

CURSO

TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MÓDULO I

PSICOLOGIA APLICADA E ETICA PROFISSIONAL



UNICRESCER
O Seu Futuro Começa Aqui!

SUMÁRIO

CONCEITO DE PSICOLOGIA	04
O que é Psicologia?	04
A Psicologia Hospitalar	05
PERSONALIDADE HUMANA	07
Moral e Consciência Moral	08
Tipos de Personalidade Humana	10
Tipos de Temperamento Humano	11
O PACIENTE	14
Compreensão do Paciente	14
Assistência Familiar pós Morte	16
Fases do Luto	16
ÉTICA E MORAL	18
O que é Ética?	18
O que Moral?	21
E o que são Valores?	21
Somos responsáveis por nossas Escolhas	23
As coisas que a gente fala	24
As coisas que a gente não fala	25
TRABALHO EM EQUIPE	28
O Trabalho Coletivo	28
A Liderança	30
A Comunicação entre a Equipe	31
ÓRGÃOS LEGISLADORES	34
COFEN	34
COREN	34
ABEN	35
Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem	36
O HOMEM, A VIDA E A SAÚDE	50
Aborto	50
Doação de Órgãos	53
Diferença entre Eutanásia, Distanásia e Ortotanásia	54
EXERCITANDO	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

CONCEITO DE PSICOLOGIA

1. O QUE É PSICOLOGIA?

Psicologia é a disciplina que estuda o comportamento humano; seu conhecimento nos permite entender a maneira como agimos. O psicólogo é o profissional que nos ajuda a entender nossas motivações, nosso modo de agir ante determinado fato ou circunstância (por exemplo, por que alguns de nós têm medo de lugares altos ou por que, em alguns momentos de nossa vida, sem motivo aparente nos sentimos tristes).



Para os profissionais de saúde, a Psicologia pode ser de grande utilidade, pois, possibilita a melhor compreensão de como se relacionar com os diferentes pacientes. Adentrando no campo da dimensão humana da doença, é possível perceber que tratamos de gente, e não de quadros clínicos. Sua aprendizagem leva a um maior entendimento de como nossos sentimentos, crenças e desejos afetam tanto nosso comportamento como a relação com as pessoas que nos circundam. Consequentemente, passamos a prestar mais atenção nas mesmas: como vivem, o que sentem, como se relacionam.

Esse processo propicia a oportunidade de tornarmo-nos mais sensíveis e tolerantes em relação aos outros, o que, devidamente exercitado, facilitará sobremaneira nosso relacionamento com os colegas, pacientes, familiares e a comunidade na qual vivemos e exercemos nossa profissão. Especialmente para o profissional de enfermagem, que tem por função auxiliar os indivíduos nos momentos importantes de suas existências - do nascimento à morte.



A Psicologia é uma ferramenta cujo uso torna possível uma maior solidariedade e entendimento das pessoas. Como resultado, permitirá ajudá-las de maneira mais efetiva e afetiva quando estiverem vulneráveis.

2. PSICOLOGIA HOSPITALAR



O objetivo central da Psicologia Hospitalar é compreender todo o contexto dos pacientes hospitalizados, a fim de contribuir para uma melhora na assistência integral a esse sujeito. As abordagens mais comuns na psicologia hospitalar são a psicologia cognitiva, a psicologia comportamental, a psicologia sistêmica e a psicanálise. Mas assim como em todas as outras áreas, essas abordagens aparecem integradas sendo difícil diferenciá-las na prática.

Segundo a definição de Kern e Bornholdt (2004) e também de Chiattonne (2000), a atuação do psicólogo da saúde é principalmente na área hospitalar, mas também pode ser feita em campanhas de promoção da saúde, educação em saúde mental, em pesquisas e aulas nas universidades por exemplo. Logo, todo psicólogo hospitalar é psicólogo da saúde, mas, nem todo psicólogo da saúde é hospitalar.

Atuação Profissional

O Psicólogo hospitalar atua geralmente segundo um modelo biopsicossocial, que assim como a abordagem holística, busca observar o indivíduo em todos sistemas com quem interage (familiar, social, biológico, psicológico...) simultaneamente e com inter-relações constantes entre elas. Mas também existem psicólogos mais voltados para a psicologia clínica, atuando geralmente junto com a psiquiatria em hospitais psiquiátricos ou em centros especializados em aconselhamento.

É comum que o trabalho do psicólogo seja feito em associação com o Assistente social, principalmente em serviços cujo objetivo seja o Acolhimento Psicossocial.

Segundo Queiroz e Araujo (2007), o psicólogo hospitalar contribui para a equipe multidisciplinar de saúde, participando ativamente da tomada de decisões, principalmente ao fornecer e solicitar mais informações e ao expandir discussões durante as reuniões de equipe. Essas atitudes ajudam a manter uma visão global do paciente e chamar atenção para outros pontos de vista. Suas contribuições são maiores quando os pacientes são

acompanhados desde a chegada ao hospital, e a equipe do hospital já tem padrões de comunicação bem estruturados para uma abordagem multidisciplinar adequada.

Entre as atividades do psicólogo da Saúde definidas pelo Conselho Federal de Psicologia (2003), o psicólogo hospitalar estão:

- Atendimento Psicoterapêutico;
- Organizar e atuar em Psicoterapia de grupo;
- Grupos de Psicoprofilaxia e Psicoeducação;
- Atendimentos em ambulatório;
- Atendimentos em Unidade de terapia intensiva;
- Pronto atendimento nas Enfermarias;
- Psicomotricidade no contexto hospitalar;
- Avaliação diagnóstica;
- Psicodiagnóstico;
- Consultoria e Interconsultoria;
- Atuação em Equipe multidisciplinar.



Rodriguez-Marín (2003) sintetiza as seis tarefas básicas do psicólogo que trabalha em hospital:

- **Função de coordenação:** relativa às atividades com os funcionários do hospital;
- **Função de ajuda à adaptação:** em que o psicólogo intervém na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente internado;
- **Função de interconsulta:** atua como consultor, ajudando outros profissionais a lidarem com o paciente;

Função de enlace: intervenção, através do delineamento e execução de programas junto com outros profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes;

- **Função assistencial direta:** atua diretamente com o paciente;
- **Função de gestão de recursos humanos:** para aprimorar os serviços dos

profissionais da organização.

PERSONALIDADE HUMANA



A personalidade é uma característica do ser humano que organiza os sistemas físicos, fisiológicos, psíquicos e morais de forma que, interligados, determinam a individualidade de cada ser. Tal característica é formada ao longo do período de crescimento, ou seja, inicia-se na infância de acordo com o tratamento que recebe e com o modo de vida que tem dentro de seus ambientes, sejam eles o lar, a escola e os demais.

A personalidade em formação na criança não deve ser exigida, pois esse fato implicaria no amadurecimento precoce dessa e conseqüentemente na perda de sua infantilidade. Ao contrário, a formação da personalidade pode ser estimulada através da personalidade de seus pais, educadores e outros que permanecem próximos a tais crianças por longos períodos. A partir das atitudes características da personalidade de cada indivíduo a criança passa a ser influenciada por tais e passa a manifestá-las demonstrando sua vontade. A essas pessoas ligadas à criança cabe a responsabilidade da formação inconsciente do caráter, dos sentimentos, do psicológico, do temperamento, da inteligência e de outros.

De acordo com diferentes manifestações de personalidade, uma pessoa pode demonstrar insegurança, perturbação, agressividade, ansiedade, neurose, frustração e mais. Ao contrário, pode manifestar segurança, autocontrole, autoconfiança, sociabilidade e mais.



Pessoas debilitadas emocionalmente sempre manifestam sentimentos, atitudes e pensamentos negativos, podendo desenvolver transtornos de personalidade:

- **Transtorno obsessivo:** Também chamado de transtorno anancástico, é caracterizado por sentimentos de perfeccionismo, dúvidas, impulsos repetitivos, obstinação, organização, detalhismo, fixação por horários e regras.
- **Transtorno paranóide:** Caracterizado por sentimento de desconfiança, enganação,

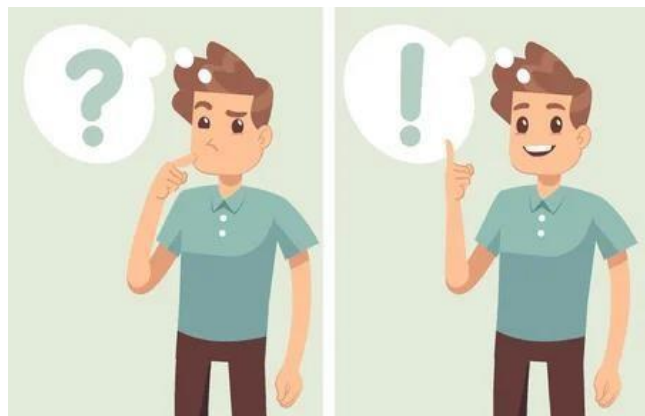
recusa a perdoar deslizes e insultos, distorção a falas e fatos e fanatismo.

- **Transtorno esquizóide:** Caracterizado por desinteresse social, isolamento, desinteresse por relações íntimas, emocional frio e distante, indiferença a críticas e elogios e incapacidade de expressar sentimentos.
- **Transtorno dissocial:** Também chamado de transtorno anti-social, é caracterizado por desprezo aos direitos alheios, impulsão, enganos, mentiras, intolerância a frustrações, comportamento fantasioso, incapacidade de assumir culpas, amoralidade e psicopatia.
- **Transtorno borderline:** Também chamado de transtorno com instabilidade social, é caracterizado por reações imprevisíveis, agressivas e explosivas, alterações de humor, perturbação da sua imagem, comportamento autodestrutivo e gestos suicidas.

1. MORAL E CONSCIÊNCIA MORAL

O que é consciência moral?

Consciência moral é o que caracteriza o sentimento que condiz com a moralidade, de acordo com os valores morais (o bem e o mal, o certo e o errado, etc) presentes em uma determinada sociedade.



Do ponto de vista filosófico, as emoções são consequências desencadeadas a partir de ações ou percepções interpretadas através do conceito do certo e errado, do bem e do mal, da felicidade e do sofrimento e etc. Por exemplo, a sensação de revolta, indignação e raiva ao ver uma senhora idosa ser desrespeitada, o marido batendo na esposa ou a tristeza de ver uma criança abandonada na rua, são sentimentos que se manifestam tendo como base valores morais que são vigentes naquela sociedade, e que determinam o que é certo e o que é errado.



Em muitos casos, estes valores morais estão atrelados às leis civis, porém não é uma regra. A moral é formada por normas adquiridas através da cultura, tradição, acordos e cotidiano do comportamento do ser humano em uma sociedade específica. Ou seja, os valores morais vigentes no ocidente podem não ser os mesmos no oriente, existindo grandes diferenças entre os atos que são tidos como morais e imorais entre as sociedades que pertencem a cada região.

Senso moral e Consciência moral

A principal diferença entre o senso moral e a consciência moral está na dúvida.

Enquanto o senso moral é o sentimento e a ação imediata em resposta as emoções desencadeadas pelos valores morais, a consciência moral está relacionada com a ponderação sobre quais decisões a pessoa deve tomar, em relação ao comportamento de si próprio e de outras pessoas.

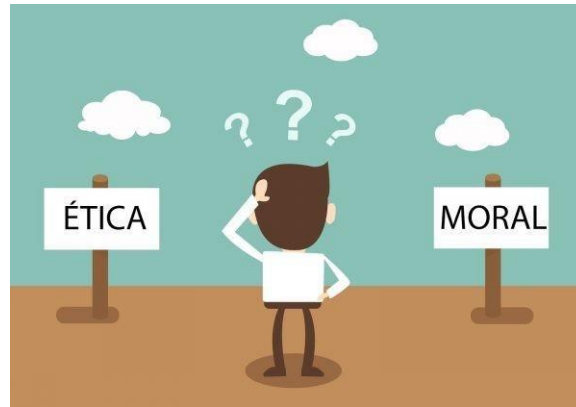


A consciência moral exige que o indivíduo seja o responsável pelos seus atos, assumindo totalmente as consequências de suas atitudes. Por exemplo, quando alguém acha uma carteira com dinheiro na rua e devolve para o seu legítimo dono, esta pessoa utilizou de sua consciência moral para fazer aquilo que considera estar de acordo com os seus valores morais, assumindo as consequências que o seu ato traria (ou seja, preferiu fazer o que considerava moralmente certo, ao invés de obter dinheiro extra de modo fácil).

Senso moral e ética

PSICOLOGIA APLICADA E ÉTICA PROFISSIONAL

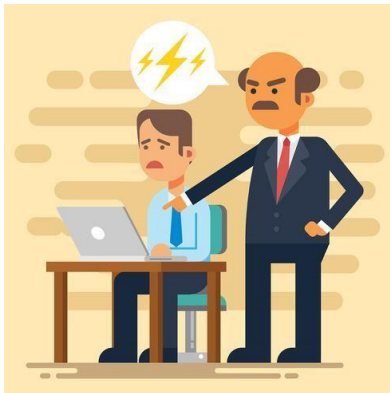
A noção da ética e o senso moral estão relacionadas, no entanto, enquanto a primeira busca uma reflexão mais ampla sobre o que seriam os valores morais que norteiam os seres humanos; o senso moral tem como base os costumes, tabus e tradições peculiares que permeiam cada sociedade.



2. TIPOS DE PERSONALIDADE HUMANA

REFLEXIVO INTROVERTIDO

Personalidade de pessoas intelectualmente muito ativas, mas que apresentam certas dificuldades de relacionamentos pessoais. São, na maioria dos casos, homens e mulheres mais teimosos e que não abrem mão de suas metas, objetivos.



REFLEXIVO EXTROVERTIDO

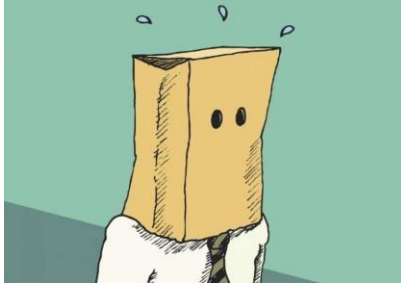
Tipo de personalidade correspondente

SENTIMENTAL INTROVERTIDO

aos indivíduos mais objetivos, classificados como “cerebrais”, que consideram a razão como carro-chefe. O que é comprovado, de fato existe. O que não foi comprovado deve ser discutido. Podem ser pessoas manipuladoras e até mesmo, prepotentes. Geralmente não são muito sensíveis.

