

Nívea Cristina Moreira Santos

# Legislação Profissional em Saúde

## Conceitos e Aspectos Éticos





## Sobre a autora

---

Nívea Cristina Moreira Santos é formada em Enfermagem pela Universidade de Taubaté (1991), pós-graduada em Auditoria de Serviços de Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul (Unicsul), pós-graduada pela Universidade Federal de São Paulo/Universidade Aberta do Brasil (Unifesp-UAB) nos cursos de Gestão de Enfermagem e Gestão em Saúde.

Desenvolveu trabalhos nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Pronto-Socorro e Hospital Dia, sendo responsável pela supervisão geral com a implantação de normas e rotinas de serviços de enfermagem, pela padronização e Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e pela montagem do Centro Cirúrgico Cardiológico. Também atuou na área de atendimento domiciliar, sendo responsável pela coordenação do serviço de enfermagem, pela ampliação da área de atendimento e pela implantação de normas e rotinas ao serviço como um todo. Tem experiência em Pronto-Socorro Adulto e Infantil, atuando em pré-atendimento e atendimento de emergência, com supervisão geral da equipe de enfermagem em atendimento emergencial, seguindo normas e condutas de ATLS e SAE. Possui experiência em hospital maternidade com implantação de projeto para hospital amigo da criança.

É livre-docente da disciplina Primeiros Socorros e Centro Cirúrgico em cursos profissionalizantes para enfermagem e supervisiona aulas práticas nessa área.

Atualmente trabalha com auditoria de enfermagem em contas médicas em plano de saúde, com foco para órteses, próteses e materiais especiais (OPME) e auditoria de pós-cirúrgico. Realiza serviços de consultoria e é sócia proprietária de empresa em consultoria de saúde.

Nívea é autora dos livros *Assistência de Enfermagem Materno-Infantil*, *Clínica Médica para Enfermagem*, *Centro Cirúrgico e os Cuidados de Enfermagem*, *Enfermagem na Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar*, *Urgência e Emergência para Enfermagem e Home Care – A Enfermagem no Desafio do Atendimento Domiciliar*, além de coautora da obra *Manuseio e Administração de Medicamentos*, todos publicados pela Editora Iátria.



# Sumário

---

Capítulo 1 – Introdução à Ética Profissional .....	11
1.1 Aspectos conceituais.....	11
1.2 Ética .....	12
1.3 Bioética.....	12
1.4 Moral .....	14
1.5 Deontologia .....	15
Agora é com você!.....	16
Capítulo 2 – Entidades de Classe na Enfermagem.....	17
2.1 Aspectos conceituais.....	17
2.2 Entidades de classes da enfermagem.....	18
2.2.1 Associação Brasileira de Enfermagem .....	18
2.2.2 Sistema Cofen/Coren.....	19
2.2.3 Principais artigos da lei nº 5.905/1973.....	19
2.3 Competências das entidades de classe dos profissionais de enfermagem .....	21
2.3.1 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) .....	21
2.3.2 Conselho Regional de Enfermagem (COREN) – órgão de execução, decisão e normatização suplementar .....	22
2.4 Sistema de disciplina e fiscalização.....	22
2.5 Competências do profissional de enfermagem .....	23
2.5.1 Auxiliar de enfermagem.....	24
2.5.2. Técnico de enfermagem .....	24
2.5.3 Enfermeiro .....	25
2.6 Legislação para enfermagem .....	27
2.6.1 Principais leis que regulamentam o exercício profissional.....	27
2.6.2 Principais decretos .....	27
2.6.3 Principais resoluções .....	27
Agora é com você!.....	28
Capítulo 3 – O Comportamento Humano e os Direitos do Paciente .....	29
3.1 Aspectos fundamentais .....	29
3.2 Fundamentos do comportamento do profissional de enfermagem .....	30
3.3 Ética x assistência de enfermagem.....	31
3.3.1 Controle da dor .....	31
3.3.2 Cuidados paliativos.....	31

3.4 Direitos do paciente.....	32
3.5 Relação profissional x paciente em situações diversas.....	38
3.5.1 Clonagem .....	38
3.5.2 Células-tronco .....	39
3.5.3 Transfusão sanguínea .....	40
3.5.4 Inseminação artificial .....	41
Agora é com você!.....	42
<b>Capítulo 4 – O SUS e o Atendimento de Enfermagem .....</b>	<b>43</b>
4.1 Aspectos fundamentais .....	43
4.2 Evolução e legislação do SUS .....	44
4.3 O papel dos gestores .....	46
4.3.1 O enfermeiro no papel de gestor.....	46
4.3.2 O técnico de enfermagem e o atendimento no SUS.....	47
4.4 Definição de atribuições pela Lei Orgânica de Saúde .....	48
4.5 Responsabilidades e atribuições das esferas governamentais .....	49
4.5.1 Competências da União .....	49
4.5.2 Competências do Estado.....	49
4.5.3 Competências do município.....	50
Agora é com você!.....	50
<b>Capítulo 5 – Erro Humano e o Exercício Ético Profissional de Enfermagem .....</b>	<b>51</b>
5.1 Aspectos conceituais .....	51
5.1.1 Entendendo o processo de erro.....	51
5.1.2 Prevenção dos erros.....	54
5.2 A enfermagem .....	55
5.3 Código de Ética da Enfermagem .....	56
Agora é com você!.....	58
<b>Capítulo 6 – Aspectos Éticos e Legais nas Diferentes Especialidades .....</b>	<b>59</b>
6.1 Unidade de Terapia Intensiva.....	59
6.1.1 Aspectos conceituais .....	59
6.1.2 Legislação e situações específicas.....	60
6.2 Atendimento de emergência.....	61
6.2.1 Ética em emergência .....	61
6.2.2 Legislação .....	61
6.3 Feridas .....	62
6.3.1 Legislação .....	62

6.3.2 Autonomia do enfermeiro na prevenção e no tratamento de feridas .....	63
6.4 Oncologia.....	64
6.4.1 Fundamentos éticos e bioéticos.....	64
6.4.2 Postura do profissional de enfermagem perante o paciente portador de câncer.....	64
6.4.3 Legislação .....	65
6.4.4 Direitos do cliente portador de câncer .....	65
Agora é com você!.....	66
<b>Capítulo 7 – O Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Humanização .....</b>	<b>67</b>
7.1 Aspectos conceituais.....	67
7.1.1 Conceitos básicos .....	68
7.2 Humanização na saúde .....	68
7.3 Bases da Política Nacional de Humanização e Gestão à Saúde .....	69
7.3.1 Gestão participativa e cogestão .....	69
7.4 Princípios norteadores da PNH.....	71
7.5 Estratégias da PNH.....	72
Agora é com você!.....	72
<b>Bibliografia .....</b>	<b>73</b>
<b>Apêndice A – Principais Leis da Enfermagem .....</b>	<b>75</b>
<b>Apêndice B – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem .....</b>	<b>89</b>





## Apresentação

---

Este livro aborda os princípios da ética profissional e a legislação que envolve o serviço de assistência da enfermagem. Nosso objetivo principal é fazer com que o aluno obtenha conhecimento a respeito das leis pertinentes à sua profissão, bem como do Código de Ética que se deve seguir no decorrer de sua carreira e, assim, aproveite melhor os recursos e os respaldos da lei, beneficiando a qualidade de atendimento ao seu paciente. Trata ainda da gestão SUS na competência das esferas federal, estadual e municipal. Também procuramos envolver situações de rotina na vida do profissional relacionadas à legislação pertinente ao assunto abordado.

Iniciamos nossos estudos no Capítulo 1 com os aspectos conceituais de ética, bioética, moral e deontologia, além dos princípios básicos e das principais interferências na área da saúde e na equipe de enfermagem.

No Capítulo 2 estudamos as entidades de classe que envolvem o serviço de enfermagem, seus conceitos, diretrizes, princípios e características, além de suas competências e a legislação pertinente.

No Capítulo 3 vamos debater o comportamento do profissional de enfermagem frente aos problemas enfrentados pelos pacientes. Analisaremos também os direitos do paciente, a relação profissional-paciente em situações diversas e as possíveis interferências dessas situações na conduta da enfermagem.

