAS, G. F. Comissão de ética de enfermagem. In: OGUISSO, T.; ZOBOLI, E. L. **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. Barueri, SP: Manole, 2006.

\_\_\_\_\_. Ocorrências éticas enfermagem. **Rev Bras Enfermagem**, v. 56, n. 6, p. 637-39, 2003.

\_\_\_\_\_. O papel do enfermeiro na comissão de ética de enfermagem. In: MALAGUTTI, W.; MIRANDA, S. M. R. C. (Orgs.). **Os caminhos da enfermagem: de Florence à globalização**. São Paulo: Phorte, 2010. p. 409-20.

\_\_\_\_\_. Erros de medicação: aspectos éticos e legais. In: FREITAS, G. F.; OGUISSO, T. **Ética no contexto da prática da enfermagem**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010a. p. 27-37.

FULMER, T. Screening for Mistreatment of Older Adults. **AJN**, v. 108, n. 12, p. 52-59, dec. 2008. Disponível em: <<http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-2.3.1b/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=fulltext&D=ovft&AN=00000446-200812000-00027&NEWS=N&CSC=Y&CHANNEL=PubMed>>. Acesso em: 30 abril 2010.

GELAIN, I. **Deontologia e Enfermagem**. 3 ed. rev. e atual. São Paulo:

EPU, 1998.

GIACCOIA JR, O. Hans Jonas: o princípio da responsabilidade – ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. In: OLIVEIRA, M. A. de. **Correntes fundamentais da ética contemporânea**. 2 ed. Petrópolis: RJ, Vozes, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GILL, R. Análise de discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som - um manual prático**. 2 ed. Trad. Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2003.

GOLDIM, J. R. **Bioética**. 2002. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/dilema.htm>>. Acesso em: 22 abril 2009.

GONÇALVES, S. C. O método arqueológico de análise discursiva: o percurso metodológico de Michel Foucault. **História e-História**, v. 1, p. 1-21, 2009. Disponível em: <[http://s.campos.goncalves.sites.uol.com.br/SCG/PDFs/sergio\\_arqueologiafoucault.pdf](http://s.campos.goncalves.sites.uol.com.br/SCG/PDFs/sergio_arqueologiafoucault.pdf)>. Acesso em: 25 março 2010.

GRACIA, D. **Fundamentación y enseñanza de la bioética**. Bogotá: Editorial El Buho, 1998.

\_\_\_\_\_. La deliberación moral: el método de la ética clínica. **Med Clin.**, n. 117, p. 18-23, 2001.

\_\_\_\_\_. La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica. In: ALBAREZUDE, J. S.; LÓPEZ, M. R. (Orgs). **Jornada de debate sobre Comités Asistenciales de Ética**. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2000.

GREGOLIN, M. R. V. O enunciado e o arquivo: Foucault (entre) vistas. In: SARGENTINI, Vanice; NAVARRO-BARBOSA, Pedro (Org). **M. Foucault e os domínios da linguagem: discurso, poder, subjetividade**. São Carlos: Claraluz, 2004. p. 23-44.

GROSSI SOBRINHO, V.; CARVALHO, E. C. Uma visão jurídica do exercício profissional da equipe de enfermagem. **R Enferm UERJ**, v. 12, p. 102-8, 2004.

HARADA, M. J. C. S. Segurança do paciente - classificações e definições. In: PEREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. (Orgs.) **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Caetano do Sul, SP:

Yendis Editora, 2009.

HIRIGOYEN, M F. **Mal-estar no trabalho** – redefinindo o assédio moral. Trad. Rejane Janowitz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

HORR, L. **Historiando a trajetória do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a participação do COREN-SC na sua atualização.** 2007. Disponível em: <<http://www.coren-sc.org.br/documentacao2/HCEPE.pdf>>. Acesso em: 08 abril 2009.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia.** 3 ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

LOCH, J. A. Metodologias de análise de casos em bioética clínica. In: LOCH, J. A.; GAUER, G. J. C.; CASADO, M. **Bioética, interdisciplinaridade e prática clínica.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008. p. 303-317.

LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. O poder nas organizações e a ética da enfermagem. In: MALAGUTTI, W. ; CAETANO, K. C. (Orgs). **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado.** Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

MACHADO, R. **Foucault, a ciência e o saber.** 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

MADALOSSO, A. R. M. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional. **Rev. latino-am. Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 11-17, jul. 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12394.pdf>> . Acesso em: 02 fevereiro 2010.