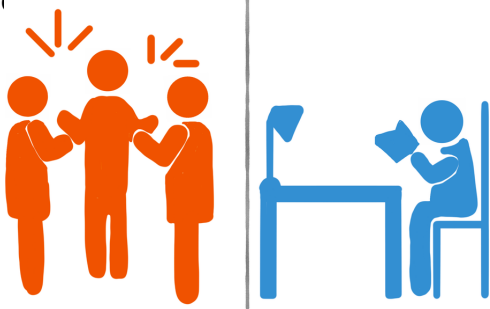
Tipo de personalidade característico de pessoas que têm dificuldade de relacionamento, de pessoas solitárias. Podem ser percebidas como poucos sociáveis e fazem questão do anonimato.

Todavia, são pessoas sensíveis às necessidades de terceiros.



SENTIMENTAL EXTROVERTIDO

As pessoas mais sentimentais



extrovertidas são aquelas com facilidade de entendimento de terceiros. Facilmente estabelecem relações sociais e, ao mesmo tempo, têm dificuldade de se afastar das pessoas, de um grupo. São homens e mulheres muito comunicativos.

PERCEPTIVO INTROVERTIDO

Músicos e artistas, normalmente, são pessoas com este tipo de personalidade. São pessoas que valorizam experiências sensoriais, interiores e que dão muito valor à forma e textura das coisas.



PERCEPTIVO EXTROVERTIDO

Personalidade de pessoas que precisam de algo concreto, não de ideais e algo abstrato.

INTUITIVO INTROVERTIDO

São pessoas sensíveis a estímulos sutis, ou seja, praticamente conseguem adivinhar o que amigos e familiares pensam ou sentem. São homens e mulheres idealistas, sonhadores e muito criativos. Vivem no mundo da lua.



INTUITIVO EXTROVERTIDO

É o famoso aventureiro. Conhece alguém assim? Pessoas muito ativas e naturalmente inquietas, que precisam de estímulos diferentes de tempos em tempos. Buscam objetivos e quando os alcançam, já partem para uma nova empreitada.



3. TIPOS DE TEMPERAMENTO HUMANO

TEMPERAMENTO SANGUÍNEO

Característico de pessoas mais expansivas e comunicativas. É o temperamento de quem atrai a atenção toda para si, principalmente pela simpatia e bom humor.

São pessoas com facilidade em fazer novas amizades, não escondem seus sentimentos. Têm facilidade de adaptação a novos ambientes e situações. São pessoas inspiradoras e que olham sempre pelo lado positivo dos problemas do dia a dia.

SANGUÍNEO



TEMPERAMENTO COLÉRICO



É um tipo de temperamento ligado à bÍlis e classifica pessoas cheias de energia que estão sempre prontas para algo novo. São pessoas que não se abatem em momentos de dificuldade e que também apresentam altos níveis de confiança. Por outro lado, têm problemas de relacionamento com outros indivíduos com o mesmo tipo de temperamento. Isso acontece por que são pessoas que podem ser dominadoras e explosivas.

TEMPERAMENTO FLEUMÁTICO



Ligado à fleuma, um líquido originado do sangue que também é chamado de linfa. Este temperamento é comum a pessoas “fáceis de lidar”. Pacifistas e que raramente perdem o controle. Pessoas que evitam atritos e que refletem antes de qualquer ação. São homens e mulheres que gostam de rotinas e preferem locais silenciosos. Polêmicas não fazem parte de seu dia a dia.

TEMPERAMENTO MELANCÓLICO



Ligado à “bílis negra” este temperamento é padrão de pessoas mais reservadas e tímidas. São pessoas que guardam e não expõem seus sentimentos com facilidade e que, por consequência, criam barreiras psicológicas para evitar o sofrimento. Além disso, estas pessoas são muito exigentes (no trabalho, por exemplo) e organizadas em todos os aspectos de suas vidas.

O PACIENTE

Em nossa cultura aprendemos a não falar de morte; é um tema que, geralmente, evitamos. Porém, este manual não ficaria completo se não abordássemos esse assunto. O mais importante de tudo é se conscientizar de que todas as pessoas morrerão um dia.



Chegada à fase final da doença, a pessoa sofre ao saber que a morte está próxima. Parte de seu sofrimento está associada ao medo de morrer, de deixar seus entes queridos, de perder seus pertences, de não suportar a dor e do comprometimento e deterioração física. A família pode viver essas mesmas emoções.

1. COMPREENSÃO DO PACIENTE

O QUE FAZER PARA AJUDAR O PACIENTE NOS ÚLTIMOS MOMENTOS DE VIDA?

- Encorajar a pessoa a falar sobre como gostaria de morrer e como gostaria de ser honrada depois de morta.
- Ajudá-la a compartilhar seus medos e preocupações.
- Se você, profissional de enfermagem, tiver também medos e preocupações, inicie uma conversa compartilhando o que sente. Assim você estará facilitando que a pessoa também expresse seus sentimentos, e não os reprima com medo de entristecer os outros.
- Discuta com ela e com a equipe de saúde, questões relacionadas ao tratamento e prognóstico, se vale a pena novos investimentos que prolonguem sua vida, ou se está na hora de proporcionar-lhe conforto e qualidade de vida.
- Se a pessoa tiver propriedades, carro, conta bancária, e outros objetos de valor, encoraje-a a fazer um testamento e dividir seus bens de acordo com seus desejos.
- Fique atento a: dor, problemas de respiração, alucinações, muita ansiedade, quedas, feridas e qualquer sintoma ou comportamento diferente que surja inesperadamente. Nesses casos peça ajuda à equipe de saúde.

SINAIS DE APROXIMAÇÃO DA MORTE

- Diminuição do interesse pela rotina da casa.

- Crescente desinteresse em comer e beber.
- Dificuldade para aceitar a medicação.
- Profunda fraqueza.
- Dormir por períodos prolongados. Dificuldade para despertar.
- Desorientação no tempo. Desmaios.
- Dificuldades respiratórias. Pulsação lenta.
- Pernas e braços frios. Olhos fixos em algum lugar

O MOMENTO DA PARTIDA



Se possível não o deixe só. É importante falar e tocar, mesmo quando o paciente não puder responder. O primeiro sinal é ausência da respiração. O coração pode bater mais alguns minutos, e há relaxamentos musculares da bexiga e intestinos.

PREPARAÇÃO DO CORPO DEPOIS DA MORTE

- Coloque uma almofada debaixo da cabeça da pessoa e acomode suavemente o corpo.
- Se os olhos permanecerem abertos, você poderá fechá-los.
- Feche a boca e se for preciso amarre um lenço ao redor da cabeça.
- Se possível peça a ajuda de outro profissional de saúde.



Depois que tudo passar você descobrirá que é uma nova pessoa. Uma pessoa melhor por ter amado, por ter se envolvido, por ter cuidado.

RESPEITO A CULTURA DE VIDA

Para que o atendimento ao paciente seja feito com qualidade, é necessário levar em consideração a sua cultura e aspectos que favoreçam a sua rotina de vida. Dentre eles, o profissional de enfermagem deve respeitar e considerar:

- Gênero;
- Família;
- Crença;
- Valores.

2. ASSISTÊNCIA FAMILIAR PÓS MORTE

O paciente/ família/ cuidador passam por uma série de situações que provocam mudanças nas relações, conflitos e perdas. A ameaça de perda gera muita ansiedade, tristeza, raiva e insegurança. É importante que o profissional de enfermagem entenda que as perdas podem gerar sentimentos de luto; o luto provoca mudanças nas emoções, no comportamento e até no funcionamento do organismo.

O QUE FAZER PARA AJUDAR OS FAMILIARES NESSES MOMENTOS DE PERDA?

- Em primeiro lugar, não se preocupe, você não está sozinho. Peça ajuda sempre que necessitar.
- Demonstre sua preocupação e cuidados.
- Facilite a comunicação entre vocês, permita que ele expresse seus sentimentos e pensamentos. Esteja disponível para ouvir e ajudar. Se não souber o que responder, apenas escute.
- Segure em suas mãos, toque-o, mostre que está a seu lado querendo compartilhar esses momentos difíceis.
- É importante prometer somente o que podemos fazer.
- É normal que diante das perdas o paciente tenha reações intensas e agressivas. Observe seu comportamento. Não permita que se machuque.
- Procure não criticar ou julgar. Isso poderá reprimi-lo.
- Respeite seus próprios sentimentos, fique também atento às suas emoções. Lembre-se que, para ajudar, você precisa estar bem.

3. FASES DO LUTO

PRIMEIRO ESTÁGIO- NEGAÇÃO E ISOLAMENTO

É o primeiro sentimento diante da notícia de doença terminal para um paciente ou de morte para um enlutado, independentemente de como tomou conhecimento do fato que funciona como um para-choque, para que o paciente ou o enlutado se acostume com tal situação.

Funciona como um para-choque para que o sujeito possa se acostumar com a situação e é preciso aguardar o momento oportuno para se aproximar dele, observando os sinais demonstrados. A aceitação parcial é a fase logo após a negação, quando não se utilizam da negação por muito tempo. É um estado temporário do qual ele se recupera, gradativamente, à medida que vai se acostumando com a realidade, até começar a reagir.

SEGUNDO ESTÁGIO- RAIVA

Surge quando não é mais possível negar o fato e há o sentimento de revolta, de inveja e de ressentimento. O paciente ou o enlutado se pergunta “por que eu e não outra pessoa?”.

A raiva é expressa por emoções projetadas no ambiente externo e pelo sentimento de inconformismo. Para a família e os amigos, é uma fase difícil de lidar, pois suas atitudes não têm justificativa plausível. A raiva só se torna patológica quando se torna crônica.

TERCEIRO ESTÁGIO- BARGANHA

O paciente começa a ter esperança de uma cura divina ou de um prolongamento da vida, em troca de méritos que acredita ter ou ações que promete empreender.

QUARTO ESTÁGIO- DEPRESSÃO

É o estágio de sentimentos de debilitação e tristeza acompanhados de solidão e saudade. Funciona para o paciente, bem como os envolvidos com ele, como uma preparação para suas perdas. Essa fase requer muita conversa e intervenções ativas por parte dos que estão a sua volta, de modo a evitar uma depressão silenciosa. Isso porque só os que conseguem superar as angústias e as ansiedades são capazes de alcançar o próximo estágio, que é a aceitação.

QUINTO ESTÁGIO- ACEITAÇÃO

Após externar sentimentos e angústias, inveja pelos vivos e sadios, raiva pelos que não são obrigados a enfrentar a morte, lamento pela perda iminente de pessoas e de lugares queridos, a tendência é que o paciente terminal aceite sua condição e contemple seu fim

próximo com mais tranquilidade e menos expectativa. O enlutado que já conseguiu vencer os estágios anteriores chega, agora, ao momento em que a saudade se torna mais sossegada, se sente mais em paz e começa a ter condições de se organizar na vida.

ÉTICA E MORAL

1. O QUE É ÉTICA?



Pode-se dizer que, no cotidiano, a ética aparece por meio de nossas ações e atitudes, as quais são classificadas como “boas” ou “ruins” pela sociedade. Isto é, nossas atitudes são aprovadas ou reprovadas socialmente, uma vez que são reconhecidas como adequadas ou não aos valores morais que norteiam nossa convivência.

A intolerância de um povo em relação aos valores de outros povos, freqüentemente, acaba em luta, briga, ou guerra. Se olharmos à nossa volta e se conversarmos com familiares, com pessoas de gerações passadas e de diferentes classes sociais, vamos perceber que os valores e as regras do bem agir variam de lugar para lugar e se modificam ao longo do tempo. Um exemplo bastante conhecido de mudanças de valores através do tempo diz respeito às relações conjugais. Há 30 ou 40 anos, viver “como casada”, sem estar casada, era motivo de discriminação social para as mulheres brasileiras. Hoje, relacionamentos assim são tão comuns e frequentes, que dificilmente causam espanto.

Os hábitos e os valores morais, nesse caso, modificaram-se tanto, que exigiram uma reforma da leis. É interessante observar que as leis são pensadas, escritas e entram em vigor sempre depois que uma determinada situação já se estabeleceu socialmente. Os valores morais se modificam no tempo, e o que poderia ser visto como uma atitude inadequada – o mal agir – ontem, pode ser hoje interpretado como perfeitamente aceitável



e de acordo com o bem agir.

Há situações em que fica fácil reconhecermos a falta de ética. Algumas são tão evidentes que existe uma unanimidade em condená-las socialmente. A história de nosso país tem, infelizmente, muitos exemplos evidentes de condenação unânime: juízes corruptos; utilização de cargos públicos para favorecimento próprio ou de parentes e amigos; erros médicos; troca de votos por benefícios diretos ou indiretos (dentaduras, óculos, ligadura de trompas, bica-d'água para a comunidade, etc).

A nossa conduta ética também está relacionada às proibições e às permissões dos grupos corporativos aos quais pertencemos enquanto categoria profissional. Nesse caso estamos falando da ética das profissões, que podemos definir como sendo um conjunto de regras que regem a conduta do trabalho profissional. A ética de um grupo corporativo busca também a humanização do trabalho organizado e se coloca a serviço da promoção social humana. Não está, portanto, relacionada apenas a um conjunto de normas.

Os conselhos de classe, por exemplo, agrupam as pessoas de uma mesma profissão e definem os limites de atuação profissional e as normas éticas para o exercício da profissão. É o caso dos Conselhos de Enfermagem, Medicina, Engenharia, Serviço Social, Nutrição, dentre outros.

É claro que existem temas muito polêmicos, que acabam por misturar, no calor da discussão, valores morais, com valores religiosos e culturais, sem que se estabeleça com clareza uma distinção entre eles. Para exemplificar, basta lembrar de debates realizados em torno do aborto.

Existem situações que se repetem tanto em nossa vida profissional, que viram “lugar comum”. Tornam-se situações “normais” e vão estar relacionadas com os conceitos ou (pré) conceitos que “moram” em nós e na sociedade em que vivemos. Por exemplo: é comum considerar que as mães das crianças atendidas por profissionais de saúde, ou as



peessoas que acompanham os pacientes “só servem para atrapalhar”, porque “perguntam demais”, ou “são nervosas demais”. Às vezes, nem se consegue perceber que essas pessoas podem ser grandes aliadas na recuperação dos doentes e nas ações de saúde que estão sendo realizadas ou propostas.