O Capítulo 4 tratará do Sistema Único de Saúde (SUS) e do atendimento de enfermagem, das atribuições pertinentes a Lei Orgânica e das responsabilidades e funções das esferas municipais e estaduais do SUS.

Já no Capítulo 5, abordaremos a questão do erro humano, seus conceitos, a condição de erro na enfermagem e o Código de Ética do Profissional de Enfermagem.

O Capítulo 6 traz conhecimentos sobre os processos éticos e aspectos legais dentro das diferentes especialidades e procedimentos que envolvem a assistência de enfermagem. Abordamos também a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o atendimento de emergência e, posteriormente, feridas e oncologia. Dentre as áreas que envolvem o atendimento e a assistência, destacamos estas áreas como as mais complexas, tanto do ponto de vista ético quanto da legislação.

No último capítulo, falaremos sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), seus critérios, bases legais, princípios, diretrizes e estratégias norteadoras, assim como também analisaremos o envolvimento da equipe de enfermagem nessa estratégia.

Todos os capítulos contam com questões para serem debatidas em sala de aula com o professor e os anexos incluem as principais leis relativas à área de enfermagem.

Todas essas abordagens trazem reflexões para que o aluno destaque-se em sua vida profissional. Vivemos hoje em um mundo bastante competitivo, em que os valores precisam ser resgatados e valores pessoais têm total importância e fundamento nesse “resgate”, pois são eles que podem determinar o desempenho de cada indivíduo na vida também profissional.

Os valores profissionais envolvem inovação, criação, persistência, determinação e, acima de tudo, conhecimento – conhecimento depende de iniciativa e oportunidade. O objetivo deste livro é ampliar conhecimento e ter em mente a ética como uma característica fundamental no seu cotidiano.

Espero que esta obra contribua para o desenvolvimento profissional de cada aluno.

A autora

# 1

## Introdução à Ética Profissional

### Para começar

Daremos início aos nossos estudos sobre ética profissional a partir de uma breve introdução sobre os conceitos básicos da profissão. Na sequência, estudaremos sobre bioética, moral e deontologia, seus princípios básicos e as principais interferências na área da saúde e na equipe de enfermagem.

O objetivo deste capítulo é fazer com que o aluno tenha conhecimento acerca das diretrizes que norteiam sua profissão e saiba diferenciar ética, bioética, moral e deontologia em seu cotidiano.

Vamos aos estudos!

### 1.1 Aspectos conceituais

Para entendermos os aspectos éticos e legais que envolvem as diferentes classes profissionais da área da saúde, primeiramente precisamos entender os conceitos básicos sobre ética, legislação, bioética e outras características que permeiam o assunto, com vistas a aproximar seus fundamentos à prática diária do enfermeiro e de toda a equipe de saúde.

Sabemos que as novas tecnologias possibilitam ao ser humano maior expectativa de vida, além da esperada naturalmente, e muitas vezes o leva a questionar as razões e as questões éticas que envolvem diversos tipos de tratamento.

A enfermagem é uma das profissões comprometidas com o “cuidar” do ser humano e suas ações são norteadas pelos conhecimentos técnicos e científicos. O cliente deve sempre ser tratado com fundamentação teórica e prática (CRUZ, 2009a).

## 1.2 Ética

Existem alguns conceitos sobre ética, cada autor tem uma definição própria e está diretamente ligada ao comportamento humano. A seguir, destacamos um conceito que abrange outros na mesma linha de raciocínio.

- » **Conceito:** ética é um ramo da filosofia que estuda os juízos de apreciação que se referem à conduta humana, suscetível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal. A palavra ética vem do grego *ethos*, que significa caráter, costume, hábito ou modo de ser. Compreende os comportamentos que caracterizam uma cultura ou um grupo profissional, utilizando valores. Segundo a filosofia, é a ciência do comportamento humano em relação aos valores, aos princípios e às normas morais (RAMPAZZO, s/d).

O objetivo da ética é de estabelecer princípios, regras e valores que devem “regular” a ação humana.

A ética é um instrumento individual e único, porém baseado em princípios feitos pela própria escolha de cada indivíduo, lembrando que todos nós vivemos em sociedade, e esta pode indicar o que é certo, correto e justo (RAMPAZZO, s/d).

- » **Ética clínica:** a ética clínica evidencia quatro princípios e valores que são inerentes à prática de enfermagem. São eles:

**Respeito pelo indivíduo e sua autonomia:** incorpora princípios de liberdade de escolha, autodeterminação e privacidade.

**Beneficência:** afirma a aspiração e a obrigação do profissional em ajudar a promover o bem-estar de outras pessoas.

**Não maleficência:** complementa a beneficência e exige que o profissional não faça mal ao paciente direta ou deliberadamente.

**Justiça:** também conhecida por imparcialidade, está relacionada à distribuição de recursos e serviços.

### Amplie seus conhecimentos

Veja na íntegra a *Declaração dos Direitos do Paciente*, da National League of Nursing, no Anexo 1 ao final do livro, e o contexto sobre segurança do paciente segundo as diretrizes da Joint Commission, disponível no site: <<http://www.jointcommission.org/patientsafety/nacionalpatientsafetygoals>>.

## 1.3 Bioética

De acordo com estudos realizados, é notório que a sobrevivência do ecossistema depende do “saber científico e do saber humanista”. A ética não deve se referir somente ao homem, mas também “estender” seu olhar para a biosfera, entendendo que, para cada intervenção científica sobre a vida, estejam presentes os valores éticos e os fatos biológicos (RAMPAZZO, s/d).

- » **Conceito:** bioética é também uma palavra grega (*bios* – vida e *ethike* – ética), sendo definida como o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, utilizando variedades de metodologias éticas num contexto interdisciplinar. Hoje, a reflexão sobre a bioética tem configurado três diferentes aspectos: bioética geral, bioética especial e bioética clínica.

**Bioética geral:** ocupa-se das funções éticas; é o discurso sobre os valores e sobre os princípios originários.

**Bioética especial:** analisa os grandes problemas enfrentados sob o perfil geral, tanto no campo médico, quanto no campo biológico: saúde pública, fertilidade, engenharia genética, aborto, doação e transplante de órgãos, eutanásia, experimentação clínica, meio ambiente, entre outros.

**Bioética clínica:** identificação da análise e resolução de problemas ou dilemas morais que surgem no cuidado individual de pacientes. Dentre as maiores relevâncias estão: preservação de informações, ou seja, privacidade; a caracterização do início da vida; a utilização tecnológica; entre outros.

- » **Características:**

abrangência;

pluralismo;

interdisciplinaridade;

abertura e incorporação de novos conhecimentos.

- » **Princípios:** o valor fundamental da vida e a relação entre as pessoas e a sociedade são pontos de referência para a bioética. Partindo desse pressuposto, alguns princípios e orientações da bioética devem ser considerados (RAMPAZZO, s/d).

**Defesa da vida física:** o corpo é fundamental para o qual a pessoa se realiza, se expressa e se manifesta. Portanto, a importância desses princípios em ordem à manifestação dos vários tipos de supressão da vida humana: homicídio, suicídio, aborto, eutanásia, genocídio e outros, não são passíveis de aceitar, de um ponto de vista ético, a hipótese da supressão direta e deliberada da vida de alguém para favorecer a vida de outros ou as melhores condições político-sociais de outros. No âmbito da promoção da vida humana está inserido o tema da defesa da saúde do homem. O “direito à saúde” aponta para a obrigação ética de defender a promoção da saúde para todos os seres humanos e a proporção de sua necessidade. A esse respeito, pronunciou-se, já em 1948, a Constituição da Organização Mundial da Saúde, em seu artigo 25.

**Liberdade e responsabilidade:** é preciso ter sempre em mente que a vida e a saúde são confiadas prioritariamente à responsabilidade do paciente e que o médico não tem poder sobre ele, ou outros direitos superiores aos que o próprio paciente tem a respeito de si mesmo.