MALDONADO DE CARVALHO, J. C. **Iatrogenia e erro médico sob o enfoque da responsabilidade civil.** 3 ed. revista, aumentada e atualizada. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

MALIANDI, R. **Ética, dilemas y convergências:** cuestiones éticas de la identidad, la globalización y la tecnología. Buenos Aires: Biblos - Universidad Nacional de Lanús, 2006.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos da metodologia científica.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARQUES FILHO, J.; HOSSNE, W. S. Análise bioética dos processos de cassação do exercício profissional médico no estado de São Paulo. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 54, n. 3, p. 214-9, 2008.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem**. Trad. Regina Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. O processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre serviços de saúde. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <[portalwww.saude.gov.br/saude/](http://portalwww.saude.gov.br/saude/)>. Acessado em: 04 set. 2008.

MORTON, P. G. et al. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística**. Rev. Técnica e Trad. Ivone Evangelista Cabral; Trad. José Eduardo Ferreira de Figueiredo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

MURPHY, M. A.; MURPHY, J. Making ethical decisions--systematically. **Nursing**, v. 6, n. 5, p. CG13-4, 1976. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&hid=17&sid=17c4cb71-d7ea-41d4-9898-10cfd3e4e77a%40sessionmgr4>>. Acesso em: 16 abril 2009.

MUZZI, H. M. et al. **Processos éticos: um estudo sobre as infrações**. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais Câmara de Avaliação, Acompanhamento e Controle de Processos Éticos - COREN-MG. 2009. Disponível em: <<http://200.169.226.83:82/12cbcenf/arquivosTrabalhos/I9875.E3.T1499.D3AP.pdf>> Acesso em: 17 fevereiro 2010.

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. **O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal**. São Paulo: LTr, 1999.

OGUISSO, T. **O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal**. 2 ed. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

\_\_\_\_\_. Desafios ético-legais contemporâneos na enfermagem. In: OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. **O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal**. 2 ed. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007(a). p. 206-20.

PADILHA, K.G. Considerações sobre as ocorrências iatrogênicas na assistência à saúde: dificuldades inerentes ao estudo do tema. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n. 3, p. 287-90, 2001.

PAIM, L. et al. Desafio à pesquisa em enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2010 abr-jun; 14 (2): 386-390.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 108-24.

PEDREIRA, M. L. G. Enfermagem para segurança do paciente. In: PEREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. (Orgs.) **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.

PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S.; HARADA, M. J. C. S. Erros de medicação: aspectos relativos à prática do enfermeiro. In: HARADA, M. J. C. S. et al. **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006. p.123-48.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos** – estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 3 ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004.

PEREIRA, M. L. G. Erro humano no sistema de saúde. In: PEREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. (Orgs.) **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009a.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. de. **Problemas atuais de bioética**. 7 ed. rev. e ampl. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2005.

PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. Editorial. **Revista Bioethikos**, v.2, n.1, Jan/Jun. 2008.

PETERS, M. A.; BESLEY, T. Introdução: Por que Foucault? novas diretrizes para a pesquisa educacional. In: PETERS, M. A.; BESLEY, T. e cols. **Por que Foucault?** Novas diretrizes para a pesquisa educacional. Trad. Vinicius Figueira Duarte. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.11-24.

PINTO, L. H. S.; SILVA, A. **Código de ética (deontologia) dos profissionais de enfermagem: interpretação e comentários**. São Paulo: Atheneu, 2008.

PIRES, D. E. P. Apresentação. In: PIRES, D. E. P. et al. (Orgs.). **Consolidação da legislação e ética profissional**. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem-SC/Quorum Comunicação, 2010. (Série Cadernos Enfermagem; v. 1).

PIRES, D. E. P. et al. (Orgs.). **Consolidação da legislação e ética profissional**. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem-SC/Quorum Comunicação, 2010. (Série Cadernos Enfermagem; v. 1).

POLIT, E. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Trad. Ana Thorell. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PROENÇA, J. M. M. Implicações legais do erro para profissionais de saúde. In: HARADA, M. J. C. S. et al. **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 69-85.

RABINOW, P; DREYFUS, H. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

RACHELS, J. **Os elementos da filosofia moral**. Trad. de Roberto Cavallari Filho; Rev. científica José Geraldo A. B. Poker et al. 4.ed. Barueri: Manole, 2006.

RAMOS, F. R. S. O discurso da bioética na formação do sujeito trabalhador da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 51-77, mar. 2007.

RAMOS, F. R. S. et al. Trabalho, educação e política em seus nexos na produção bibliográfica sobre o cuidado. **Texto contexto - enferm.**, v.18, n. 2, p. 361-368, 2009.