Acontecem também situações, em que parece ser melhor propor uma determinada conduta para o paciente, mesmo sabendo que não é a mais indicada, porque profissionalmente julgamos ser a mais “fácil” para a compreensão daquela pessoa. Para exemplificar um comportamento que parte de um “pré-conceito” sobre os pacientes, basta verificar que, entre os profissionais de saúde, é comum e muito difundido o hábito de não sugerir outros métodos contraceptivos para as mulheres, que não seja a pílula ou a ligadura de trompas, supondo que “elas não vão entender” (como é o caso do método da tabela e outros métodos naturais), ou ainda, “elas não têm bons hábitos de higiene” (para o uso do diafragma, por exemplo). Preconceitos como esses, somados à idéia de que “pobre não deve ter muitos filhos”, colocam o Brasil como “campeão” em ligaduras de trompas, e o que é pior, em cesarianas indicadas por razões discutíveis.



Outro padrão de comportamento bem familiar a todos nós, é a forma de tratamento empregada no trato dos pacientes. Numa tentativa de conseguir uma relação próxima e carinhosa, muitas vezes, são usados termos de parentesco ou diminutivos no lugar do nome próprio.

É frequente chamar os idosos de vovó ou de vovô, assim como, na pediatria, surgem as “mãezinhas”. Embora similar, situação bastante agressiva consiste no emprego de expressões depreciativas como “pé inchado”, “pé sujo”, usadas nos serviços públicos de saúde como referência a pessoas das classes mais baixas.

É preciso atenção. Pré-conceitos podem interferir em nossa prática profissional ou orientá-la, muitas vezes magoando e fazendo sofrer aqueles que esperam de nós o alívio para suas dores, ou as respostas para suas necessidades e expectativas.

Às vezes também confundimos, na discussão sobre ética, questões relacionadas com as leis, com o direito. Podemos pensar nas leis que protegem determinados grupos na sociedade, como as crianças. Existe uma legislação que pune com a prisão os homens que não pagam a pensão alimentícia de seus filhos, estipulada depois de uma separação. Essa lei existe porque em nossa sociedade há um acordo moral, isto é, ético, para garantir às crianças, filhos de pais que se separaram, a possibilidade de pelo menos comer, quando o

homem (que é geralmente quem contribui com o maior montante para o sustento da família) sai de casa. Então, acaba sendo natural fazer uma certa confusão entre ética e direito, visto que ao longo da história, a ética colaborou muito para o desenvolvimento do direito.

Assim, quando ouvimos falar, lemos ou discutimos sobre direitos humanos, estamos unindo duas noções que andam muito próximas: a noção de ética e a noção do direito. Estamos colocando em prática, através de acordos - de leis - mundialmente estabelecidos, as ações que a sociedade admite ou não admite como aceitáveis para uma vida digna dos seres humanos que vivem no planeta. Alguns desses acordos, universalmente aceitos, condenam qualquer tipo de discriminação de indivíduos, de grupos, ou de países, por motivos religiosos ou raciais. Outros também condenam as discriminações pelo sexo, isto é, pelo fato de alguém ser mulher ou homem e também, aquelas questões que dizem respeito à escolha sexual de cada um, como a opção pelo homossexualismo.

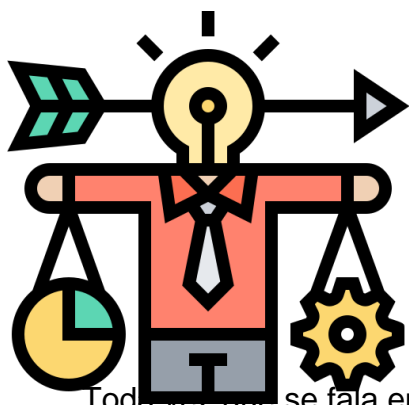
“A discriminação entre seres humanos com base em raça, cor ou origem étnica é uma ofensa à dignidade humana e será condenada como uma negação dos princípios da Carta das Nações Unidas, como uma violação dos direitos fundamentais proclamados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, como um obstáculo para relações amigáveis e pacíficas entre as nações, e como um fato capaz de perturbar a paz e a segurança entre os povos”.

Declaração sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial,
da Organização das Nações Unidas – ONU, 1963.



Como se vê, não devemos pensar na ética apenas em função de regulamentações e de leis. É preciso pensá-la a partir da reflexão moral, reconhecendo sua função crítica e seu vínculo com as emoções. Refletir sobre a ética é contribuir para aumentar a reflexão sobre a ação humana, tornando-nos mais sensíveis e mais sensatos, porque ela nos aproxima da realidade e nos torna mais conscientes das ações que praticamos em qualquer espaço da nossa vida.

2. O QUE É MORAL?



A moral é um conjunto de regras, costumes e formas de pensar de um grupo social, que define o que devemos ou não devemos fazer em sociedade. O termo moral tem origem no latim *morales*, cujo significado é “relativo aos costumes”. São as regras definidas pela moral que regulam o modo de agir das pessoas.

Toda vez que se fala em moral, é preciso pensar em coletividade. Isso porque as regras que a constroem são definidas por um grupo de pessoas, ou seja, pelo coletivo. Este conjunto de regras é estabelecido quando a sociedade acredita que alguma atitude pode tornar a convivência social mais harmoniosa e pacífica, como, por exemplo, não roubar, ajudar o próximo, entre outras.

É importante lembrar que dentro de uma mesma sociedade, há grupos sociais distintos que possuem diferentes valores morais, como, por exemplo, as diferentes religiões, ideologias, culturas, famílias, entre outras.

Na filosofia, a moral é a parte que trata dos valores em si e o sentimento e ações do indivíduo, orientados por esses valores. São as decisões que o ser humano, no exercício de sua liberdade, toma sobre o que deve fazer ou não para manter o bem-estar social.

3. E O QUE SÃO VALORES?

Para cada um de nós, existe o que se acredita ser permitido, assim como existe o que se acredita não ser permitido. O fazer e o não fazer determinadas coisas dependem de uma “permissão” que vem de dentro de nós. Depende da “permissão” que nós nos damos ou não. Ou seja, nossas ações estão relacionadas com algo que nos foi transmitido desde muito cedo, quando ainda éramos bebês, pela família e pela sociedade em que vivemos.



Essa permissão (ou não) é resultado de valores morais que “moram” dentro de nós e que “aprovam” ou “reprovam” nossas ações e nossas condutas. Assim, permitimo-nos (ou não) agir de uma determinada maneira.

4. SOMOS RESPONSÁVEIS POR NOSSAS ESCOLHAS



Vamos refletir sobre nossas ações, no contexto de nossa atividade profissional, ou seja, trabalhadores em saúde. Quando escolhemos trabalhar na área da saúde, escolhemos nos aproximar de outros seres humanos, em todos os sentidos, de um jeito que não acontece em nenhuma outra atividade profissional. A natureza de nosso trabalho nos obriga a uma proximidade que, dependendo de como é feita, pode ser muito positiva para a conquista da confiança da clientela.

Mesmo que não estejamos pensando nisso a cada instante, nosso trabalho está o todo o tempo submetido às tensões causadas entre o que o usuário espera, e o que os serviços de saúde são capazes de oferecer. E hoje é preciso concordar: os usuários

diversas vezes demonstram não estar contentes com esses serviços. E nós? Estamos satisfeitos com o que oferecemos?

É verdade que, muitas vezes, trabalhamos em instituições onde faltam equipamentos e materiais considerados básicos para o desenvolvimento de nossas atividades. Por vezes, somos obrigados a realizar nosso trabalho de uma maneira diferente da que desejaríamos.



Frequentemente somos excluídos das decisões, ou nem mesmo sabemos que podemos participar das definições sobre nosso trabalho. São comuns nas instituições normas e regras rígidas, que de tão impositivas bloqueiam qualquer iniciativa mais criativa do profissional.

Podem ser esses os fatores que nos oprimem, determinando em nós um afastamento, isto é, uma certa insensibilidade em relação às nossas ações o que, é claro reflete no nosso trato com o cliente.

Podemos também, sem intenção, estar provocando nos usuários uma reação de afastamento, e até de rejeição a nós e aos serviços. Como podemos, então, encontrar o melhor caminho para que, cumprindo com nossas responsabilidades, tenhamos a certeza de que nossas ações eram o que de melhor poderia ser feito? Estamos fazendo a nossa parte? Estamos dando o melhor que podemos?

5. AS COISAS QUE A GENTE FALA

Existem situações que, de tão presentes em nosso cotidiano, não causam mais espanto ou constrangimento. As frases ditas nos espaços hospitalares e ambulatoriais pelos profissionais de saúde (não importando a categoria a que pertençam) , podem ser muito duras. Podem até arrepiar, por revelarem grosseiras que envolvem os preconceitos mais escondidos!



Quem nunca ouviu falar durante um trabalho de parto ou um aborto: “na hora de fazer, você gostou, não foi?”. Diante de uma mulher que engravidou outra vez: “mas, outra vez?” ou “a senhora não tem televisão em casa?”. Diante de uma mãe segurando a criança para uma injeção: “segura direito essa criança, mãe, ou ela vai ficar sem vacinar!”. Diante de um alcoólatra: “lá vem aquele bêbado outra vez!”. Diante de uma mulher ansiosa: “isso é chilique” Diante de paciente cirúrgico: “Isso não é nada, é lógico que o senhor tem que sentir dor”. Diante de uma pessoa em estado terminal: “pra que mudar o decúbito? vai morrer mesmo”. Diante de um homossexual: “lá vem a amiguinha (homem) dele!” Certamente existem outros exemplos que você será capaz de lembrar.

O que parece claro é que os responsáveis por frases como as citadas esquecem que, na situação em que se encontram, cada um desses pacientes está fragilizado e submetido às normas dos serviços que nós, profissionais de saúde, estamos impondo.

Certamente, não gostam do que ouvem; no entanto, muitas vezes não reagem ou permanecem passivas uma vez que , na situação, sentem-se desiguais, inferiorizados. Não se deve esquecer também qual é a clientela que, em geral, frequenta os serviços de saúde. São mulheres. Mulheres que levam as crianças, que vão às consultas de pré-natal, que vão dar à luz. Mulheres que vão buscar o remédio que acabou. Os homens , quando vão aos

serviços de saúde, já estão sem condições de trabalhar , porque estão doentes, ou são idosos.

A clientela a que fazemos referência corresponde, em geral, à parcela da população desvalorizada socialmente. E nós, dentro dos serviços de saúde, muitas vezes sem perceber, contribuímos para reforçar sua desvalorização.

6. AS COISAS QUE A GENTE NÃO FALA

A prática do autoritarismo está tão presente nos serviços de saúde, que poucos se questionam, por que, em quase todos os hospitais, ambulatorios e postos de saúde, o primeiro profissional com quem o usuário entra em contato é um “guarda”, um “segurança”, um policial. Seja por falta de pessoal para recepcionar os clientes, seja por “necessidade” de transmitir uma ideia de ordem e autoridade aos serviços de saúde, invariavelmente não proporcionamos uma entrada confortável aos usuários. Delegamos aos agentes da ordem pública um trabalho que cabia aos agentes de ações de saúde.

É importante entender o porquê de aprovamos essa forma de lidar com quem chega até nós, já que algumas vezes entendemos que são os clientes que atrapalham nossas funções. No momento de nosso primeiro contato com a clientela, estamos enviando-lhe um recado, mesmo sem dizer uma palavra. Será que essa recepção aos serviços aproxima ou nos afasta? E então, cabe a pergunta: como a clientela se sente?



Ultrapassada a porta de entrada, vamos nos deter no interior dos serviços. Seria ingênuo e mesmo cruel imaginar que alguém sente prazer em estar dentro de hospitais e consultórios, seja porque está doente, seja porque acompanha alguém. De uma maneira geral, o cliente ou o acompanhante está triste, tenso e com medo. Temos também aqueles que vão às unidades básicas de saúde (postos ou centros de saúde), sem parecer doentes, mas que estão à procura de alguma coisa: uma palavra, atenção, orientação ou acolhimento. E é possível que, por puro preconceito (que muitas vezes nem percebemos), essas pessoas sejam recebidas como se fossem menos importantes, como se o motivo que as levou a procurar o posto não fosse importante porque muitas vezes se acredita que ela esteja “tirando a vaga de quem está doente e precisa”.

O que podemos fazer para que elas se sintam acolhidas?



Quantas vezes, durante nossa jornada de trabalho, olhamos nos olhos daqueles de quem cuidamos?

Quantas vezes sorrimos e paramos para escutar o que têm a nos dizer ou a perguntar?

O que você pensa ao ver uma mulher que sofreu uma cesariana, levantar-se sozinha, sem ajuda de um profissional, para ir ao banheiro ou para tomar o bebê nos braços, seja para amamentar, ou para acalmá-lo?

O que você pensa de ter que esperar horas a fio numa sala de espera, aguardando por informações sobre a saúde de um ente querido, principalmente nas ante-salas das UTI?

O que você pensa do profissional que, ao ser perguntado sobre os níveis tensionais que acabou de verificar num paciente, não responde nada ou diz: “está bom”, ou “não posso falar”. Talvez muitos de nós nunca se tenham feito essas perguntas e é possível que, num primeiro momento, você tenha respostas como as que seguem, retiradas da fala de profissionais como nós: “também, pelo salário que a gente ganha...”; “a gente tem tanto trabalho, que não dá pra pensar nessas coisas...”; “não é só o profissional que atende mal, a clientela também não obedece, reclama...”.

Se pararmos para interpretar o significado dessas frases, logo vamos perceber que elas se apóiam em idéias e argumentos que não se sustentam. São fruto do preconceito e de uma relação de poder que submete o outro. Senão, vejamos ...

Será que as pessoas que chegam até nos têm culpa dos salários e da quantidade de trabalho que realizamos?

Se é verdade que nossa remuneração frustra nossas expectativas, o nosso cliente não deve ser o alvo do nosso descontentamento. Pelo contrário, seria importante que a população fosse esclarecida sobre seus direitos e pudesse se aliar ao profissional na luta por melhores condições nos serviços de saúde.