**Princípio de totalidade ou terapêutico:** é um dos princípios básicos da ética médica, fundamentado no fato de que a corporeidade humana é um todo unitário, resultante de partes distintas e unificadas orgânica e hierarquicamente entre si, pela existência única e pessoal.

**Socialidade e subsidiariedade:** o indivíduo é essencialmente aberto à sociedade e a socialidade é uma característica intrínseca da personalidade. A própria situação comprova que a vida e a saúde de cada um dependem também do apoio dos outros.

**Autonomia, benefício e justiça:** a autonomia refere-se ao respeito devido aos direitos fundamentais do homem, inclusive o da autodeterminação. O benefício não comporta somente o abster-se de prejudicar, mas implica, sobretudo, o de fazer ativamente o bem e até de prevenir o mal. E a justiça refere-se à obrigação de igualdade de tratamento e, em relação ao Estado, de justa distribuição das verbas para a saúde, para a pesquisa e outros (OGUISSO, 2010).

» **Temas de estudo da bioética:**

**Eutanásia:** palavra grega *eutanathos* significa “boa morte” ou “morte apropriada” proposta por Francis Bacon, em 1623. É a abreviação da vida para aqueles pacientes que não têm mais viabilidade para ter qualidade de vida (OGUISSO, 2010).

**Distanásia:** é a prática pela qual se prorroga, por meio de meios artificiais e desproporcionais, a vida de um enfermo incurável (OGUISSO, 2010).

**Ortotanásia:** evitam-se métodos extraordinários de suporte de vida, como medicamentos e aparelhos, em pacientes irreversíveis e que já foram submetidos a suporte avançado de vida (OGUISSO, 2010).

**Fique de olho!**

É fundamental que os profissionais da área da saúde incorporem às suas práticas os princípios e os protocolos éticos e legais que norteiam a profissão, certificando-se de que o paciente receba apenas cuidados seguros e apropriados (NETTINA; BRUNNER, 2014).

## 1.4 Moral

Palavra proveniente do latim *mos, moris*, moral significa costume, conjunto de normas adquiridas por hábito ao longo do tempo. Trata da prática real das pessoas por meio da qual elas expressam costumes e hábitos culturalmente estabelecidos, valores que vêm da sociedade e que estão selecionados e determinados como “verdades”.

- » **Conceito:** é um conjunto de normas que regulam o comportamento do homem em sociedade, e essas normas são adquiridas pela educação, pela tradição e pelo cotidiano. Moral é a “ciência dos costumes”, sendo algo anterior à própria sociedade. Preocupa-se com atos ou costumes humanos, deveres do homem individual, grupal e perante um grupo profissional. A moral tem caráter obrigatório, pois todo ser humano possui a consciência moral que o leva a distinguir bem e mal no contexto em que vive (OGUISSO, 2010).

Uma pessoa é moral quando age em conformidade com os costumes e valores consagrados pela coletividade na qual se insere socialmente. Tais valores, eventualmente, podem ser questionados pela ética. Portanto, uma pessoa pode ser moral, seguir os costumes até por conveniência, mas isso não significa que ela seja necessariamente ética, pois obedece a certas convicções (PORTAL EDUCAÇÃO, 2013).

### Fique de olho!

Os dilemas éticos estão presentes em todas as profissões, principalmente na área da saúde, por se tratar de um segmento que lidando com vidas. Esses dilemas são abordados de diferentes maneiras para cada caso, após análise de comitês éticos.

Pesquise mais sobre o assunto na área de seu interesse e veja como essas questões são tratadas e como podem interferir na conduta do profissional.

## 1.5 Deontologia

O termo deontologia vem da palavra grega *deon*, *deontos* (dever) e *logos* (discurso ou tratado).

- » **Conceito:** deontologia é o dever ou o conjunto de deveres, princípios e normas adotadas por determinado grupo profissional. É uma disciplina da ética especialmente adaptada ao exercício de uma profissão (ELMA, 2003).

Existem inúmeros códigos de deontologia, sendo essa a codificação da responsabilidade de associações ou ordens profissionais. Regra geral, os códigos deontológicos têm por base as grandes declarações universais e esforçam-se por traduzir o sentimento ético expresso nestas, adaptando-o, no entanto, às particularidades de cada país e de cada grupo profissional (ELMA, 2003). Estes códigos propõem sanções, segundo princípios e procedimentos explícitos, para os infratores do mesmo.

Alguns códigos não apresentam funções normativas e vinculativas, oferecendo apenas uma função reguladora.

- » **Ênfase nos códigos:** a ética clássica defende a existência de um código único de preceitos e obrigações que, por ser tomado como algo revelado, deveria ser cumprido pelas pessoas, sem discussão. Este código único tradicionalmente se expressa sob a forma de leis, preceitos e mandamentos, o que, por vezes, provoca a coincidência dos procedimentos éticos e jurídicos (ELMA, 2003).

As profissões constituem exemplos característicos de situações sociais que são alvo da deontologia. Historicamente, aparece relacionada à experiência das profissões liberais tradicionais, como a Medicina e o Direito, estendendo-se, mais tarde, a outras, como Enfermagem e Arquitetura. Surgem, então, para marcar as diversas práticas profissionais, códigos de comportamento para advogados, fiscais, juízes, engenheiros, médicos, jornalistas, enfermeiros, investigadores, educadores, entre outros.

Nesse sentido, a deontologia indica o conjunto de deveres inerentes ao exercício de uma profissão, define como alguém deve se comportar na condição de membro de um corpo sócio-profissional determinado, apontando os comportamentos oportunos ou aqueles que devem ser evitados a fim de que a imagem social da profissão seja favorecida. Fica claro, então, que a deontologia não pretende guiar a consciência ética individual dos que conformam uma categoria profissional, residindo sua preocupação na justeza da ação, considerando a profissão, a sociedade e a relação entre ambas. As regras de comportamento são, usualmente, reunidas em códigos conhecidos como “códigos de deontologia” ou “códigos de ética profissional”. Adotados oficialmente pelos distintos corpos profissionais, em alguns países, impõem sanções aos membros das corporações que porventura falharem em sua observância. Por isto, num senso jurídico, a deontologia pode ser considerada uma extensão do direito profissional (ELMA, 2003).



Figura 1.1 – Ética: comprometimento e tranquilidade no cotidiano do profissional.

### Vamos recapitular?

Neste capítulo estudamos sobre ética, bioética, moral e deontologia, seus conceitos básicos e princípios que envolvem cada determinação. Também abordamos os principais pontos que devem ser observados pelo profissional de saúde.

Esperamos que o objetivo tenha sido alcançado, e nos prepararmos para o segundo capítulo, que trata sobre as entidades de classe.



### Agora é com você!

- 1) Diferencie ética de bioética.
- 2) Dê seu conceito pessoal sobre “moral”.
- 3) Elabore uma pesquisa sobre os “direitos do paciente”. Faça em grupo e explique aos colegas de sala os pontos que vocês consideraram mais importantes na pesquisa.
- 4) Elabore uma pesquisa sobre os “dilemas éticos” e apresente seu trabalho de forma escrita ao professor.
- 5) Pesquise sobre o código de ética de sua profissão e aponte um ponto que mais chamou sua atenção. Com auxílio do professor, promova um debate em sala de aula para discutir a questão.
- 6) Diferencie eutanásia de distanásia.



# 2

## Entidades de Classe na Enfermagem

### Para começar

Neste capítulo estudaremos sobre as entidades de classe da enfermagem, seus conceitos, diretrizes, princípios e características. Analisaremos também as entidades de classe de alguns profissionais da área da saúde, no intuito de conhecer as diferenças e as semelhanças entre os códigos dessas entidades. Também abordaremos sobre as legislações referentes à enfermagem e as competências profissionais que envolvem todo o serviço.

Nosso objetivo é que o aluno tenha conhecimento das diretrizes e legislações que norteiam sua profissão e, com isso, torne-se um profissional consciente de suas atribuições e direitos.

Vamos aos estudos!

### 2.1 Aspectos conceituais

Como já estudamos em deontologia, poderemos entender melhor que as normas deontológicas exercem poder coercitivo, com a garantia, pelo poder estatal, de sanções às violações.