RAMOS, F. R. S. et al. A bioética e os modos de ser da enfermagem. In: Semana de Enfermagem: a bioética e os modos de ser da enfermagem, 66. **Livro-temas** Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2005.

\_\_\_\_\_. A ética/bioética na formação da (o) enfermeira (o) em Santa Catarina. In: Fórum Catarinense das Escolas de Enfermagem, 19. **Anais...** Tubarão, maio/2005.

RAWLS, J. **Justiça como equidade: uma reformulação**. Trad. Cláudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, n. 320, p. 768-70, 2000. Disponível em: <<http://bmj.com/cgi/content/full/320/7237/768>>. Acesso em: 17 abril 2010.

ROSENKOETTER , M. M.; MILSTEAD , J. A. A code of ethics for nurse educators: revised. **Nursing Ethics.**, v. 17, n. 1, p. 137-9, 2010.

Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20089635>>. Acesso em: 03 fevereiro 2010.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. **Int J Qual Health Care**, v. 21, n. 1, p. 18–26, 2009. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/21/1/18?maxtohide=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Towards+an+International+Classification+for+Patient+Safety%3A+key+concepts+and+terms.+&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>>. Acesso em: 05 maio 2010.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 3, jun. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000300021&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000300021&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acesso em: 30 abril 2010.

SANTOS, J. C.; CEOLIM, M. F. Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 4, p. 810-7, 2009.

SANTOS, L. S. C.; GUIRARDELLO, E. B. Demandas de atenção do enfermeiro no ambiente de trabalho. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.3, n.1. Jan/Febr. 2007.

SCHIRMER, J. Ética Profissional. In: OGUISSO, T; ZOBOLI, E. L. C. P. **Ética e bioética**: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri, SP: Manole, 2006. (Série Enfermagem).

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. Rev e atualizada. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, A. E. B. C.; CASSIANI, S. H. B. Administração de medicamentos: uma visão sistêmica para o desenvolvimento de medidas preventivas dos erros na medicação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 279-285, 2004. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_2/pdf/R2\\_administra.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R2_administra.pdf)>. Acesso em: 05 maio 2010.

SILVA, M.J. et al. A violência na vida cotidiana do idoso: um olhar de quem a vivencia. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 1, p. 124-136, 2008. Disponível em: URL: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a11.htm>>. Acesso em: 30

abril 2010.

SINGER, P. **Ética prática**. Trad. Álvaro Augusto Fernandes. Lisboa: Gradiva, 2000.

STEPKE, F. L. Institucionalización de la bioética – desafios de la bioética en el contexto latinoamericano. **Revista Selecciones de Bioética**. n. 2, p. 11-20, ago. 2002.

THOFEHRN, M. B. et al. Assédio moral no trabalho da Enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 597-601, 2008.

TOFFOLETTO, M. C ; PADILHA, K. G. Consequências dos erros de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 2, p. 247-52, 2006.

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

TUGENDHAT, E. **Lições sobre ética**. 5 ed. Trad. Robson R. Reis et al. Rev. e organização da tradução Ernildo Stein. Petrópolis: Vozes, 1996.

VARGAS, M. A. de O. **Bioética em discurso** – efeitos sobre os processos de constituição do sujeito enfermeira/o na terapia intensiva. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2008. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

VÁZQUEZ, A. S. **Ética**. Trad. João Dell'Anna. 28 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

VEIGA-NETO, A. **Foucault & a educação**. 2. ed. 1 reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

YAMANAKA, T. I. et al. Redesenho das atividades de enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 2, p. 190-6, 2007.

ZBOROWSKI, I. P. **A comissão de ética de enfermagem na visão do enfermeiro**. Ribeirão Preto: USP/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2003. Originalmente apresentada como Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.



## APÊNDICES

**APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS  
CONTIDOS NAS DENÚNCIAS E PROCESSOS ÉTICOS**

<b>Data</b>	<b>Ocorrência/ Tema da Denúncia</b>	<b>Categoria Profissional do Denunciado</b>	<b>Denunciante</b> (Preservação do anonimato, identificando apenas categoria profissional, cliente, familiar ou outro)	<b>Local da Ocorrência</b> (Tipo de Serviço. Não identificando o nome da Instituição)	<b>Conclusão/ Encaminha- mento</b>

**APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS  
CONTIDOS NOS PROCESSOS ÉTICOS**

<b>Data</b>	<b>Elementos Fáticos</b>	<b>Elementos de Sustentação</b>	<b>Observação</b>

## APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

### TÍTULO DO PROJETO: DISCURSOS PROFISSIONAIS E DELIBERAÇÃO MORAL – ANÁLISE A PARTIR DE PROCESSOS ÉTICOS

Pelo presente instrumento assumimos o compromisso de respeitar rigorosamente os princípios éticos da privacidade e da confidencialidade dos dados obtidos na pesquisa aos arquivos de denúncias e processos éticos do Conselho Regional de Enfermagem Seção Santa Catarina, preservando integralmente o anonimato dos profissionais de enfermagem e demais pessoas envolvidas na denúncia ou processo. Como se trata de uma pesquisa que envolve seres humanos (seus dados), o estudo está fundamentado nos artigos relacionados ao objeto da pesquisa contidos na Constituição Federal Brasileira de 1988 (Art.5º, Fundamentos X e XIV), no Código Civil Brasileiro (Art. 20 e 21), no Código Penal Brasileiro (Art. 153 e 154) e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Art. 82, 85, 89, 91, 92, 93, 94, 98, 108).

Declaramos também que os dados obtidos serão utilizados somente para o projeto ora submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e asseguramos que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar os sujeitos da pesquisa.

Florianópolis, 13 de Maio de 2009.

DULCINÉIA GHIZONI SCHNEIDER  
Pesquisadora Responsável

DRA. FLÁVIA REGINA SOUZA RAMOS  
Orientadora da Pesquisa

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Aprovação e Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pró- Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

**CERTIFICADO**

**Nº 137**

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**APROVADO**

**PROCESSO: 141/09 FR-261865**

**TÍTULO: Discursos profissionais e deliberação moral - análise apartir de processos éticos.**

**AUTOR: Flávia Regina Souza Ramos e Dulcineia G. Schneider.**

**DPTO.: CCS/UFSC**

**FLORIANÓPOLIS, 25 de maio de 2009.**

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão**  
**Departamento de Projetos e Extensão**  
**Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPHS**

Campus Prof. João David Ferreira Lima - CEP 89040-900  
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | [www.cep.ufsc.br](http://www.cep.ufsc.br) / +55 (48) 3721-9206

### PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº141/09

#### I – Identificação: 141/09

- Título do Projeto: **DISCURSOS PROFISSIONAIS E DELIBERAÇÃO MORAL**
- **ANÁLISE A PARTIR DE PROCESSOS ÉTICOS**
- Pesquisador Responsável: **Dra. Flávia Regina de Souza Ramos**
- Pesquisador Principal: **Dulcinéia Ghizoni Schneider**
- Data Coleta dados: **julho a agosto de 2009**
- Local onde a pesquisa será conduzida: **Conselho Regional de Enfermagem – Florianópolis, SC.**

#### II - Objetivos:

##### GERAL

Analisar os processos éticos de enfermagem tramitados no Conselho Regional de Enfermagem/SC em sua produtividade para o exame crítico dos discursos profissionais em seus elementos de sustentação da deliberação moral.

##### ESPECÍFICOS

- Caracterizar as denúncias éticas registradas no Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina no período de 1999 a 2007;
- Analisar processos éticos, do período de 1999 a 2007, em seus elementos de sustentação (enunciados, regras e práticas) e elementos fáticos (ocorrências/infrações, causas e desfechos);
- Identificar elementos de um referencial de deliberação moral aplicável na construção de um método para a análise de processos éticos, tomando como base métodos já elaborados.

#### III - Sumário do Projeto:

A pesquisa proposta busca contribuir para a compreensão dos processos éticos profissionais, desde a explicitação de um perfil das denúncias geradoras, passando pelas ocorrências/infrações, causas/motivos e desfechos de processo éticos (elementos fáticos), até a expressão de certos enunciados, regras e práticas (elementos de sustentação) que conformam os processos éticos e produzem desdobramentos ou efeitos na forma como a profissão organiza e define para si modelos de ação e decisão moral. Por essa perspectiva, a compreensão dos conteúdos e meandros dos processos éticos não se delimita a uma simples caracterização de seus motivos e resultados, mas é o momento importante para o questionamento crítico das referências que a profissão toma para si na justificação de suas deliberações morais. É também, momento

que pode contribuir para a elaboração de novos referenciais, até mesmo no sentido concreto das demandas na tomada de decisão e no encaminhamento dos processos, como para o desejável refinamento da função educativa das Comissões de Ética de enfermagem (CCE) face aos desafios do desenvolvimento da formação e da competência ética dos profissionais da enfermagem.