É desejável e primordial que os profissionais de enfermagem possam discutir sobre a falta de estrutura e organização dos serviços e percebam que isso as penaliza porque são eles / esses profissionais que mantêm um contato mais estreito e direto com a

clientela, e enfrentam de perto, seu sofrimento e suas reais necessidades.

Sabemos que é o técnico de enfermagem que responde de imediato pela falta de medicamentos; de materiais e equipamentos; pela ausência de vagas para internação e / ou atendimento e, por isso, é alvo do descontentamento, percebe as angústias e os sofrimentos do que procuram os serviços de saúde.

As pessoas que chegam até nós, devem ser bem informadas e entender o que falamos, para avaliar se concordam com as ações que propomos ou se discordam delas; há princípios básicos de cidadania que precisam ser respeitados. As pessoas têm autonomia, isto é, têm independência, têm liberdade para decidir o que querem para si, e têm o direito de serem bem informadas, inclusive, para dizer não ao que estamos propondo. Quando são privadas dessa autonomia, em geral, terão um acompanhante para assumir as decisões (pais, filhos, irmãos, cônjuges). Então, não há motivos para ficarmos aborrecidos pelo fato de nossos clientes fazerem perguntas. Uma explicação que só use termos técnicos em nada ajuda o seu questionamento sobre o medicamento que lhe oferecemos, a necessidade de urinar na comadre, e não no vaso sanitário, o seu pedido de informações sobre a realização ou o resultado de exames.

É sempre bom ter em mente que o corpo com que estamos lidando ou sobre o qual estamos falando, não nos pertence. Quando achamos que a clientela precisa se submeter a nossas ações estamos, novamente, diante dos ingredientes básicos da violência: poder, arrogância e autoritarismo.

TRABALHO EM EQUIPE

1. O TRABALHO COLETIVO

Uma equipe de trabalho é constituída por vários profissionais, cada um dos quais detém saber e formação específicos. Na área de saúde, a necessidade do trabalho em equipe decorre da constatação de que não se pode conhecer com apenas uma disciplina



ou um conhecimento individualizado - seja a Medicina, a Psicologia ou a Enfermagem – todas as intercorrências sobre o sujeito que sofre.

Ao cuidarmos de uma pessoa devemos considerar não apenas os aspectos clínicos relacionados a sua doença mas também os psicológicos, sociais, econômicos e culturais a ela pertinentes. Desta forma é importante que os profissionais de saúde reúnam-se em equipes para, em conjunto, trocar informações e ampliar a avaliação clínica da pessoa e do contexto no qual está inserida.

Entretanto, é importante lembrar que apesar de exercerem diferentes especialidades e trabalharem juntos, em um hospital ou centro de saúde, isto não significa que necessariamente ajam de forma integrada ou troquem informações. Cada um pode ater-se apenas a sua especificidade. Por exemplo: o médico solicita informações acerca da evolução clínica do paciente após a cirurgia; o técnico quer trocar o curativo; a nutricionista deseja informações sobre a dieta a seguir, e nesse processo ninguém sabe ao certo os procedimentos adotados pelo outro; o que pode vir a ocasionar erros pela falta de sintonia entre os vários profissionais.



Na forma de trabalho pluridisciplinar as equipes, constituídas por várias disciplinas, atuam juntas mas não há troca de informações, na há soma; na verdade, o paciente é dividido entre as várias áreas do saber.

idisciplinar os diversos profissionais trocam idéias e informações sobre suas práticas específicas. Reúnem-se regularmente, debatem pontos de vista e complementam os entendimentos sobre o problema em questão, indo além dos limites restritos a suas profissões: enfermeiros ouvem os pacientes durante seus procedimentos; assistentes sociais interessam-se pela vida emocional de seus clientes e médicos procuram não apenas acertar seus diagnósticos e prescrições mas interessam-se por todo o contexto em que o cliente está inserido, o que contribui para a continuidade e sucesso do processo terapêutico.

Embora cada profissão utilize seus métodos e técnicas, a interação da equipe multidisciplinar é imprescindível para avaliar e cuidar do paciente reconhecendo-o como um ser humano que necessita ajuda e compreensão.

Outro tipo de atuação é aquele desenvolvido pelas equipes interdisciplinares. Nestas, os métodos e técnicas de determinada disciplina são utilizadas por profissionais de áreas distintas. Esta modalidade é muito comum nos serviços de atenção diária em saúde

mental, nos quais os profissionais trabalham em conjunto, atuando de acordo com os procedimentos acertados pela equipe.



A forma de trabalho transdisciplinar, ainda vista como utopia, é considerada ideal para a atuação em equipe pois parte do princípio de que nenhuma disciplina detém, sozinha, todas as respostas ou soluções para os problemas enfrentados, os quais só serão solucionados mediante a construção cotidiana do trabalho em equipe. Os conteúdos presentes nas diferentes disciplinas complementam-se, atuando para o bemestar biopsicossocial do indivíduo.

Obviamente, nossa prática nos mostra que o trabalho em equipe é extremamente difícil. Trabalhar em harmonia e de forma integrada, com profissionais de distintas formações, mesmo quando existe um objetivo comum, é muito complicado. Nem sempre conseguimos abrir mão de nossas vaidades profissionais ou encarar as inseguranças que, naturalmente, temos ao compartilhar com o grupo a nossa maneira de trabalhar. Entretanto, a superação dessas limitações deve ser um desafio quotidiano para o alcance do objetivo comum: o bem-estar do paciente e a integração da equipe.

2. A LIDERANÇA

Toda equipe e/ou grupo possui um líder, a pessoa que exerce influência sobre as demais. O indivíduo em quem confiam e de quem muitas vezes dependem para tomar decisões. Essa liderança pode ser “formal” ou “informal”.



Quando informal, decorre da capacidade ou característica da pessoa: ela está sempre à frente do grupo, organizando as atividades ou coordenando o(s) trabalho(s). A ela todos pedem conselhos - é o que chamamos de

“líder nato”. Nessa circunstância, mesmo que não ocupe uma chefia, esse profissional sempre será respeitado e ouvido pelos demais colegas, inclusive os mais graduados.

Em outros casos, a liderança resulta da função. O diretor de um hospital ou o chefe de uma equipe médica, por exemplo, são pagos para liderar os demais trabalhadores. Sua capacidade de liderança não resulta de um atributo pessoal. O cargo que ocupam é que lhes dá poder para dizer aos outros o que fazer. Sua liderança é formal, porque formalmente definida pela estrutura da instituição. Às vezes, pode ocorrer que o líder formal - diretor ou chefe - seja ao mesmo tempo um líder informal. Isto acontece quando, além de ocupar um cargo de chefia, ele apresenta aptidão pessoal para liderar uma equipe, ou seja, tem como característica a habilidade de guiar e orientar o grupo.

A liderança não é algo constante ou estático em uma equipe. Dependendo da(s) circunstância(s) com a qual o grupo é confrontado ela pode mudar de uma pessoa para outra. Por exemplo, um líder pode exercer bem suas funções no cotidiano do trabalho mas, no caso de um incêndio, um outro pode assumir o comando da situação, guiando e orientando os colegas, transformando-se, nesse momento, em líder – esse é, geralmente, aquele tipo que se comenta ser bom ter por perto num caso de emergência, porque sabe o que fazer e mantém-se calmo nessas situações.

Portanto, o papel de liderança correlaciona-se com a situação enfrentada pelo grupo e pelo modo como este se organiza. Ressalte-se, além disso, que a distribuição do poder entre os membros da equipe também define o perfil de atuação de seu líder.

Dessa forma, é possível identificar um ou mais líderes em todos os tipos de estrutura assumidos por uma equipe de saúde (pluridisciplinar, multidisciplinar, transdisciplinar). Dependendo dos fatores, a liderança pode ser configurada de várias formas:

- **autocrática** - é aquela exercida de forma autoritária pelo líder, que centraliza o poder de modo tal que não permite a participação dos demais integrantes do grupo na tomada de decisões. Ele, sozinho, decide os caminhos a percorrer;
- **democrática** - acontece quando o líder incentiva a participação e discute com o grupo as decisões a serem tomadas. Dessa maneira, todos da equipe têm voz e podem manifestar-se, dividindo com o líder a responsabilidade pelo destino do grupo;
- **laissez-faire (em francês, deixar fazer) ou liderança anárquica** – é uma outra maneira de o líder se comportar. Como o próprio nome indica, caracteriza-se, na verdade, pela ausência de liderança, ou seja, o líder não assume seu papel nem exerce influência sobre

a equipe; conseqüentemente, o grupo fica desorientado. Muitas vezes, isso acontece em momentos de crise ou mudanças, nos quais o líder não sabe o que fazer e se omite - omissão essa que pode até mesmo resultar na dissolução do grupo.

Uma equipe de trabalho pode organizar-se de diversas maneiras. Essa organização depende de fatores como a definição dos papéis, a distribuição de poder entre os profissionais e a situação (de crise ou rotina) enfrentada pelo grupo. Ao deter o conhecimento desses fatores, o trabalhador pode efetivar uma participação mais crítica de cada integrante da equipe – o que, coletivamente, propicia uma atuação mais segura por parte de todos os componentes.

Para o bom desenvolvimento do trabalho, faz-se importante o aprimoramento constante do relacionamento entre os membros da equipe.

3. A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE



A organização de qualquer grupo de trabalho pressupõe o estabelecimento de canais de comunicação entre seus membros – os quais dizem respeito à maneira como as pessoas se comunicam dentro da equipe, ou seja, o modo como manifestam suas opiniões e são ouvidas pelos colegas. Essa forma de comunicação pode ocorrer de modo formal ou informal.

A comunicação formal expressa-se, por exemplo, mediante ofícios e memorandos, isto é, os mecanismos formais de comunicação. A comunicação informal acontece sem a necessidade desses mecanismos e também possibilita a obtenção de informações fundamentais para o trabalho: como nas conversas com o paciente, enquanto fazemos um curativo, ou com sua família, o bate-papo na hora do almoço, enfim, qualquer tipo de comunicação não-padronizada pelo grupo ou instituição na qual o trabalhador está inserido.



Devemos lembrar-nos, ainda, que a comunicação não se limita a palavras, faladas ou escritas. Gestos, posturas, olhares, expressões faciais também expressam sentimentos e pensamentos e são outras maneiras de as pessoas se comunicarem.

A estrutura do grupo, refletida em seu tipo de líder, também determina o modo de organização de sua rede de comunicação interna. Uma equipe de trabalho com um líder do tipo autoritário, por exemplo, terá uma rede de comunicação centralizada. Isto é, toda informação passará primeiramente pelo líder para só então ser compartilhada com o restante do grupo. E todos os membros da equipe devem reportar-se diretamente a ele, antes de se comunicarem com outro colega. Nesse tipo de grupo, há uma maior formalização das comunicações, resultante do maior controle sobre as mesmas.

Contudo, o que verificamos na grande maioria das equipes e instituições de saúde é uma rede de comunicação formada pelos dois tipos de canais de troca de informação: os formais e os informais - ambos igualmente importantes. Em todas as formas de comunicação, formal ou informal, pode haver o que os especialistas chamam de ruído, ou seja, fatores estranhos à mensagem transmitida que a modificam, podem torná-la incompreensível ou, mesmo, mudar totalmente seu sentido, podendo provocar mal-entendidos, prejudicar o resultado do trabalho e ou causar mal-estar entre os membros do grupo.

Todos os integrantes da equipe devem ter assegurado o direito de participar dos processos de produção e divulgação da informação. Em um hospital, por exemplo, cada profissional deve ser incentivado a registrar no prontuário do paciente as ações executadas e a ler as anotações anteriores, de modo a acompanhar a evolução dos fatos ocorridos.



Um grupo de profissionais efetivamente integrado, no qual todos se sintam igualmente importantes, produzindo e recebendo informação, fazendo parte da rede de comunicação, traz maior satisfação individual e, conseqüentemente, melhor participação no cotidiano do trabalho.

ÓRGÃOS LEGISLADORES

1. COFEN (Conselho Federal de Enfermagem)

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os seus respectivos Conselhos Regionais (CORENs) foram criados em 12 de julho de 1973, por meio da Lei 5.905. Juntos, eles formam o Sistema COFEN/CORENs. Estão subordinados ao Conselho Federal todos os 27 conselhos regionais localizados em cada estado brasileiro.

Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros em Genebra, o COFEN existe para normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, zelando pela qualidade dos serviços prestados pelos participantes da classe e pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional.

Principais atividades do COFEN:

- Normalizar e expedir instruções para uniformidade de procedimentos e bom funcionamento dos Conselhos Regionais;
- Apreciar em grau de recurso as decisões dos CORENs;
- Aprovar anualmente as contas e a proposta orçamentária da autarquia, remetendo-as aos órgãos competentes;
- Promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional.

2. COREN (Conselho Regional de Enfermagem)

É um Órgão disciplinador do exercício da Profissão de Enfermagem.

Objetivos: Evitar que leigos exerçam a profissão; afastar a mão-de-obra desqualificada; garantir o espaço para aqueles que têm capacidade para exercer a enfermagem, tendo, inclusive, autoridade para aplicar sanções disciplinares aos integrantes da classe, considerados faltosos com os deveres da profissão.

O registro profissional é obrigatório. Sem ele não é possível trabalhar na área de enfermagem. A pessoa que atua na área sem registro está em exercício ilegal da profissão.

Através dos atos de disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, o COREN busca valorizar os profissionais de enfermagem e proteger os interesses sociais, resguardando, principalmente, os princípios éticos inerentes à classe.

Principais atividades dos CORENS:

- Deliberar sobre inscrição no Conselho, bem como o seu cancelamento;
- Disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do COFEN;
- Executar as resoluções do COFEN;
- Expedir a carteira de identidade profissional, indispensável ao exercício da profissão e válida em todo o território nacional;
- Fiscalizar o exercício profissional e decidir os assuntos atinentes à Ética Profissional, impondo as penalidades cabíveis;
- Elaborar a sua proposta orçamentária anual e o projeto de seu regimento interno, submetendo-os à aprovação do COFEN;
- Zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exerçam; propor ao COFEN medidas visando a melhoria do exercício profissional;
- Eleger sua Diretoria e seus Delegados eleitores ao Conselho Federal;
- Exercer as demais atribuições que lhe forem conferidas pela Lei 5.905/73 e pelo COFEN.