Os profissionais de saúde, a fim de legalizar o exercício de sua profissão, segundo a legislação brasileira, estão **obrigados** a se inscreverem no conselho de sua categoria. Esse órgão de classe, em conformidade com a legislação e a ética, fiscaliza o exercício profissional, pode punir ou mesmo impedir o exercício da atividade de qualquer um dos profissionais sob sua jurisdição (ELMA, 2003).

O Conselho Federal das profissões configura o órgão máximo, com jurisdição em todo o país. Os Conselhos Regionais têm sua jurisdição restrita a determinada região. Cada profissão conta com seu respectivo conselho de classe nas suas diferentes jurisdições.

O bacharel em qualquer área torna-se um profissional mediante registro no respectivo conselho de classe. Somente após a inscrição nesses órgãos é que ele pode exercer sua profissão. A lei que regulamenta uma profissão e fixa seu campo de atividade e as condições para seu exercício, exigindo, geralmente, a conclusão de cursos alguns em nível universitário.

No caso da Enfermagem e da Medicina, para auxiliar os conselhos na fiscalização do exercício profissional e no cumprimento do código deontológico, há comissões locais de ética, que devem ser constituídas no âmbito das instituições de saúde por exigências de resoluções dos respectivos conselhos. As Comissões de Ética Médica e de Ética em Enfermagem tem como principal função a apuração de fatos em situações que pareçam atentar contra os princípios que regem a deontologia de cada profissão, funcionando como extensão dos próprios conselhos, que as regem e acompanham.

## 2.2 Entidades de classes da enfermagem

São muitas as organizações que representam as diversas modalidades profissionais ligadas à enfermagem. A Enfermagem passa hoje por um período de grandes transformações, em que a valorização da profissão e do profissional acaba sendo, em grande parte, nossa própria responsabilidade, por meio do diferencial do tratamento aplicado, da postura de quem cuida e das atitudes éticas envolvidas neste processo.

A seguir, veja as entidades de classe de competência da enfermagem e, na sequência, as características/funções de cada uma delas:

- » **Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn):** entidade cultural, científica, técnica e profissionalizante.
- » **Sistema COREN/COFEN (Conselho Regional de Enfermagem/Conselho Federal de Enfermagem):** entidade fiscalizadora e disciplinadora.
- » **Sindicatos de classe:** defesa da classe profissional.

### 2.2.1 Associação Brasileira de Enfermagem

A ABEn é uma entidade cultural que congrega enfermeiros e técnicos de enfermagem, e foi fundada em 12 de agosto de 1926, sob a denominação de Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras.

Em 1944, passou a ser chamada de Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (Abed) e, em 1945, foram criadas as Seções Estaduais e Coordenadorias de Comissões, estabelecendo que em qualquer Estado em que houvesse sete enfermeiras diplomadas poderia ser formada uma Seção. Já em 1955, esse número foi elevado a dez. Em 21 de agosto de 1954, passou a se chamar Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), com sede em Brasília, que funciona por meio de Seções formadas nos Estados e no Distrito Federal. Em 1977, passou a congregar também os auxiliares de enfermagem e,

atualmente, os estudantes dos cursos de graduação e de educação profissional de nível técnico que a ela se associam, individual e livremente.

Trata-se de uma entidade civil de direito privado, de caráter científico e assistencial, regida pelas disposições do estatuto, regulamento geral ou regimento especial.

- » **Finalidades da ABEn**
  - a) Congregar os enfermeiros e técnicos em enfermagem, incentivar o espírito de união e solidariedade entre as classes;
  - b) Promover o desenvolvimento técnico, científico e profissional dos integrantes de enfermagem do país;
  - c) Promover integração às demais entidades representativas da enfermagem, na defesa dos interesses da profissão.
- » **Estrutura:** constituída pelos seguintes órgãos, com jurisdição nacional:
  - a) Assembleia de Delegados;
  - b) Conselho Nacional da ABEn (CONABEn);
  - c) Diretoria Central;
  - d) Conselho Fiscal.
- » **Realizações da ABEn**
  - a) Congresso Brasileiro de Enfermagem;
  - b) Revista Brasileira de Enfermagem – publicada bimestralmente.

### 2.2.2 Sistema Cofen/Coren

O sistema foi criada em 12 de julho de 1973, por meio da lei nº 5.905, no qual foram estabelecidos os Conselhos Federal e Regional de Enfermagem.

São órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Em cada Estado existe um Conselho Regional, que está subordinado ao Conselho Federal.

- » **Finalidade:** o objetivo principal é o de zelar pela qualidade dos profissionais de enfermagem e cumprimento da lei do exercício profissional.

### 2.2.3 Principais artigos da lei nº 5.905/1973

**Art. 8º – Compete ao Conselho Federal:**

- I - Aprovar seu regimento interno e os dos Conselhos Regionais;
- II - Instalar os Conselhos Regionais;
- III - Elaborar o Código de Deontologia de Enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvidos os Conselhos Regionais;

- IV - Baixar provimentos e expedir instruções, para uniformidade de procedimento e bom funcionamento dos Conselhos Regionais;
- V - Dirimir as dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais;
- VI - Apreciar, em grau de recursos, as decisões dos Conselhos Regionais;
- VII - Instituir o modelo das carteiras profissionais de identidade e as insígnias da profissão;
- VIII - Homologar, suprir ou anular atos dos Conselhos Regionais;
- IX - Aprovar anualmente as contas e a proposta orçamentária da autarquia, remetendo-as aos órgãos competentes;
- X - Promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional;
- XI - Publicar relatórios anuais de seus trabalhos;
- XII - Convocar e realizar as eleições para sua diretoria;
- XIII - Exercer as demais atribuições que lhe forem conferidas por lei.

**Art. 9º** – O mandato dos membros do Conselho Federal será honorífico e terá a duração de três anos, admitida uma reeleição.

**Art. 10º** – A receita do Conselho Federal de Enfermagem será constituída de:

- I - Um quarto da taxa de expedição das carteiras profissionais;
- II - Um quarto das multas aplicadas pelos Conselhos Regionais;
- III - Um quarto das anuidades recebidas pelos Conselhos Regionais;
- IV - Doações e legados;
- V - Subvenções oficiais;
- VI - Rendas eventuais.

**Art. 15º** – Compete aos Conselhos Regionais:

- I - Deliberar sobre inscrição no Conselho e seu cancelamento;
- II - Disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal;
- III - Fazer executar as instruções e provimentos do Conselho Federal;
- IV - Manter o registro dos profissionais com exercício na respectiva jurisdição;
- V - Conhecer e decidir os assuntos atinentes à ética profissional impondo as penalidades cabíveis;
- VI - Elaborar a sua proposta orçamentária anual e o projeto de seu regimento interno e submetê-los à aprovação do Conselho Federal;
- VII - Expedir a carteira profissional indispensável ao exercício da profissão, a qual terá fé pública em todo o território nacional e servirá de documento de identidade;
- VIII - Zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exerçam;

- IX - Publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados;
- X - Propor ao Conselho Federal medidas visando à melhoria do exercício profissional;
- XI - Fixar o valor da anuidade;
- XII - Apresentar sua prestação de contas ao Conselho Federal, até o dia 28 de fevereiro de cada ano;
- XIII - Eleger sua diretoria e seus delegados eleitores ao Conselho Federal;
- XIV - Exercer as demais atribuições que lhes forem conferidas por esta lei ou pelo Conselho Federal.

**Art. 18º** – Aos infratores do Código de Deontologia de Enfermagem poderão ser aplicadas as seguintes penas:

- I - Advertência verbal – registrada no prontuário;
- II - Multa – obrigatoriedade de pagamento de 01 (um) a 10 (dez) vezes o valor da anuidade da categoria profissional a qual pertence o infrator;
- III - Censura – repreensão que será divulgada nas publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e em jornais de grande circulação;
- IV - Suspensão do exercício profissional – período não superior a 29 dias e serão divulgados nas publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores;
- V - Cassação do direito ao exercício profissional – perda do direito ao exercício da enfermagem e será divulgada nas publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

#### Fique de olho!

Os conselhos de classe, além de atuar como Poder Executivo, também exercem competências legislativa e judiciária. Legislativa quando baixa providimentos disciplinadores da profissão e judiciária quando julgam, em processo ético, os profissionais que venham a transgredir as normas do Código de Processo Ético baixado pelo COFEN.