#### IV – Comentário:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva e documental, na qual busca-se a análise dos processos éticos de enfermagem tramitados no Conselho Regional de Enfermagem/SC em sua produtividade para o exame crítico dos discursos profissionais em seus elementos de sustentação da deliberação moral. Será desenvolvido nas dependências do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, situado em Florianópolis, mais especificamente no Serviço de Denúncia e Ética, no qual estão arquivados as denúncias e os processos éticos.

As fontes documentais para esta pesquisa serão constituídas de denúncias e processos éticos arquivados no Serviço de Denúncia e Ética do Serviço de Fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem Seção Santa Catarina. As denúncias e os processos éticos (julgados) são referentes ao período de 1999 a 2007. O Conselho dispõe de um Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem aprovado pela Resolução COFEN nº252/2001. A consulta aos processos e denúncias será realizada exclusivamente nas dependências do COREn-SC, não podendo, em hipótese alguma, os materiais serem retirados da instituição.

Após a apreciação do Projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, se aprovado, iniciar-se-á a coleta dos dados contidos em cada processo, buscando os detalhes dos discursos dos profissionais da enfermagem no que se refere à deliberação moral.

Os dados serão coletados seguindo um roteiro específico para as denúncias contendo a data; a ocorrência ou tema da denúncia; a categoria profissional do denunciado; o denunciante, preservando o seu anonimato, identificando apenas a categoria profissional, cliente, familiar ou outro; o local da ocorrência, somente o tipo de serviço, não identificando o nome da Instituição; e a conclusão ou encaminhamento. Para os processos éticos será utilizado um instrumento semelhante ao roteiro das denúncias, com a substituição da ocorrência ou tema da denúncia pelo termo elementos fáticos e a inclusão dos elementos de sustentação antes da conclusão.

Como se trata de uma pesquisa que envolve dados de pessoas implicadas em denúncias e processos éticos será mantido o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato das pessoas envolvidas. As informações obtidas serão utilizadas unicamente para esse projeto e seus objetivos. Após a análise, todos os achados serão submetidos à apreciação da Comissão de Ética do COREn-SC, para pleno conhecimento dos resultados antes de sua divulgação.

Em virtude da impossibilidade de obtenção das informações em bases de dados informatizados, disponibilizados para consulta (como já acontece em alguns Conselhos Profissionais que divulgam os processos preservando o anonimato; ou mesmo de Tribunais Cíveis e Penais que disponibilizam consultas a processos, preservando os segredos de justiça). No caso do COREn-SC as informações serão colhidas diretamente nos arquivos da autarquia. Nesse caso será atendido o princípio de que o processo ético disciplinar é sigiloso durante sua tramitação (princípio do sigilo das investigações) (não serão analisados processo em curso), mas tem caráter público após decisão final (princípio da publicidade dos resultados atingidos). Nenhum documento será retirado do seu local de guarda (COREn-SC) e as anotações serão tomadas neste mesmo local. Será utilizado um Termo de Compromisso de utilização dos dados.

Também será observada, como referência, a Carta Circular nº 023 CONEP/CNS/ MS Brasília, 18 de agosto de 2005, a qual é um instrumento de orientações quanto à pesquisa com

prontuários. Preservada a diferença entre prontuários que pertencem à pessoa e arquivos de procedimentos relativos a processos éticos do COREn-SC, será rigorosamente considerado as referências contidas na Constituição Federal Brasileira de 1988 (Art.5º, Fundamentos X e XIV), no Código Civil Brasileiro (Art. 20 e 21), no Código Penal Brasileiro (Art. 153 e 154) e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Art. 82, 85, 89, 91, 92, 93, 94, 98, 108).

Analisando o Projeto, o Instrumento para Coleta de Dados e o Termo de Compromisso apresentado, observa-se que o estudo está em conformidade com os princípios da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os princípios da beneficência (ponderação entre os riscos e benefícios, inclusive os potenciais para os indivíduos ou grupo), não maleficência (garantia de que danos previsíveis serão evitados), justiça (relevância social da pesquisa, garantindo o interesse dos envolvidos) e autonomia ( Termo de Compromisso).

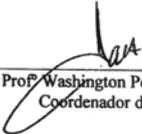
**V – Parecer do CEPESH: FAVORÁVEL a sua aprovação.**

**Data de reunião: 25 de maio de 2009.**

**VI – Parecer CEPESH:**

**(X) Aprovado**

**Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade, em reunião deste Comitê na data de 25 de maio de 2009.**

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Washington Portela de Souza  
Coordenador do CEPESH

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.