3. ABEN (Associação Brasileira de Enfermagem)

A Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn, fundada em 12 de agosto de 1926, sob a personalidade jurídica que congrega enfermeiros, obstetrizas, técnicos e auxiliares de enfermagem e estudantes dos cursos de graduação e de educação profissional de nível técnico que a ela se associam, individual e livremente.

Finalidades:

- Congregar enfermeiros (as), técnicos (as) de enfermagem, auxiliares de enfermagem, estudantes dos cursos de graduação e de educação profissional habilitação técnico de enfermagem;
- Incentivar a solidariedade e a cooperação entre seus associados (as);
- Promover o desenvolvimento técnico, científico, cultural e político dos profissionais de enfermagem no país, pautado em princípios éticos;
- Defender os interesses das profissões da área de enfermagem, articulando-se com as demais Entidades e Instituições de saúde em geral e as de Enfermagem, em especial;
- Articular-se com organizações do setor de saúde e da sociedade em geral, na defesa e na consolidação de políticas e programas que garantam a equidade, a universalidade e a integralidade da assistência à saúde da população;
- Representar os(as) integrantes do seu quadro de associados, nacional e internacionalmente, no que diz respeito às políticas de saúde, educação e trabalho, ciência e tecnologia, especificamente.
- Promover intercâmbios técnico, científico e cultural com Entidades e Instituições, nacionais e internacionais, com vista ao desenvolvimento da enfermagem;
- Divulgar trabalhos e estudos de interesse da enfermagem, mantendo órgão oficial de publicação periódica;
- Promover, estimular e divulgar pesquisas da área de enfermagem;
- Adotar medidas necessárias à defesa e consolidação do trabalho em enfermagem como prática essencial à assistência de saúde e à organização dos serviços de saúde;
- Reconhecer a qualidade de especialista a profissionais de enfermagem, expedindo o respectivo título de acordo com regulamentação específica;
- Articular social, política e financeiramente programas e projetos que promovam
- assistência aos associados;
- Integrar-se aos processos sociais, políticos e técnicos que visem assegurar o acesso universal equânime aos serviços de saúde;
- Coordenar e articular Conselhos Consultivos de Sociedades ou Associações de Enfermagem ou de Enfermeiros (as) Especialistas ou de Cursos e de Escolas de Enfermagem de nível superior e educação profissional com habilitação de Técnico de Enfermagem.

4. CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

PREÂMBULO

A enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida.

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.

A enfermagem brasileira, face às transformações socioculturais, científicas e legais, entendeu ter chegado o momento de reformular o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE).

A trajetória da reformulação, coordenada pelo Conselho Federal de Enfermagem com a participação dos Conselhos Regionais de Enfermagem, incluiu discussões com a categoria de enfermagem.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem está organizado por assunto e inclui princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais de enfermagem. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. 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.

O presente Código 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 em 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)].

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida

da pessoa, família e coletividade.

O profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais.

O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

O profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões.

O profissional de enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.

CAPÍTULO I

DIREITOS

Art. 1º Exercer a Enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental, autonomia

e ser tratado sem discriminação de qualquer natureza, segundo os princípios e pressupostos legais, éticos e dos direitos humanos.

Art. 2º Exercer atividades em locais de trabalho livre de riscos e danos e violências física e psicológica à saúde do trabalhador, em respeito à dignidade humana e à proteção dos direitos dos profissionais de enfermagem.

Art. 3º Apoiar e/ou participar de movimentos de defesa da dignidade profissional, do exercício da cidadania e das reivindicações por melhores condições de assistência, trabalho e remuneração, observados os parâmetros e limites da legislação vigente.

Art. 4º Participar da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade, observando os preceitos éticos e legais da profissão.

Art. 5o Associar-se, exercer cargos e participar de Organizações da Categoria e Órgãos de Fiscalização do Exercício Profissional, atendidos os requisitos legais.

Art. 6o Aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socio-educativos, históricos e culturais que dão sustentação à prática profissional.

Art. 7o Ter acesso às informações relacionadas à pessoa, família e coletividade, necessárias ao exercício profissional.

Art. 8o Requerer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, medidas cabíveis para obtenção de desagravo público em decorrência de ofensa sofrida no exercício profissional ou que atinja a profissão.

Art. 9o Recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, quando impedido de cumprir o presente Código, a Legislação do Exercício Profissional e as Resoluções, Decisões e Pareceres Normativos emanados pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 10 Ter acesso, pelos meios de informação disponíveis, às diretrizes políticas, normativas e protocolos institucionais, bem como participar de sua elaboração.

Art. 11 Formar e participar da Comissão de Ética de Enfermagem, bem como de comissões interdisciplinares da instituição em que trabalha.

Art. 12 Abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional.

Art. 13 Suspender as atividades, individuais ou coletivas, quando o local de trabalho não oferecer condições seguras para o exercício profissional e/ou desrespeitar a legislação vigente

ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo formalizar imediatamente sua decisão por escrito e/ou por meio de correio eletrônico à instituição e ao Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 14 Aplicar o processo de Enfermagem como instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade.

PSICOLOGIA APLICADA E ÉTICA PROFISSIONAL

Art. 15 Exercer cargos de direção, gestão e coordenação, no âmbito da saúde ou de qualquer área direta ou indiretamente relacionada ao exercício profissional da Enfermagem.

Art. 16 Conhecer as atividades de ensino, pesquisa e extensão que envolvam pessoas e/ou local de trabalho sob sua responsabilidade profissional.

Art. 17 Realizar e participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, respeitando a legislação vigente.

Art. 18 Ter reconhecida sua autoria ou participação em pesquisa, extensão e produção técnicocientífica.

Art. 19 Utilizar-se de veículos de comunicação, mídias sociais e meios eletrônicos para conceder entrevistas, ministrar cursos, palestras, conferências, sobre assuntos de sua competência e/ou divulgar eventos com finalidade educativa e de interesse social.

Art. 20 Anunciar a prestação de serviços para os quais detenha habilidades e competências técnico-científicas e legais.

Art. 21 Negar-se a ser filmado, fotografado e exposto em mídias sociais durante o desempenho de suas atividades profissionais.

Art. 22 Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

Art. 23 Requerer junto ao gestor a quebra de vínculo da relação profissional/ usuários quando houver risco à sua integridade física e moral, comunicando ao Coren e assegurando a continuidade da assistência de Enfermagem.

CAPÍTULO II

DEVERES

Art. 24 Exercer a profissão com

- Justiça
- Compromisso
- Equidade
- Resolutividade
- Dignidade
- Competência
- Resposanbilidade
- Honestidade
- Lealdade

Art. 25 Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica.

Art. 26 Conhecer, cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normativos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 27 Incentivar e apoiar a participação dos profissionais de Enfermagem no desempenho de atividades em organizações da categoria.

Art. 28 Comunicar formalmente ao Conselho Regional de Enfermagem e aos órgãos competentes fatos que infrinjam dispositivos éticos-legais e que possam prejudicar o exercício profissional e a segurança à saúde da pessoa, família e coletividade.

Art. 29 Comunicar formalmente, ao Conselho Regional de Enfermagem, fatos que envolvam recusa e/ou demissão de cargo, função ou emprego, motivado pela necessidade do profissional em cumprir o presente Código e a legislação do exercício profissional.

Art. 30 Cumprir, no prazo estabelecido, determinações, notificações, citações, convocações e intimações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 31 Colaborar com o processo de fiscalização do exercício profissional e prestar informações fidedignas, permitindo o acesso a documentos e a área física institucional.

Art. 32 Manter inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, com jurisdição na área onde ocorrer o exercício profissional.

Art. 33 Manter os dados cadastrais atualizados junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

Art. 34 Manter regularizadas as obrigações financeiras junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

Art. 35 Apor nome completo e/ou nome social, ambos legíveis, número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, assinatura ou rubrica nos documentos, quando no exercício profissional.

§ 1º *É facultado o uso do carimbo, com nome completo, número e categoria de inscrição no Coren, devendo constar a assinatura ou rubrica do profissional.*

§ 2º *Quando se tratar de prontuário eletrônico, a assinatura deverá ser certificada, conforme legislação vigente.*

Art. 36 Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras.

Art. 37 Documentar formalmente as etapas do processo de Enfermagem, em consonância com sua competência legal.

Art. 38 Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.

Art. 39 Esclarecer à pessoa, família e coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de Enfermagem.

Art. 40 Orientar à pessoa e família sobre preparo, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito de recusa da pessoa ou de seu representante legal.

Art. 41 Prestar assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 42 Respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais.

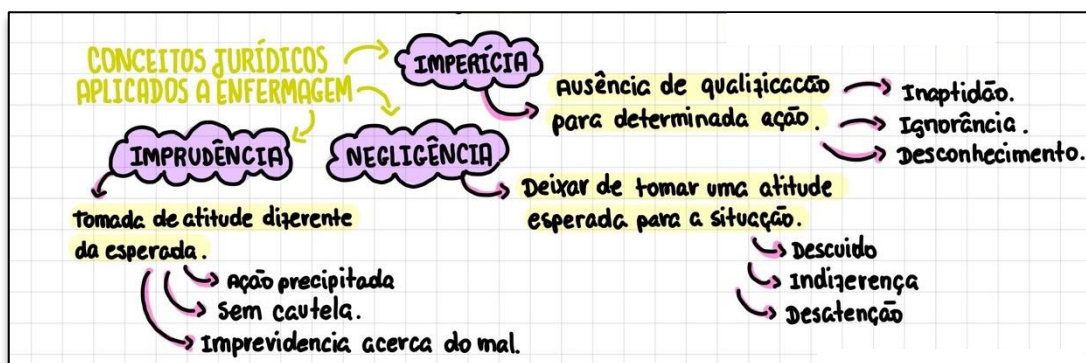
Parágrafo único. *Respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades.*

Art. 43 Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade da pessoa, em todo seu ciclo vital e nas situações de morte e pós-morte.

Art. 44 Prestar assistência de Enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

Parágrafo único. *Será respeitado o direito de greve e, nos casos de movimentos reivindicatórios da categoria, deverão ser prestados os cuidados mínimos que garantam uma assistência segura, conforme a complexidade do paciente.*

Art. 45 Prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.



Art. 46 Recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica na qual não constem assinatura e número de registro do profissional prescritor, exceto em situação de urgência e emergência.

§ 1º O profissional de Enfermagem deverá recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica em caso de identificação de erro e/ou ilegibilidade da mesma, devendo esclarecer com o prescritor ou outro profissional, registrando no prontuário.

§ 2º É vedado ao profissional de Enfermagem o cumprimento de prescrição à distância, exceto em casos de urgência e emergência e regulação, conforme Resolução vigente.

Art. 47 Posicionar-se contra, e denunciar aos órgãos competentes, ações e procedimentos de membros da equipe de saúde, quando houver risco de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência ao paciente, visando a proteção da pessoa, família e coletividade.

Art. 48 Prestar assistência de Enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto.

Parágrafo único. *Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.*

Art. 49 Disponibilizar assistência de Enfermagem à coletividade em casos de emergência, epidemia, catástrofe e desastre, sem pleitear vantagens pessoais, quando convocado.

Art. 50 Assegurar a prática profissional mediante consentimento prévio do paciente, representante ou responsável legal, ou decisão judicial.

Parágrafo único. *Ficam resguardados os casos em que não haja capacidade de decisão por parte da pessoa, ou na ausência do representante ou responsável legal.*

Art. 51 Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individual ou em equipe, por imperícia, imprudência ou negligência, desde que tenha participação e/ou conhecimento prévio do fato.

Parágrafo único. *Quando a falta for praticada em equipe, a responsabilidade será atribuída na medida do(s) ato(s) praticado(s) individualmente.*

Art. 52 Manter sigilo sobre fato de que tenha conhecimento em razão da atividade profissional, exceto nos casos previstos na legislação ou por determinação judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante ou responsável legal.

§ 1º *Permanece o dever mesmo quando o fato seja de conhecimento público e em caso de falecimento da pessoa envolvida.*

§ 2º *O fato sigiloso deverá ser revelado em situações de ameaça à vida e à dignidade, na defesa própria ou em atividade multiprofissional, quando necessário à prestação da assistência.*

§ 3o O profissional de Enfermagem intimado como testemunha deverá comparecer perante a autoridade e, se for o caso, declarar suas razões éticas para manutenção do sigilo profissional.

§ 4o É obrigatória a comunicação externa, para os órgãos de responsabilização criminal, independentemente de autorização, de casos de violência contra: crianças e adolescentes; idosos; e pessoas incapacitadas ou sem condições de firmar consentimento.

§ 5o A comunicação externa para os órgãos de responsabilização criminal em casos de violência doméstica e familiar contra mulher adulta e capaz será de vida, independentemente de autorização, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo do profissional e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Art. 53 Resguardar os preceitos éticos e legais da profissão quanto ao conteúdo e imagem veiculados nos diferentes meios de comunicação e publicidade.

Art. 54 Estimular e apoiar a qualificação e o aperfeiçoamento técnico-científico, ético-político, socioeducativo e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua supervisão e coordenação.

Art. 55 Aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socio-educativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Art. 56 Estimular, apoiar, colaborar e promover o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão, devidamente aprovados nas instâncias deliberativas.

Art. 57 Cumprir a legislação vigente para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Art. 58 Respeitar os princípios éticos e os direitos autorais no processo de pesquisa, em todas as etapas.

Art. 59 Somente aceitar encargos ou atribuições quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem.

Art. 60 Respeitar, no exercício da profissão, a legislação vigente relativa à preservação do meio ambiente no gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

CAPÍTULO III

PROIBIÇÕES

Art. 61 Executar e/ou determinar atos contrários ao Código de Ética e à legislação que disciplina o exercício da Enfermagem.

Art. 62 Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

Art. 63 Colaborar ou acumpliciar-se com pessoas físicas ou jurídicas que desrespeitem a legislação e princípios que disciplinam o exercício profissional de Enfermagem.

Art. 64 Provocar, cooperar, ser conivente ou omissa diante de qualquer forma ou tipo de violência contra a pessoa, família e coletividade, quando no exercício da profissão.

Art. 65 Aceitar cargo, função ou emprego vago em decorrência de fatos que envolvam recusa ou demissão motivada pela necessidade do profissional em cumprir o presente código e a legislação do exercício profissional; bem como pleitear cargo, função ou emprego ocupado por colega, utilizando-se de concorrência desleal.