## 2.3 Competências das entidades de classe dos profissionais de enfermagem

As competências estão diretamente relacionadas com as funções que cada entidade pratica, visando à melhor atuação da enfermagem nas diversas áreas em que possa atuar. Veja a seguir as competências relacionadas.

### 2.3.1 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)

- » Normatizar e expedir instruções, para uniformidade de procedimentos e bom funcionamento dos Conselhos Regionais;
- » Esclarecer dúvidas apresentadas pelos CORENs;

- » Apreciar decisões dos CORENs, homologando, suprindo ou anulando atos praticados por estes;
- » Aprovar contas e propostas orçamentárias de autarquia, remetendo-as aos órgãos competentes;
- » Promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional;
- » Exercer as demais atribuições que lhe forem conferidas por lei.

### 2.3.2 Conselho Regional de Enfermagem (COREN) – órgão de execução, decisão e normatização suplementar

- » Deliberar sobre inscrições no Conselho e seu cancelamento;
- » Disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observando as diretrizes gerais do COFEN;
- » Executar as instruções e resoluções do COFEN;
- » Expedir carteira e cédula de identidade profissional, indispensável ao exercício da profissão, a qual tem validade em todo território nacional;
- » Fiscalizar e decidir os assuntos referentes à ética profissional, impondo as penalidades cabíveis;
- » Elaborar a proposta orçamentária anual e o projeto de seu regimento interno, submetendo-o as aprovações do COFEN;
- » Zelar pelo conceito da profissão e dos que a exercem;
- » Propor ao COFEN medidas visando melhorias no exercício profissional;
- » Eleger sua diretoria e seus delegados eleitores a nível central e regional;
- » Exercer as demais atribuições que lhe forem conferidas pela lei nº 5.905/73 pelo COFEN.

## 2.4 Sistema de disciplina e fiscalização

O Sistema de Disciplina e Fiscalização do Exercício Profissional da Enfermagem, instituído por lei, desenvolve suas atividades segundo as normas baixadas por Resoluções do COFEN.

O Sistema é constituído dos seguintes objetivos:

- » **Área disciplinar normativa:** estabelece critérios de orientação e aconselhamento para o exercício de enfermagem, baixando normas visando ao exercício da profissão, bem como atividade na área de enfermagem nas empresas e consultórios de Enfermagem, observando as peculiaridades pertinentes à classe e à conjuntura de saúde do país.
- » **Área disciplinar corretiva:** instaura processo em casos de infrações ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem cometidas pelos profissionais inscritos e, no caso de empresa, processos administrativos, dando prosseguimento aos respectivos julgamentos e aplicações das penalidades cabíveis, e encaminhando às repartições competentes os casos de alçada destas.

- » **Área fiscalizatória:** realiza atos e procedimentos para prevenir a ocorrência de infrações à legislação que regulamenta o exercício da enfermagem, inspecionando e examinando os locais públicos e privados, no qual a enfermagem é exercida, anotando-se as irregularidades e infrações verificadas, orientando para sua correção, colhendo dados para a instauração dos processos de competência do COREN e encaminhando às repartições competentes, representações.

#### Amplie seus conhecimentos

A constituição brasileira assegura liberdade de associação profissional ou sindical (art. 166); a filiação do profissional a essas associações profissionais ou sindicato é facultativa. Portanto, devemos saber distinguir sindicalização de contribuição sindical.

**Sindicalização** é o ato pelo qual o profissional, preenchendo os requisitos necessários, solicita sua adesão no sindicato de sua categoria ou classe, e ao se filiar assume também o compromisso de pagar mensalidades ou anuidades. Já a **contribuição sindical** representa uma função delegada pelo poder público e assegurado pela Constituição (art. 166) e pela CLT (art. 513), na prerrogativa de o sindicato impor o recolhimento anual do valor correspondente a 15% do maior valor de referência fixado pelo Poder Executivo, de todos os integrantes da categoria profissional, empregados em serviços privados, dentro de sua jurisdição, como forma de arrecadação para o custeio de suas atividades. Esse recolhimento é feito pela própria empresa, geralmente no mês de março, descontando do salário do empregado.

Para mais informações sobre o tema, acesse os sites: <<http://www.jusbrasil.com.br/>> e <<http://www.oitbrasil.org.br>>.

## 2.5 Competências do profissional de enfermagem

A lei nº 7.498/1986 normatiza o exercício profissional de enfermagem, definindo as atribuições e as competências de cada membro da equipe. O Código de Ética estabelece condutas e comportamentos do profissional de enfermagem em relação aos seus direitos, deveres e penalidades em relação aos atos ilícitos praticados.

A equipe de enfermagem é composta por:

- » **Enfermeiro:** profissional de nível superior, com diploma de graduação em Enfermagem. Assume as responsabilidades da equipe, supervisionando, coordenando, planejando, determinando e implementando as ações de enfermagem.
- » **Técnico de enfermagem:** profissional de nível médio, com diploma em técnico de Enfermagem. Auxilia o enfermeiro em suas atribuições e presta cuidados de enfermagem a pacientes de média e alta complexidade.
- » **Auxiliar de enfermagem:** profissional de nível médio, com certificado de curso de Auxiliar de Enfermagem. Presta cuidados de nível auxiliar nas ações básicas e de baixa complexidade.

Relacionamos a seguir algumas competências necessárias à formação do profissional de enfermagem.



### 2.5.1 Auxiliar de enfermagem

- » Desempenhar ações de enfermagem nos níveis de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde de indivíduos e grupos sociais, excetuando-se os cuidados requeridos pelos clientes graves.
- » Prestar o cuidado de enfermagem no preparo e acompanhamento de exames com finalidade diagnóstica.
- » Prestar assistência de enfermagem em saúde coletiva, assistindo ao indivíduo nas diferentes fases do ciclo vital, à família, aos grupos e à comunidade, por meio da educação para a saúde e da identificação precoce de riscos de agravos à integridade do cliente ou à comunidade, visando melhorar a qualidade de vida.
- » Prestar assistência de enfermagem a clientes com afecções clínicas e cirúrgicas, nas diferentes faixas etárias, contribuindo com o tratamento das complicações e na reabilitação das limitações recorrentes.
- » Prestar assistência de enfermagem a clientes com transtornos mentais e usuários de drogas, com vistas ao tratamento, à reabilitação e à reintegração social.
- » Prestar assistência de enfermagem à criança sadia ou doente, nas diversas fases de seu desenvolvimento.
- » Prestar assistência de enfermagem à mulher, ao adulto e ao adolescente nos aspectos da reprodução.
- » Ressignificar a dor, o sofrimento e a morte na prática de enfermagem.
- » Transpor para suas práticas conhecimentos adquiridos em programa de atualização profissional.

### 2.5.2 Técnico de enfermagem

- » Reconhecer e atuar em diferentes cenários da prática profissional.
- » Identificar os determinantes e os condicionantes do processo saúde-doença.
- » Identificar funções e responsabilidades dos membros da equipe de trabalho.
- » Realizar trabalho em equipe, correlacionando conhecimento de várias disciplinas ou ciência, tendo em vista o caráter interdisciplinar da área.
- » Aplicar normas de biossegurança.
- » Interpretar e aplicar legislação pertinente aos direitos dos usuários, colaborando decididamente para melhoria do atendimento dos serviços de saúde.
- » Aplicar princípios ergonômicos na realização do trabalho.
- » Identificar e avaliar rotinas, protocolos de trabalho, instalações e equipamentos.
- » Operar equipamentos próprios do campo de atuação zelando pela manutenção.
- » Registrar ocorrências e serviços prestados de acordo com as exigências do campo de atuação.
- » Prestar informações aos clientes, aos sistemas de saúde e a outros profissionais sobre serviços que tenham sido prestados.