Art. 66 Permitir que seu nome conste no quadro de pessoal de qualquer instituição ou estabelecimento congênere, quando, nestas, não exercer funções de enfermagem estabelecidas na legislação.

Art. 67 Receber vantagens de instituição, empresa, pessoa, família e coletividade, além do que lhe é devido, como forma de garantir assistência de Enfermagem diferenciada ou benefícios de qualquer natureza para si ou para outrem.

Art. 68 Valer-se, quando no exercício da profissão, de mecanismos de coação, omissão ou suborno, com pessoas físicas ou jurídicas, para conseguir qualquer tipo de vantagem.

Art. 69 Utilizar o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ou induzir ordens, opiniões, ideologias políticas ou qualquer tipo de conceito ou preconceito que atentem contra a dignidade da pessoa humana, bem como dificultar o exercício profissional.

Art. 70 Utilizar dos conhecimentos de enfermagem para praticar atos tipificados como crime ou contravenção penal, tanto em ambientes onde exerça a profissão, quanto naqueles em que não a exerça, ou qualquer ato que infrinja os postulados éticos e legais.

Art. 71 Promover ou ser conivente com injúria, calúnia e difamação de pessoa e família, membros das equipes de Enfermagem e de saúde, organizações da Enfermagem, trabalhadores de outras áreas e instituições em que exerce sua atividade profissional.

Art. 72 Praticar ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato que infrinja postulados éticos e legais, no exercício profissional.

Art. 73 Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação, exceto nos casos permitidos pela legislação vigente.

***Parágrafo único.** Nos casos permitidos pela legislação, o profissional deverá decidir de acordo com a sua consciência sobre sua participação, desde que seja garantida a continuidade da assistência.*

Art. 74 Promover ou participar de prática destinada a antecipar a morte da pessoa.

Art. 75 Praticar ato cirúrgico, exceto nas situações de emergência ou naquelas expressamente autorizadas na legislação, desde que possua competência técnica-científica necessária.

Art. 76 Negar assistência de enfermagem em situações de urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe, desde que não ofereça risco a integridade física do profissional.

Art. 77 Executar procedimentos ou participar da assistência à saúde sem o consentimento formal da pessoa ou de seu representante ou responsável legal, exceto em iminente risco de morte.

Art. 78 Administrar medicamentos sem conhecer indicação, ação da droga, via de administração e potenciais riscos, respeitados os graus de formação do profissional.

Art. 79 Prescrever medicamentos que não estejam estabelecidos em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada em instituição de saúde, exceto em situações de emergência.

Art. 80 Executar prescrições e procedimentos de qualquer natureza que comprometam a segurança da pessoa.

Art. 81 Prestar serviços que, por sua natureza, competem a outro profissional, exceto em caso de emergência, ou que estiverem expressamente autorizados na legislação vigente.

Art. 82 Colaborar, direta ou indiretamente, com outros profissionais de saúde ou áreas vinculadas, no descumprimento da legislação referente aos transplantes de órgãos, tecidos, esterilização humana, reprodução assistida ou manipulação genética.

Art. 83 Praticar, individual ou coletivamente, quando no exercício profissional, assédio moral, sexual ou de qualquer natureza, contra pessoa, família, coletividade ou qualquer membro da equipe de saúde, seja por meio de atos ou expressões que tenham por consequência atingir a dignidade ou criar condições humilhantes e constrangedoras.

Art. 84 Anunciar formação profissional, qualificação e título que não possa comprovar.

Art. 85 Realizar ou facilitar ações que causem prejuízo ao patrimônio das organizações da categoria.

Art. 86 Produzir, inserir ou divulgar informação inverídica ou de conteúdo duvidoso sobre assunto de sua área profissional.

Parágrafo único. *Fazer referência a casos, situações ou fatos, e inserir imagens que possam identificar pessoas ou instituições sem prévia autorização, em qualquer meio de comunicação.*

Art. 87 Registrar informações incompletas, imprecisas ou inverídicas sobre a assistência de Enfermagem prestada à pessoa, família ou coletividade.

Art. 88 Registrar e assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro profissional.

Art. 89 Disponibilizar o acesso a informações e documentos a terceiros que não estão diretamente envolvidos na prestação da assistência de saúde ao paciente, exceto quando autorizado pelo paciente, representante legal ou responsável legal, por determinação judicial.

Art. 90 Negar, omitir informações ou emitir falsas declarações sobre o exercício profissional quando solicitado pelo Conselho Regional de Enfermagem e/ ou Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 91 Delegar atividades privativas do(a) Enfermeiro(a) a outro membro da equipe de Enfermagem, exceto nos casos de emergência.

Parágrafo único. *Fica proibido delegar atividades privativas a outros membros da equipe de saúde.*

ATENÇÃO

Art. 92 Delegar atribuições dos(as) profissionais de enfermagem, previstas na legislação, para acompanhantes e/ou responsáveis pelo paciente. ATENCAO

Parágrafo único. *O dispositivo no caput não se aplica nos casos da atenção domiciliar para o autocuidado apoiado.*

Art. 93 Eximir-se da responsabilidade legal da assistência prestada aos pacientes sob seus cuidados realizados por alunos e/ou estagiários sob sua supervisão e/ou orientação.

Art. 94 Apropriar-se de dinheiro, valor, bem móvel ou imóvel, público ou particular, que esteja sob sua responsabilidade em razão do cargo ou do exercício profissional, bem como desviá-lo em proveito próprio ou de outrem.

Art. 95 Realizar ou participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, em que os direitos inalienáveis da pessoa, família e coletividade sejam desrespeitados ou ofereçam quaisquer tipos de riscos ou danos previsíveis aos envolvidos.

Art. 96 Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família e coletividade.

Art. 97 Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como usá-los para fins diferentes dos objetivos previamente estabelecidos.

Art. 98 Publicar resultados de pesquisas que identifiquem o participante do estudo e/ou instituição envolvida, sem a autorização prévia.

Art. 99 Divulgar ou publicar, em seu nome, produção técnico-científica ou instrumento de organização formal do qual não tenha participado ou omitir nomes de coautores e colaboradores.

Art. 100 Utilizar dados, informações, ou opiniões ainda não publicadas, sem referência do autor ou sem a sua autorização.

Art. 101 Apropriar-se ou utilizar produções técnico-científicas, das quais tenha ou não participado como autor, sem concordância ou concessão dos demais partícipes.

Art. 102 Aproveitar-se de posição hierárquica para fazer constar seu nome como autor ou coautor em obra técnico-científica.

CAPÍTULO IV – DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 103 A caracterização das infrações éticas e disciplinares, bem como a aplicação das respectivas penalidades regem-se por este Código, sem prejuízo das sanções previstas em outros dispositivos legais.

Art. 104 Considera-se infração ética e disciplinar a ação, omissão ou conivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, bem como a inobservância das normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 105 O(a) Profissional de Enfermagem responde pela infração ética e/ou disciplinar, que cometer ou contribuir para sua prática, e, quando cometida(s) por outrem, dela(s) obtiver benefício.

Art. 106 A gravidade da infração é caracterizada por meio da análise do(s) fato(s), do(s) ato(s) praticado(s) ou ato(s) omissivo(s), e do(s) resultado(s).

Art. 107 A infração é apurada em processo instaurado e conduzido nos termos do Código de Processo Ético-Disciplinar vigente, aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 108 As penalidades a serem impostas pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, conforme o que determina o art. 18, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, são as seguintes:

I – Advertência verbal;

II – Multa;

III – Censura;

IV – Suspensão do Exercício Profissional;

V – Cassação do direito ao Exercício Profissional.

§ 1º A advertência verbal consiste na admoestação ao infrator, de forma reservada, que será registrada no prontuário do mesmo, na presença de duas testemunhas.

§ 2º A multa consiste na obrigatoriedade de pagamento de 01 (um) a 10 (dez) vezes o valor da anuidade da categoria profissional à qual pertence o infrator, em vigor no ato do pagamento.

§ 3º A censura consiste em repreensão que será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

§ 4º A suspensão consiste na proibição do exercício profissional da Enfermagem por um período de até 90 (noventa) dias e será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores.

§ 5º A cassação consiste na perda do direito ao exercício da Enfermagem por um período de até 30 anos e será divulgada nas publicações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

§ 6º As penalidades aplicadas deverão ser registradas no prontuário do infrator.

§ 7º Nas penalidades de suspensão e cassação, o profissional terá sua carteira retida no ato da notificação, em todas as categorias em que for inscrito, sendo devolvida após o cumprimento da pena e, no caso da cassação, após o processo de reabilitação.

Art. 109 As penalidades, referentes à advertência verbal, multa, censura e suspensão do exercício profissional, são da responsabilidade do Conselho Regional de Enfermagem, serão registradas no prontuário do profissional de Enfermagem; a pena de cassação do direito ao exercício profissional é de competência do Conselho Federal de Enfermagem, conforme o disposto no art. 18, parágrafo primeiro, da Lei nº 5.905/73.

Parágrafo único. Na situação em que o processo tiver origem no Conselho Federal de Enfermagem e nos casos de cassação do exercício profissional, terá como instância superior a Assembleia de Presidentes dos Conselhos de Enfermagem.

Art. 110 Para a graduação da penalidade e respectiva imposição consideram-se:

I – A gravidade da infração;

II – As circunstâncias agravantes e atenuantes da infração;

III – O dano causado e o resultado;

IV – Os antecedentes do infrator.

Art. 111 As infrações serão consideradas leves, moderadas, graves ou gravíssimas, segundo a natureza do ato e a circunstância de cada caso.

§ 1º São consideradas infrações leves as que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições ou ainda que causem danos patrimoniais ou financeiros.

§ 2º São consideradas infrações moderadas as que provoquem debilidade temporária de membro, sentido ou função na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

§ 3º São consideradas infrações graves as que provoquem perigo de morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

§ 4º São consideradas infrações gravíssimas as que provoquem a morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa.

Art. 112 São consideradas circunstâncias atenuantes:

- I** – Ter o infrator procurado, logo após a infração, por sua espontânea vontade com eficiência, evitar ou minorar as consequências do seu ato;
- II** – Ter bons antecedentes profissionais;
- III** – Realizar atos sob coação e/ou intimidação ou grave ameaça;
- IV** – Realizar atos sob emprego real de força física;
- V** – Ter confessado espontaneamente a autoria da infração;
- VI** – Ter colaborado espontaneamente com a elucidação dos fatos.

Art. 113 São consideradas circunstâncias agravantes:

- I** – Ser reincidente;
- II** – Causar danos irreparáveis;
- III** – Cometer infração dolosamente;
- IV** – Cometer a infração por motivo fútil ou torpe;
- V** – Facilitar ou assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou a vantagem de outra infração;
- VI** – Aproveitar-se da fragilidade da vítima;
- VII** – Cometer a infração com abuso de autoridade ou violação do dever inerente ao cargo ou função ou exercício profissional;
- VIII** – Ter maus antecedentes profissionais;
- IX** – Alterar ou falsificar prova, ou concorrer para a desconstrução de fato que se relacione com o apurado na denúncia durante a condução do processo ético.

CAPÍTULO V – DA APLICAÇÃO DAS PENALIDADES

Art. 114 As penalidades previstas neste Código somente poderão ser aplicadas, cumulativamente, quando houver infração a mais de um artigo.

Art. 115 A pena de Advertência verbal é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 48, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 66, 67, 69, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 101 e 102.

Art. 116 A pena de Multa é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101 e 102.

Art. 117 A pena de Censura é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 31, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 101 e 102.

Art. 118 A pena de Suspensão do Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 32, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 59, 61, 62, 63, 64, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94 e 95.

Art. 119 A pena de Cassação do Direito ao Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 45, 64, 70, 72, 73, 74, 80, 82, 83, 94, 96 e 97.

Brasília, 6 de novembro de 2017.

O HOMEM, A VIDA E A SAÚDE

1. ABORTO

O aborto é a interrupção de uma gravidez resultante da remoção de um feto ou embrião antes de este ter a capacidade de sobreviver fora do útero.



O aborto, mais corretamente chamado de abortamento, pode ser definido como a interrupção de uma gestação antes de o feto atingir sua viabilidade, ou seja, antes do período perinatal (a partir das 22 semanas completas de gestação) e com feto pesando menos que 500 g. É um processo, muitas vezes, doloroso que pode causar sérios traumas na vida de uma mulher, sendo comum essas mulheres descreverem sentimentos de culpa, vulnerabilidade, tristeza e frustração.

ABORTO ESPONTÂNEO

O abortamento espontâneo, também chamado de aborto natural, é uma situação relativamente frequente. Estima-se que essa intercorrência ocorra entre 10% e 25% de todas as gestações. Vale destacar que o abortamento é mais comum no início da gravidez e o avanço da idade gestacional diminui esses riscos. O abortamento pode ser classificado como precoce, quando acontece na mulher que apresenta menos de 13 semanas de gravidez, e tardio, quando ele ocorre entre a 13 e 22 semanas.

Geralmente o abortamento espontâneo ocorre, pois o feto não apresenta características favoráveis à sua sobrevivência ou não está apresentando um desenvolvimento adequado. Isso pode ocorrer devido a causas, como:

- alterações cromossômicas e uterinas;
- quedas nos níveis de progesterona;
- alterações nos hormônios tireoidianos;

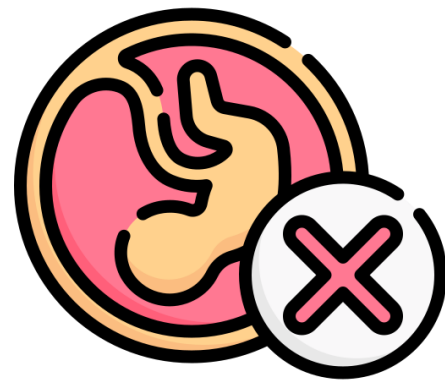
- doenças virais e bacterianas;
- doenças autoimunes;
- consumo de drogas.

Vale destacar que apesar de tantas causas possíveis, na maioria das mulheres o abortamento permanece sem explicações. Podemos destacar ainda que existem alguns fatores de risco que são associados ao abortamento, tais como idade avançada (acima dos 45 anos a taxa de abortamento pode chegar a 80%), casos anteriores de aborto espontâneo, uso de cigarros, consumo de drogas e álcool, uso de anti-inflamatórios não hormonais e extremos de peso (IMC muito baixo ou muito alto).

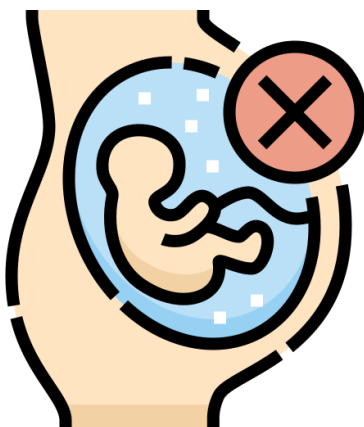
CLASSIFICAÇÃO DOS ABORTAMENTOS

Segundo o Ministério da Saúde, os abortamentos podem ser classificados como:

▪ **Ameaça de abortamento:** nesse caso, o conceito mantém sua vitalidade, entretanto, são observados na gestante o sangramento genital e cólicas. Geralmente, o sangramento é de pouca intensidade e as cólicas pouco intensas. O colo uterino permanece fechado. Nesse caso, o correto é que a mulher permaneça em repouso.



▪ **Abortamento completo:** comumente acontece em gestações que apresentam menos de oito semanas e é observada uma eliminação total do conteúdo do útero. Nesse caso, a mulher fica em observação para que seja conferido se o sangramento é mantido e para que as infecções sejam evitadas.



▪ **Abortamento inevitável/incompleto:** nesse tipo de abortamento, temos uma situação em que apenas parte do conteúdo uterino é eliminado. É verificado, nesses casos, um sangramento maior que na ameaça de abortamento. Além disso, o colo do útero encontra-se aberto e a mulher sente dores. Em situações assim, é necessário realizar procedimentos como a AMIU (aspiração manual intrauterina) ou curetagem (técnica que consiste na raspagem da parte interna do útero).

▪ **Abortamento retido:** observa-se nesse tipo de abortamento que o colo do útero permanece fechado e a mulher não apresenta perda sanguínea, entretanto, o embrião não apresenta sinais de vida. Nesse caso pode ser realizada a técnica AMIU ou ser utilizado medicamentos.

▪ **Abortamento infectado:** nessa circunstância, observa-se infecções decorrentes, principalmente, de abortamentos realizados de maneira ilegal. Verifica-se um abortamento incompleto e sinais de infecções causadas, geralmente, por bactérias. Febre, sangramento, dores e eliminação de pus pelo colo uterino podem ser notados.

▪ **Abortamento habitual:** considera-se abortamento habitual quando a mulher apresenta três ou mais abortos espontâneos consecutivamente. Essa situação não é comum e as causas devem ser averiguadas.



▪ **Abortamento eletivo previsto em lei:** essa situação diz respeito aos abortamentos solicitados em caso de estupro, risco de vida para a mulher ou feto anencéfalo (que não apresenta total ou parcialmente a calota craniana e o cérebro). Diferentes técnicas podem ser utilizadas, como uso de medicamentos, AMIU e curetagem. Nesse caso, apesar do aborto ser provocado, não se configura um crime.

SITUAÇÕES EM QUE O ABORTO É PERMITIDO NO BRASIL

O aborto no Brasil é crime, entretanto, em algumas situações, o procedimento é permitido. Veja abaixo os artigos do Código Penal que tratam desse tema:

Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque:

Pena - detenção, de um a três anos.

Aborto provocado por terceiro

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze

anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência

Forma qualificada

Art. 127 - As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

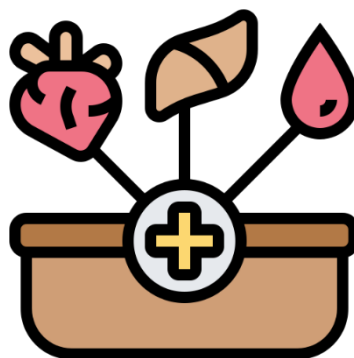
Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Percebe-se, portanto, que é permitida a realização de aborto quando há risco de vida para a gestante e quando a gravidez é resultado de um estupro. O aborto também pode ser realizado quando há a comprovação de que o feto é anencéfalo, ou seja, que o feto não apresenta total ou parcialmente a calota craniana e o cérebro. Sobre esse último caso, é importante destacar que a decisão foi tomada pelo Supremo Tribunal Federal.

2. DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

O consiste na remoção de órgãos e tecidos do corpo de uma pessoa que recentemente morreu ou de um doador voluntário, com o propósito de transplantá-lo ou fazer um enxerto em outras pessoas vivas.



A Lei Nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.

O assunto ainda é polêmico no Brasil, diante a isso, fica alguns questionamentos:

O que impede a doação de Órgãos no Brasil?

Por que as pessoas são contra a doação de Órgãos?

Quem pode ser doador?

O que a lei diz sobre o assunto?

3. QUAL A DIFERENÇA ENTRE EUTANÁSIA, DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA?

EUTANÁSIA

Eutanásia, hodiernamente é entendida como morte provocada por sentimento de piedade à pessoa que sofre. Ao invés de deixar a morte acontecer a eutanásia age sobre a morte, antecipando-a. Assim, a eutanásia só ocorrerá quando a morte for provocada em pessoa com forte sofrimento, doença incurável ou em estado terminal e movida pela compaixão ou piedade. Portanto, se a doença for curável não será eutanásia, mas sim o homicídio tipificado no art. 121 do Código Penal, pois a busca pela morte sem a motivação humanística não pode ser considerada eutanásia.



Não há, em nosso ordenamento jurídico previsão legal para a eutanásia, contudo se a pessoa estiver com forte sofrimento, doença incurável ou em estado terminal dependendo da conduta, podemos classificá-la como homicídio privilegiado, no qual se aplica a diminuição de pena do parágrafo 1º do artigo 121 do CP; como auxílio ao suicídio, desde que o paciente solicite ajuda para morrer, disposto no art. 122 do mesmo diploma legal ou ainda a conduta poderá ser atípica.

Art. 121 (...)

§ 1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

Art. 122 - Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça: Note-se que, ausentes os requisitos da eutanásia, a conduta poderá ser classificado como homicídio simples ou qualificado. E no que tange ao auxílio ao suicídio a solicitação ou o consentimento do ofendido não afastam a ilicitude da conduta.

DISTANÁSIA

Distanásia é o prolongamento artificial do processo de morte e por consequência prorroga também o sofrimento da pessoa. Muitas vezes o desejo de recuperação do doente a todo custo, ao invés de ajudar ou permitir uma morte natural, acaba prolongando sua agonia.



Conforme Maria Helena Diniz, "trata-se do prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo de morte" (DINIZ, Maria Helena. O estado atual do biodireito. São Paulo: Saraiva, 2001).

ORTOTANÁSIA

Ortotanásia significa morte correta, ou seja, a morte pelo seu processo natural. Neste caso o doente já está em processo natural da morte e recebe uma contribuição do médico para que este estado siga seu curso natural. Assim, ao invés de se prolongar artificialmente o processo de morte (distanásia), deixa-se que este se desenvolva naturalmente (ortotanásia). Somente o médico pode realizar a ortotanásia, e ainda não está obrigado a prolongar a vida do paciente contra a vontade deste e muito menos aprazar sua dor.

A ortotanásia é conduta atípica frente ao Código Penal, pois não é causa de morte da pessoa, uma vez que o processo de morte já está instalado. Desta forma, diante de dores intensas sofridas pelo paciente terminal, consideradas por estes como intoleráveis e inúteis, o médico deve agir para amenizá-las, mesmo que a consequência venha a ser, indiretamente, a morte do paciente. (VIEIRA, Tereza Rodrigues. Bioética e direito. São Paulo: Jurídica Brasileira, 1999, p. 90.)

EUTANÁSIA	ORTOTANÁSIA	DISTANÁSIA
Antecipar a morte	Morrer naturalmente	Prolongar a morte
Quando se tem uma doença que não tem cura	Não fazer procedimentos invasivos para prolongar os dias de vida	Morte lenta, com sofrimento e dor
- dias de vida - sofrimento	Morrer na hora certa	+ dias de vida + sofrimento

EXERCITANDO



- Se o psicólogo, ao assistir um paciente internado, reconhecer características de personalidade tipo A, ou pelo menos hostilidade considerada alta, ele deve incluir avaliação e intervenção sobre essas condições, pois elas aumentam o risco de morte entre doentes crônicos.
 - Errado
 - Certo
- Diante do contexto da atuação do psicólogo hospitalar, assinale a alternativa INCORRETA.
 - A atuação do psicólogo é determinada e limitada pela instituição hospitalar.
 - A atuação do psicólogo deve atender às solicitações do paciente e seus familiares.
 - A atuação do psicólogo deve ser de minimização do sofrimento causado pela hospitalização.
 - A atuação do psicólogo deve buscar o significado da doença para o paciente e sua família.
- Os pacientes na terceira idade, assim como os em estágio terminal, podem suscitar nos membros da equipe de saúde que os assiste sentimentos de angústia relacionados à morte.
 - Errado
 - Certo
- Os grupos informais surgem da interação entre os membros da organização. A

participação é voluntária e baseia-se com mais ênfase na

- a) organização do trabalho.
- b) projeção.
- c) atração pessoal.
- d) relativa identificação pessoal.
- e) reação positiva dos participantes para eventos considerados conflitantes.

5. A inserção do psicólogo hospitalar na equipe de profissionais de saúde pode ser crucial para o êxito da abordagem e do tratamento do paciente.

- a) Errado
- b) Certo

6. Cabe também ao psicólogo atender a equipe multidisciplinar de saúde que atende ao paciente. Sobre esse fato, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) Deve evitar ser o interlocutor entre a equipe de saúde e os familiares.
- b) Deve dar orientações para a equipe de saúde sobre o estado emocional do paciente e como lidar com isso.
- c) Deve estar atento para as questões éticas do atendimento pela equipe de saúde.
- d) Deve ajudar a manter a unidade na equipe de saúde que atende ao paciente.

7. Um dos objetivos fundamentais do trabalho do psicólogo hospitalar consiste na minimização do sofrimento do paciente que decorra da hospitalização.

- a) Errado
- b) Certo

8. A inclusão do psicólogo nas equipes de saúde deve estar de acordo com o nível de atenção. Dentre os locais de atenção terciária, encontram-se

- a) as unidades prisionais.
- b) os hospitais.
- c) os CAPS.
- d) o NASF.

9. O líder de uma área construiu uma equipe de projetos com seis pessoas para analisar várias oportunidades de inovação cruciais para o negócio. Seu prazo para a entrega dos projetos é muito apertado, assim, ele escolheu, dentre as várias unidades da empresa, os tecnicamente mais competentes. No entanto, ele descobriu que um deles está passando

por um processo disciplinar por problemas comportamentais, após várias conversas de orientação. O líder deve então decidir

- a) substituir o colaborador por outro, ainda que com conhecimento técnico inferior.
- b) substituir o colaborador por alguém de outra área, sem conhecimento específico.
- c) manter o colaborador, solicitando que mantenha o autocontrole.
- d) manter o colaborador porque tecnicamente é um dos melhores.
- e) manter o colaborador, na expectativa de controlá-lo pessoalmente.

10. Sobre a composição de grupos e equipes de trabalho no contexto organizacional compreende-se que

- a) para compor uma equipe deve-se propor um objetivo a cada participante, estes devem possuir habilidades distintas, mas também capacidade para identificarem-se entre si.
- b) as equipes de trabalho constituem unidades de desempenho que podem tanto beneficiar quanto prejudicar o desempenho organizacional.
- c) um grupo de trabalho possui um objetivo comum e agrega trabalhadores que trocam informações, experiências e expectativas e tomam decisões em interação constante.
- d) sincronia e coesão são duas propriedades imprescindíveis a um grupo de trabalho. A primeira se refere aos ajustes de tempo, a segunda ao trabalho em conjunto.
- e) a opção por equipes de trabalho, pelos gestores organizacionais, prescinde de planejamento, já que elas estarão sempre alinhadas às necessidades da organização.

11. A paciente S. C. F., de 82 anos de idade, após a morte do marido, há dois anos, passou a viver com a filha D. F. I., de 56 anos de idade, o genro (esposo da filha) G. H. I., de 58 anos de idade, a neta J. K. I., de 30 anos de idade, e o bisneto M. N. I. (5 anos de idade) e a bisneta P. R. I. (4 anos de idade). A família buscou atendimento para S. C. F, que vem apresentando crescente irritação, inapetência e hipersonia.

Com base nesse caso hipotético e nos conhecimentos correlatos, assinale a alternativa correta.

- a) O grau de dependência de uma pessoa idosa é definido pela diminuição da capacidade funcional e pela fragilização. A capacidade funcional está ligada a fatores pessoais psicológicos, independentemente dos fatores externos, ambientais ou arquitetônicos em que vive a pessoa idosa.
- b) É parte importante do papel do psicólogo orientar as famílias que a manutenção de rotinas para a pessoa idosa é uma das bases para estados de irritabilidade, uma vez que as coisas são feitas sempre no mesmo lugar e na mesma hora do dia, como manter uma

hora específica para o banho.

- c) Em termos práticos, é importante que o psicólogo oriente as famílias e os cuidadores para que assumam tanto as atividades básicas da vida diária quanto as atividades instrumentais da vida diária, para que a pessoa possa administrar melhor o próprio tempo.
- d) No desenvolvimento da pessoa, é natural que o envelhecimento traga, como aspecto psicossocial, processos depressivos, sinalizados por dores, desânimo, fadiga, alteração do apetite e do sono e lentificação.
- e) Em termos psicossociais, a pessoa idosa está sujeita a mudanças bruscas de comportamento, tais como agitação, agressividade, perambulação e irritação, que têm como causas comuns: introdução ou suspensão de medicação, doenças infecciosas, problemas do coração, acidente vascular encefálico, obstipação intestinal, desidratação, batidas na cabeça ou quedas, perdas de familiares, brigas na família ou mudanças de ambiente.

12. A aceitação do problema é a última das cinco fases descritas por Kubler-Ross (1969) para o luto.

Sobre essa fase, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) As reações são muito individuais.
- b) Os sentimentos continuam à flor da pele e a raiva é constante.
- c) É o final de um sucessivo processo de adaptação.
- d) O rumo do processo já foi entendido e aceito.