- » Orientar clientes a assumirem com autonomia a própria saúde.
- » Realizar primeiros socorros em situações de emergência.

Além das competências gerais dos profissionais de nível técnico e das competências já adquiridas anteriormente como auxiliar de enfermagem, o técnico de enfermagem deverá demonstrar a apropriação de outras competências, como desdobramento das atividades previstas pelo Decreto-lei nº 94.409/1987 – assistir o enfermeiro, executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e integrar a equipe de saúde. São elas:

- » Executar de forma responsável e humana as atividades pertinentes à sua função sob supervisão do enfermeiro.
- » Executar as atividades de apoio no desenvolvimento de programas de ensino para as quais esteja habilitado.
- » Prestar assistência de enfermagem a clientes em estado grave ou agonizante, em domicílio, em unidade de emergência ou de tratamento intensivo, visando ao tratamento físico e ao conforto mental e espiritual.
- » Analisar o processo de trabalho em enfermagem a partir do planejamento, da organização e da qualidade da assistência, do controle sistemático da infecção hospitalar, da pesquisa e da informática aplicada, com o propósito de buscar constantes formas e melhorar a assistência.
- » Atuar em programas de higiene e saúde, segurança e prevenção de acidentes de trabalho, com a finalidade de promover a integridade humana dos trabalhadores.
- » Transpor para sua prática os conhecimentos adquiridos na observação e na pesquisa em enfermagem, visando à melhoria e à atualização do trabalho.

Cabe também ao auxiliar e ao técnico de enfermagem: ministrar medicamentos; aplicar e conservar vacinas e fazer curativos; colher material para exames laboratoriais; executar atividades de desinfecção e esterilização; realizar controle hídrico; realizar testes para subsídio de diagnóstico; instrumentar; efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis; prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios; aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocisma e enema; aplicação local de calor ou frio; executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes; e manter a unidade em perfeitas condições de uso.

### 2.5.3 Enfermeiro

As atividades do enfermeiro estão descritas nos artigos 8º e 9º do Decreto nº 94.406/1987, que regulamenta a lei nº 7.498/1986 sobre o exercício profissional da enfermagem. As funções estão divididas por níveis de complexidade e cumulativas, ou seja, ao técnico competem as suas funções específicas e as dos auxiliares, enquanto que o enfermeiro é responsável pelas suas atividades privativas e outras mais complexas.

Entre elas destacamos:

- » Planejamento da programação de saúde.
- » Elaboração de planos assistenciais.

- » Participação de projetos arquitetônicos.
- » Participação em programas de assistência integral.
- » Participação em programas de treinamento.
- » Participação em desenvolvimento de tecnologias apropriadas.
- » Participação na contratação do pessoal de enfermagem.
- » Prestação de assistência ao parto.
- » Prevenção de infecção hospitalar, de danos ao paciente e acidentes no trabalho.
- » Prestação de cuidados integrais a pacientes de alta complexidade.
- » Privativamente cabe ao enfermeiro: a direção do serviço de enfermagem em instituições de ensino e instituições de saúde públicas ou privadas e a prestação desse serviço; atividades de gestão como planejamento da assistência de enfermagem, prescrição de cuidados e de medicamentos – desde que estabelecidos em programas de saúde e rotina; e serviços de auditoria e consultoria.



Syda Productions/Shutterstock.com

Figura 2.1 – Equipe de enfermagem em discussão de caso com demais profissionais.

## 2.6 Legislação para enfermagem

A legislação em enfermagem é definida como um conjunto de regras ou obrigações denominadas leis, destacando-se o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e o Código de Processo Ético Disciplinar dos Conselhos de Enfermagem. Lembramos que o Código de Ética do Profissional de Enfermagem poderá ser consultado na íntegra nos sites do COFEN e do COREN.

### 2.6.1 Principais leis que regulamentam o exercício profissional

- » Lei nº 5.905/73: dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências.
- » Lei nº 7.498/86: dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, definindo atribuições e as competências de cada membro da equipe e dá outras providências.
- » Lei nº 8.967/94: altera a redação do parágrafo único do art. 23 da lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.

### 2.6.2 Principais decretos

- » Decreto nº 94.406/87: regulamentação da lei nº 7.498/86.
- » Decreto nº 2.956, de 10 de agosto de 1938: institui o Dia do Enfermeiro.
- » Decreto nº 48.202, de 12 de maio de 1960: institui a Semana da Enfermagem.

### 2.6.3 Principais resoluções

- » Resolução COFEN nº 311/2007: aprovação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem para aplicação na jurisdição de todos os Conselhos de Enfermagem.
- » Resolução COFEN nº 370/2010: aprovação do Código de Processo Ético dos Conselhos de Enfermagem, que estabelece as normas procedimentais para serem aplicadas nos processos éticos em toda jurisdição de todos os Conselhos de Enfermagem.
- » Resolução COFEN nº 290/2004: revogada pela Resolução COFEN nº 389/2011, que fixa especialidades de enfermagem de competência do enfermeiro.

### Vamos recapitular?

Neste capítulo estudamos sobre as entidades de classe da enfermagem, suas diretrizes, funções e aspectos que as diferenciam uma das outras. Vimos também os principais artigos da lei nº 5.905, que deu origem à primeira entidade de classe da profissão, e as principais leis que regulamentam o exercício profissional, bem como as competências de cada categoria.

Esperamos que a partir desses ensinamentos o aluno tenha atingido seu objetivo.



## Agora é com você!

- 1) Aponte as entidades de classe da enfermagem e suas funções básicas.
- 2) Qual o principal objetivo do COREN?
- 3) Elabore uma pesquisa sobre os sindicatos de classe da sua profissão e faça uma comparação entre eles. Dê sua opinião própria a respeito.
- 4) Elabore uma pesquisa sobre as competências do técnico de enfermagem, lei nº 8.967/94, que altera a redação do parágrafo único do art. 23 da lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Aponte os pontos mais relevantes sobre as alterações.
- 5) Faça uma busca no Código de Ética de Enfermagem, no capítulo sobre “penalidades”. Dê sua opinião própria sobre o assunto.
- 6) Quais as principais Resoluções do COFEN?

# O Comportamento Humano e os Direitos do Paciente

## Para começar

Estudaremos neste capítulo o comportamento do profissional de enfermagem diante dos problemas enfrentados pelos pacientes. Também abordaremos os direitos do paciente, a relação de profissional e paciente em situações diversas e as possíveis interferências dessas situações na conduta da enfermagem. Veremos ainda algumas legislações pertinentes ao tema.

O objetivo do capítulo é que o aluno adquira conhecimento dos problemas que poderá enfrentar em seu cotidiano e saiba como agir nesses casos.

Vamos aos estudos!

## 3.1 Aspectos fundamentais

Baseado na História da humanidade, o homem vivia uma vida desorganizada, orientado apenas por seus instintos. Com os anos, passou a se organizar, com a finalidade de obter mais estabilidade vital e começou a viver em grupo e a dividir o trabalho e o alimento, sempre em busca de proteção para todos aqueles que viviam em grupo (FIGUEIREDO; TONINI, 2010).

A História é marcada pela busca por princípios capazes de preservar os direitos das pessoas, enaltecendo sua dignidade e fazendo com que cada indivíduo seja respeitado nos verdadeiros limites de sua cidadania.

O ser humano costuma agir de maneiras diversas em sua vida. Tais ações são regidas por um conjunto de normas adquiridas durante sua existência, normas estas que fazem com que tenhamos comportamentos diferentes uns dos outros, baseados na ética e na moral que cada indivíduo adquire no decorrer de sua vida (FIGUEIREDO; TONINI, 2010).

No capítulo anterior, estudamos ética, moral e deontologia, conceitos que interferem e norteiam no agir do ser humano. Portanto, é comum observarmos no cotidiano dos profissionais de saúde a necessidade de tomada de decisão pautada não apenas em leis, direitos e deveres, mas também no discernimento do profissional diante da pluralidade e da complexidade dos vários fatores vivenciados no seu dia a dia.