13. Kubler-Ross (1969) descreveu as cinco fases do luto. Quatro delas podem ser assim descritas e conceituadas. Sobre elas, é CORRETO afirmar que

- a) A negação é a última fase do diagnóstico. Nela ocorre a recusa consciente/inconsciente em aceitá-lo. É um mecanismo de defesa.
- b) A raiva manifesta-se de diferentes maneiras como, inveja, revolta. Pergunta-se: por que eu? Inconformismo.
- c) A barganha propõe acordos e faz promessas para se recuperar, ante a falha do sentimento de raiva, e, em geral, dá bons resultados.
- d) A depressão varia muito. Ocorre logo depois da negação. Precede a fase da barganha. Há alto risco de suicídio.

14. Julgue se é (V) verdadeiro ou (F) falso, o que a equipe multiprofissional considera sobre atribuição da Psicologia Clínica e Hospitalar. Assinale a alternativa que apresenta a

sequência correta.

() Sabe-se que a Psicologia vem participando mais ativamente na definição de condutas e tratamentos nas equipes multiprofissionais.

() De que muitas das suas observações clínicas não são prontamente aceitas pelas equipes.

() Que o psicólogo atua como mediador do vínculo entre paciente e demais profissionais que executam os procedimentos técnicos.

() Comum que o psicólogo na equipe multiprofissional é solicitado a avaliar aspectos orgânicos do paciente, examinam os sintomas no corpo.

a) V – V – V – F.

b) V – F – F – V.

c) F – V – V – V.

d) F – V – V – F.

15. Assinale a alternativa que descreve as estratégias de intervenção do psicólogo junto aos pacientes em estado terminal.

a) Conscientizar sobre deveres e responsabilidades em relação a ser cuidado com mais conhecimento sobre sua doença, tanto no aspecto fisiológico como nas implicações emocionais, mesmo sem consciência do que é real ou fantasioso.

b) Conscientizar sobre deveres e responsabilidades em relação ao cuidado consigo mesmo, tornando-o mais seguro e amparado. O paciente se sente mais compreendido, com mais conhecimento sobre sua doença, tanto no aspecto fisiológico como nas implicações emocionais de seu estado terminal.

c) No caso de pacientes em fase terminal, o psicólogo não poderá atuar sob a abordagem dos cuidados paliativos, aprimorando a qualidade de vida, dos pacientes e familiares que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida.

d) A preocupação maior deste profissional é facilitar a comunicação do paciente com a equipe médica, fazendo-o sentir-se acompanhado durante este período existencial tão solitário, e, muitas vezes destemido.

e) Facilitar a compreensão de seus próprios sentimentos frente ao morrer, assim como aproximá-lo de relações com as quais ele não deseje se acerrar, são tarefas totalmente favoráveis para a qualidade de morte de um paciente terminal.

16. (NUCEPE 2017) O Código de Ética Profissional reúne normas e princípios, direitos e deveres, pertinentes a consulta ética do profissional que deverá ser assumido por todos. Segundo o código de ética de enfermagem, capítulo II (Do sigilo profissional), marque a

alternativa que se refere a um direito do profissional de enfermagem:

- a) Franquear o acesso a informações e documentos para pessoas que não estão diretamente envolvidas na prestação da assistência, exceto nos casos previstos na legislação vigente ou por ordem judicial.
- b) Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto casos previstos em lei, ordem judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal.
- c) Abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional a pessoas ou entidades que não estejam obrigadas ao sigilo.
- d) Orientar, na condição de enfermeiro, a equipe sob sua responsabilidade, sobre o dever do sigilo profissional.
- e) Divulgar ou fazer referência a casos, situações ou fatos de forma que os envolvidos possam ser identificados.

17. (EBSERH 2014) Considerando o previsto no código de ética, respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, inclusive nas situações de morte e pós-morte, é uma (um):

- a) Alternativa dos profissionais de enfermagem.
- b) Direito dos profissionais de enfermagem.
- c) Proibição aos profissionais de enfermagem.
- d) Dever e uma responsabilidade dos profissionais de enfermagem.
- e) Opção aos profissionais de enfermagem.

18. (EBSERH 2014) O enfermeiro, que delega ao auxiliar de enfermagem a execução de uma atividade privativa sua, pratica a ocorrência ética de:

- a) Omissão.
- b) Imperícia.
- c) Latrogenia.
- d) Negligência.
- e) Imprudência.

19. (UFRJ 2012) O aprimoramento do comportamento ético do profissional de enfermagem passa pelo processo de construção de uma consciência individual configurada pela responsabilidade no plano das relações de trabalho. O Código de Ética respalda legalmente a seguinte conduta do profissional de enfermagem:

- a) Aprimoramento de seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão

sustentação a sua prática profissional.

- b) Promoção de injúria, calúnia e difamação de membro da equipe de enfermagem, médicos e fisioterapeutas.
- c) Omissão de fatos que infrinjam dispositivos legais e que possam prejudicar o exercício profissional.
- d) Negação da assistência de enfermagem em qualquer situação que se caracterize como urgência ou emergência.
- e) Delegação de suas atividades privativas a outro membro da equipe de enfermagem ou de saúde que não seja enfermeiro.

20. (UEM 2017) De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem vigente, são penalidades a serem impostas pelos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem:

- I) Advertência verbal.
 - II) Multa.
 - III) Censura.
 - IV) Suspensão do exercício profissional.
 - V) Cassação do direito ao exercício profissional.
- a) Apenas I está correta.
 - b) Apenas I, II, III e IV estão corretas.
 - c) Apenas I, IV e V estão corretas.
 - d) Apenas I, III e IV estão corretas.
 - e) Todas estão corretas.

21. (Banca: FUNRIO | Órgão: SESAU-RO 2017) De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, na seção I, que trata “Das relações com a pessoa, família e coletividade”, constam as seguintes proibições, EXCETO:

- a) participar em prática destinada a antecipar a morte do cliente.
- b) executar prescrições de qualquer natureza, que comprometam a segurança da pessoa.
- c) administrar medicamentos sem conhecer a ação da droga.
- d) prescrever medicamentos e praticar ato cirúrgico, sob qualquer hipótese.
- e) executar ou participar da assistência à saúde sem o consentimento da pessoa ou de seu representante legal, exceto em iminente risco de morte.

22. (Banca: IBADE | Órgão: SEJUDH – MT 2017) Sobre as responsabilidades e deveres

dos profissionais de enfermagem em relação ao sigilo profissional é correto afirmar que:

- a) o segredo profissional referente ao menor de idade deverá ser mantido em qualquer circunstância, mesmo quando a revelação for solicitada pelos pais ou responsável.
- b) o profissional de enfermagem, intimado como testemunha, não poderá declarar impedimento de revelar o segredo.
- c) o sigilo se torna facultativo quando o fato for de conhecimento público e em caso de falecimento da pessoa envolvida.
- d) em atividade multiprofissional, o fato sigiloso poderá ser revelado quando necessário à prestação da assistência.
- e) o segredo sobre fato sigiloso deve ser mantido mesmo diante de ordem judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida.

23. (Banca: AOCP Órgão: EBSEH 2017) Um profissional de saúde que realiza e participa de atividades de ensino e pesquisa, respeitando as normas ético-legais, está, segundo o Código de Ética, exercendo

- a) um direito.
- b) uma responsabilidade.
- c) uma obrigação.
- d) um dever.
- e) uma proibição.

24. (IFCE 2017) Com base no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que reúne princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais, responda à questão. Do ponto de vista das relações profissionais, são considerados direitos, exceto

- a) exercer a enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos.
- b) exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.
- c) aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação à sua prática profissional.
- d) apoiar as iniciativas que visem ao aprimoramento profissional e à defesa dos direitos e interesses da categoria e da sociedade.
- e) obter desagravo público por ofensa que atinja a profissão, por meio do Conselho Regional de Enfermagem.

25. (IFCE 2017) Com base no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que reúne princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais, responda à questão.

Em relação às Infrações e Penalidades, analise as afirmativas

I. Considera-se infração disciplinar a inobservância das normas dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem.

II. A gravidade da infração é caracterizada por meio da análise dos fatos do dano e de suas consequências.

III. As penalidades, referentes à advertência verbal, multa, censura, suspensão do exercício profissional e cassação, são todas da alçada do Conselho Regional de Enfermagem.

Está(ão) correto(s):

a) somente I e II.

b) I, II e III.

c) somente II e III.

d) somente I e III. e) somente II.

26. (Banca: IESES 2017\ Prefeitura de São José do Cerrito/ SC)

Após a leitura do enunciado apresentado a seguir, identifique a afirmação correta:

Com base no Código de ética dos profissionais de enfermagem, são deveres e direitos do Técnico de Enfermagem:

I. Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência legal.

II. Assinar as ações de enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro profissional.

III. Assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

IV. Executar atividades exclusivas do enfermeiro, na ausência do mesmo.

V. Atualizar seus conhecimentos técnico-científicos e culturais.

A sequência correta é:

a) Apenas as assertivas I, II e IV estão corretas.

b) Apenas as assertivas II, III e V estão corretas.

c) Apenas as assertivas I e III estão corretas.

d) Apenas as assertivas I, III e V estão corretas.

27. (Banca: IBFC/Órgão: EBSEH 2017) O técnico de enfermagem solicitou a medicação prescrita pelo médico ao Setor de Farmácia. Na pressa, o técnico de enfermagem não

checou a medicação recebida, preparou e administrou no paciente. A seguir o paciente apresentou uma parada cardiorrespiratória (PCR) e foi atendido pelo médico e encaminhado à unidade de terapia intensiva do hospital. O médico constatou que a PCR foi resultante da medicação errada administrada.

Considerando os aspectos éticos, nesse caso ocorreu:

- a) Uma imprudência
- b) Uma negligência
- c) Uma imperícia
- d) Um indulto
- e) Uma atitude incorreta, mas considerada acidental. Portanto, não houve infração ética

28. (Banca: MS CONCURSOS/ Prefeitura de Piraúba – MG 2017)

Durante uma palestra para acadêmicos de enfermagem, o enfermeiro Roberto fez uso de dados de um caso que ele atendeu na U.T.I. em que trabalha. Um dos acadêmicos que estava assistindo à palestra não só identificou o fato como reconheceu, nas fotos usadas por Roberto, o seu pai que falecera naquela época. Ao final da palestra, o acadêmico dirigiu-se até Roberto para questionar o uso das fotos e, semanas depois, entrou com uma representação por infração ao código de ética por parte de Roberto. De acordo com o código de ética da enfermagem, qual foi a infração cometida nesse caso?

- a) Delegar suas atividades privativas a outro membro da equipe de enfermagem ou de saúde, que não seja enfermeiro.
- b) Abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional a pessoas ou entidades que não estejam obrigadas ao sigilo.
- c) Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, sem exceções.
- d) Divulgar ou fazer referência a casos, situações ou fatos, de forma que os envolvidos possam ser identificados.

29. (Banca: Fundação Carlos Chagas (FCC)/Tribunal Regional do Trabalho / 11ª Região (TRT 11ª) 2017) Em uma instituição prestadora de serviço de saúde o profissional de enfermagem é escalado para participar em um ato abortivo previsto em Lei. De acordo com a sua consciência, o profissional se recusa em participar do procedimento, estando sua decisão respaldada

- a) na Cartilha dos Direitos do Paciente.
- b) no Direito Penal dos Profissionais de Nível Técnico.

- c) no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
- d) no Programa Nacional de Cirurgia Segura.
- e) na Norma Regulatória da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

30. (UPE 2014) O que é ética? O que é moral? No encaminhamento dessas questões, precisamos voltar ao sentido originário da ética e da moralidade. Todas as morais, por mais diversas, nascem de um transfundo comum, que é a ética. Ética somente existe no singular, pois pertence à natureza humana, presente em cada pessoa, enquanto a moral está sempre no plural, porque são as distintas formas de expressão cultural da ética. (BOFF, Leonardo, Ethos Mundial, 2003, p. 27-28. Adaptado.)

Acerca desse assunto, analise os itens seguintes:

I – A ética se constitui como ciência da moral. A ética é teoria, parte do fato da existência da história da moral.

II – A esfera da ética é o campo de investigação da moral, área da filosofia que fundamenta as questões dos valores.

III – A moral é a área da filosofia que procura investigar todos os problemas apresentados pelo agir humano, relacionados com os valores éticos.

IV – Um dos grandes problemas da ética diz respeito à polêmica entre o relativismo moral e ética objetiva. Ou seja, os que defendem que os valores éticos são objetivos e universais e os que enfatizam que toda moral é relativa à determinada cultura.

V – A filosofia moral, mesmo sendo uma só em princípio, constituída de preceitos concretos, que orientam o comportamento humano e lhe dão forma, há de mudar conforme vai mudando o material histórico.

Estão CORRETOS:

- a) I, II e V
- b) II, III e V
- c) I, IV e V
- d) II, III e IV
- e) I, III e V

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Paulo: Evercamp. AGUINO, Julio Groppa. **Diferença e Preconceito**. Único. vol. São Paulo: Summus.

WEIL, Piere. **A Ética nos Grupos: Contribuição do Psicodrama**. Ed. Agora, vol. único, São Paulo.

MASIP,Vicente. **Ética, Caráter e Personalidade: Consciência Individual e Compromisso Social.** Ed. Pedagogia e Universitária , São Paulo.

ANTUNES,Celso. **A Linguagem do Afeto, Como Ensinar Virtudes e Transmitir Valores.** Ed. Papirus , São Paulo.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN n564/2017.** Brasília.

FELCHER, Liana. **Atitudes Interpessoais em Enfermagem.** São Paulo: EPU.

ESPADA, José Pedro. **Técnicas de Grupo.** Único. vol. Rio de Janeiro: Vozes.

SÁ, Antônio Lopes de. **Ética Profissional.** Único. vol. São Paulo: Atlas.

COMPARATO, FÁBIO Konder. **Ética.** Único. vol. São Paulo: Companhia das Letras.

CHALITA, Gabriel. **Os Dez Mandamentos da Ética.** Único. vol. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

SANTOS, Clóvis Roberto dos. **Ética Moral e Competência.** Único. vol. São Paulo: Evercamp.

SEGRE,Marco. **A Questão Ética e a Saúde Humana** Ed. Atheneu , São Paulo.