## 3.2 Fundamentos do comportamento do profissional de enfermagem

A responsabilidade do “agir humano” no plano deontológico depende de muitos fatores. Não podemos responsabilizar alguém por uma atitude tomada de forma inconsciente, sob coação física ou psicológica, ou até mesmo sem parâmetros – valores.

Consciência indica a percepção que a pessoa tem de si própria, do meio ambiente e dos outros, podendo ser definida também como um julgamento interno que cada indivíduo faz de seus atos e também dos atos alheios. A consciência baseia-se em valores e no conjunto das potencialidades de cada ser humano, envolvendo a sua realização (FIGUEIREDO; TONINI, 2010).

Quando um grupo de pessoas, como profissionais da mesma área de atuação, passa a ter valores semelhantes e a agir com a mesma consciência, forma-se então a **ciência deontológica**, ou seja, a consciência profissional que ajuda na análise, na interpretação e no julgamento dos problemas vividos por esses profissionais.

Já **liberdade** é a expressão de uma necessidade, a necessidade de tornar-se pessoa. A liberdade reside na própria atitude do homem em assumir-se e em assumir o processo de “se realizar”.

O profissional de enfermagem é livre na medida em que é e pode ser, e na medida em que se realizar a partir de suas potencialidades. Esse profissional também colabora com a liberdade do cliente, dos familiares, da sociedade e dos membros da equipe de enfermagem.

Os **valores** dão dinâmica ao agir. Se o homem que perde seus valores, perde a razão de seus atos e o sentido da vida. Ao perder os valores, perde-se o interesse por aquele ato ou por aquela sequência de atitudes (FIGUEIREDO; TONINI, 2010).

### Fique de olho!

É muito importante que os profissionais de saúde tenham conhecimento das leis, como as leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que aprovam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

### 3.3 Ética x assistência de enfermagem

Na busca por melhor compreensão sobre como as várias questões da vida nos influenciam, temos voltado nossa atenção para o campo da ética de uma forma geral, especificamente ao cuidado com o ser humano, em razão dos avanços tecnológicos e ao tratamento de doenças graves.

Esse avanço traz uma série de questionamentos a muitos profissionais envolvidos, como: até quando a tecnologia pode ser usada a favor da vida? Qual o grau de qualidade de vida que esses pacientes estão tendo?

A seguir, destacamos dois pontos que envolvem as questões éticas na assistência de enfermagem – a dor (o controle da dor) e os cuidados paliativos.

#### 3.3.1 Controle da dor

Antigamente era visível a dificuldade de entender a dor e os procedimentos destinados a controlá-la e as pesquisas relacionadas à sua avaliação concentravam-se apenas em sua intensidade. Para isso, eram utilizadas escalas numéricas para mensurar o fenômeno doloroso (FIGUEIREDO; TONINI, 2010).

Já na atualidade, a dor tem sido considerada um grave problema da sociedade, por conta dos novos hábitos de vida, da maior longevidade do indivíduo, do prolongamento da sobrevida, das modificações do meio ambiente e do decréscimo da tolerância ao sofrimento por parte do ser humano.

A dor envolve influências biológicas, intelectuais, emocionais, culturais e sociais da vida do indivíduo e de sua família, devendo, portanto, ser entendida como uma experiência individual e complexa. A dor também ultrapassa os sentimentos, transcende limites e, para o indivíduo, é sempre compreendida como algo ruim, muitas vezes como a pior experiência de vida.

Embora seja considerado um fenômeno universal, a dor não é manifestada do mesmo modo em todas as culturas, nem é sentida de modo idêntico por todos os indivíduos.

O filósofo Aristóteles descreveu a dor como “uma paixão da alma”, pois representa um desequilíbrio no corpo e na mente (FIGUEIREDO; TONINI, 2010).

É fundamental que o profissional de saúde não aja com indiferença em relação à situação do paciente. Ainda não somos capazes de compreender e perceber o significado da dor em diversas situações, mas temos obrigação de aceitá-la em qualquer circunstância de queixa do paciente. Compete aos profissionais de saúde a função de humanizar a dor e a responsabilidade de proporcionar seu alívio.

#### 3.3.2 Cuidados paliativos

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cuidados paliativos são definidos como os cuidados ativos e totais ao paciente, cuja doença não responde ao tratamento curativo. É soberano o controle da dor e de outros sintomas, além do controle dos problemas psicossociais e espirituais mente (FIGUEIREDO; TONINI, 2010).



O objetivo do cuidado paliativo é conseguir a melhor qualidade de vida possível para o paciente e sua família e a meta dos cuidados paliativos é alcançar o máximo possível a qualidade de vida do paciente e de seus familiares.

Os cuidados paliativos envolvem preceitos como:

- » Deve-se afirmar a vida e encarar a morte como um processo natural.
- » A morte não deve ser antecipada nem adiada.
- » A dor e outros sintomas angustiantes devem ser aliviados.
- » Aspectos psicológicos e espirituais devem ser integrados nos cuidados ao paciente.
- » Oferecer aos pacientes um sistema de apoio que os auxilie até a morte.
- » Oferecer às famílias um sistema de apoio que as ajude a lidar com a doença do paciente e com seu próprio luto.

A decisão sobre quando iniciar o cuidado paliativo é de cunho médico com parceria multiprofissional. A equipe de enfermagem, além de participar desse processo, é aquela que permanece a maior parte do tempo com o paciente e seus familiares. Dessa forma, é a primeira equipe a ser integrada para oferecer conforto e atenção mente (FIGUEIREDO; TONINI, 2010).

Muitas vezes, os cuidados paliativos não resolverão os problemas do paciente. No entanto, a equipe deve estar preparada para apenas compreender, conversar e ouvir, para encontrar uma maneira de aliviar as questões que afligem o paciente e sua família.

É obrigação moral e ética prover cuidados paliativos para todas as pessoas que deles necessitam e estão confiadas ao cuidado do profissional de saúde e mente (FIGUEIREDO; TONINI, 2010).

### 3.4 Direitos do paciente

É importante saber que não existe um código brasileiro específico de direitos do paciente ou do cliente. O que existe são vários textos legais que abordam o assunto, incluindo leis, jurisprudências, resoluções e declarações de princípios, conforme veremos a seguir.

- » Constituição Federal do Brasil;
- » Código Civil Brasileiro;
- » Código Penal Brasileiro;
- » Código de Defesa do Consumidor;
- » Estatuto da Criança e do Adolescente;
- » Lei dos Planos de Saúde e Normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- » Código de Ética Médica;
- » Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM);
- » Resolução do Conselho Regional de Medicina (CRM);
- » Declaração Internacional de Princípios;



- » Normas de Pesquisas em Seres Humanos;
- » Normas do Ministério da Saúde;
- » Legislação esparsa;
- » Jurisprudência;
- » Portarias.

Os direitos dos pacientes podem variar entre 35 e 39 itens, dependendo da base de informação que a instituição aprovou para assegurar esses direitos.

Destacamos aqui, segundo as Portarias do Ministério da Saúde nº 1.286/1993, artigo 8º, e nº 74/1994, que o cliente tem os seguintes direitos:

- 1) É direito do paciente receber atendimentos humanos, atenciosos e respeitosos por parte dos profissionais de saúde de todas as disciplinas. O local do atendimento deve ser digno e adequado para um bom e eficaz atendimento.
- 2) É direito do paciente ser identificado pelo nome e sobrenome. Não deve ser chamado pelo nome de sua doença, patologia ou agravamento à saúde ou, ainda, de forma genérica, imprópria, desrespeitosa ou preconceituosa.
- 3) O paciente tem direito a receber atenção adequada dos funcionários presentes no local, incluindo auxílio imediato e oportuno para a melhoria de seu estado e para seu conforto e bem-estar.
- 4) É direito dos pacientes e seus familiares identificar todos os funcionários e profissionais envolvidos no atendimento, mediante crachá que exiba o nome completo, a função e o cargo.
- 5) O paciente tem direito a consultas marcadas antecipadamente, de tal forma que o tempo de espera não ultrapasse trinta (30) minutos.
- 6) Durante a realização de exames laboratoriais, procedimentos e cirurgias é direito do paciente que todo o material utilizado seja descartável ou rigorosamente esterilizado segundo as normas de higiene e prevenção estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).
- 7) O paciente tem direito de exigir que o comportamento dos profissionais de saúde cumpra com as exigências pautadas pelos respectivos Conselhos Federais.
- 8) É direito do paciente receber informações sobre sua doença, de forma clara, simples e que facilite sua compreensão, de acordo com a sua condição cultural. As explicações sobre o diagnóstico e as opções terapêuticas devem ser pontuais e detalhadas. O paciente deve ser informado sobre a localização de sua doença, a duração do tratamento e sobre o que pode ocorrer durante esse processo. Se forem necessárias intervenções cirúrgicas, de quaisquer tipos, deverá ser informado da necessidade ou não de anestesia, do tipo de instrumental e equipamentos que serão utilizados e quais partes do seu corpo serão afetadas pelos procedimentos.

- 9) O paciente tem direito de receber explicações detalhadas e claras sobre os exames a que será submetido. Deve receber explicações sobre a finalidade do material a ser coletado para exame laboratorial.
- 10) O paciente tem direito a ser informado e esclarecido se o tratamento é experimental ou faz parte de pesquisa, se os benefícios a serem obtidos são proporcionais aos riscos envolvidos e se existe probabilidade de alteração das condições de dor, sofrimento e desenvolvimento de sua doença.
- 11) É direito do paciente consentir ou recusar sua inclusão em procedimentos experimentais ou pesquisas. No caso de impossibilidade de expressar sua vontade, o consentimento deve ser obtido junto a seus familiares ou responsáveis legais, sempre de forma escrita.
- 12) O paciente tem direito a consentir ou recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados. Deve consentir de forma livre, voluntária e sempre após receber as informações necessárias à tomada de decisão.
- 13) Após consentir com sua inclusão, o paciente sempre terá o direito de revogar o consentimento, a qualquer instante, por decisões livres, conscientes e esclarecidas, sem que lhe sejam imputadas sanções morais, legais ou que contribuam para a suspensão de seu atendimento.
- 14) É direito do paciente que seu prontuário seja elaborado de forma legível. Sendo propriedade única do paciente, ele poderá consultá-lo a qualquer momento. As instituições depositárias do prontuário são responsáveis pela utilização ilegal de seu conteúdo. O prontuário deve incluir o conjunto de documentos e informações padronizadas sobre o histórico do paciente, princípio e evolução da doença, raciocínio clínico, exames e seus resultados, condutas terapêuticas e demais relatórios e anotações clínicas.
- 15) O paciente tem direito a solicitar e receber o diagnóstico de sua doença e o tratamento indicado por escrito. O documento deve incluir o nome do profissional de saúde e seu registro no respectivo conselho profissional, de forma clara e legível.
- 16) Para seu tratamento, o paciente tem direito à utilização de equipamentos confiáveis e a receber medicamentos eficazes, seguros e de qualidade, na quantidade e prazos estabelecidos pelos profissionais de saúde, como forma de garantir a melhora e manutenção de sua saúde e de sua vida.
- 17) É direito do paciente receber seus medicamentos devidamente identificados, que exibam a data de fabricação e o prazo de validade, e que estejam acompanhados da bula correspondente redigida de forma clara e em linguagem acessível.
- 18) É direito do paciente receber e obrigação dos profissionais entregarem as receitas com o nome genérico do medicamento (Lei do Genérico), datilografadas ou em caligrafia legível, sem a utilização de códigos ou abreviaturas, com o nome do profissional de saúde e seu número de registro no respectivo conselho profissional.
- 19) O paciente tem direito a priorização no agendamento de consulta quando o tratamento e os medicamentos prescritos pelo médico estiverem causando reações indesejadas ou não estiverem contribuindo eficazmente para o sucesso do tratamento.

- 20) É direito do paciente conhecer e verificar a procedência do sangue antes de receber transfusão e a procedência dos hemoderivados utilizados. É direito do paciente e familiar verificarem se as bolsas e os frascos de hemoderivados contêm carimbos ou selos atestando os testes de sorologia efetuados, assim como sua validade.
- 21) O paciente tem direito de ter registrado em seu prontuário os medicamentos, sangue e hemoderivados recebidos durante o tratamento, com dados sobre a origem, tipo e prazo de validade deles.
- 22) O paciente tem direito a ser submetido com antecedência a exames ou testes para determinar se é diabético, portador de algum tipo de anemia ou alérgico a determinados medicamentos (anestésicos, antibióticos, sulfas, soro antitetânico etc.) antes de esses lhe serem administrados.
- 23) O paciente tem direito à segurança e à integridade física nos estabelecimentos de saúde, públicos e privados.
- 24) O paciente tem direito de ter acesso às contas detalhadas referentes às despesas de seu tratamento, exames, medicamentos, internação e outros procedimentos médicos., conforme as portarias do Ministério da Saúde nº 1.286, de 26 de outubro de 1993, Artigo 8º, e nº 74, de 4 de maio de 1994.
- 25) É direito do paciente não sofrer discriminação nos serviços de saúde em razão de ser portador de qualquer tipo de doença, em especial doenças infectocontagiosas e HIV/AIDS.
- 26) O paciente tem direito ao sigilo profissional sobre seus dados, desde que não acarrete riscos à terceiros ou à saúde pública. Entende-se por dados toda informação que, mesmo desconhecida pelo próprio paciente, permita ao profissional de saúde ter acesso às informações contidas no histórico do paciente, exames físicos, laboratoriais e radiológicos.
- 27) O paciente tem direito a ter sua privacidade preservada, quando internado ou quando estiver aguardando atendimento, tanto para satisfazer suas necessidades fisiológicas quanto higiênicas, inclusive o direito de ser alimentado adequadamente.
- 28) Nas consultas ou internações, o paciente que desejar tem direito a acompanhante. As visitas de familiares e amigos devem ser disciplinadas e em horários compatíveis com as atividades medico/sanitárias. Em caso de parto, o pai poderá estar presente.
- 29) Por ocasião do parto, a parturiente tem direito de exigir que a maternidade mantenha, além dos profissionais comumente necessários, a presença de um neonatologista. A parturiente tem direito de exigir que a maternidade realize o “teste do pezinho” para detectar todas as doenças que tal exame permita constatar.
- 30) O paciente tem o direito de exigir indenização pecuniária no caso de aparecimento de quaisquer complicações em suas condições de saúde, originadas por imprudência, negligência ou imperícia de qualquer um dos profissionais de saúde envolvidos em seu tratamento.
- 31) O paciente tem direito a obter assistência adequada mesmo em períodos festivos, feriados ou durante greves dos profissionais.

- 32) O paciente tem direito de receber assistência moral, psicológica, social e religiosa.
- 33) O paciente, tendo qualquer parte de seu corpo comprometida por doença, tem o direito de recusar a retirada desta, assumindo a responsabilidade pelos riscos de possível piora de seu quadro clínico.
- 34) O paciente tem direito a uma morte digna e serena, podendo optar ele próprio (desde que lúcido), a família ou responsável, por local ou acompanhamento e ainda se quer ou não o uso de tratamento doloroso ou extraordinário para prolongar sua vida.
- 35) Mesmo após o falecimento, o corpo do ser humano tem direito a um tratamento digno e de respeito. Os familiares ou responsáveis devem ser avisados imediatamente após a constatação do óbito.
- 36) Qualquer cidadão pode, por livre e espontânea vontade, desde que com prévia aprovação clínica e sempre respeitando a legislação em vigor, doar as partes permitidas de seu corpo, de acordo com a Lei Nacional de Transplante de Órgãos e Tecidos, com a finalidade de tratamento de um paciente que necessite dela.
- 37) Após o diagnóstico de morte encefálica, a família deve ser consultada e orientada sobre o processo de doação de órgãos e, havendo anuência, os órgãos transplantáveis poderão ser retirados para doação.
- 38) O paciente tem direito a assistência jurídica específica para questões de saúde, de fácil acesso e sem ônus.

#### Amplie seus conhecimentos

Visite o site do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) – [www.cremesp.org.br](http://www.cremesp.org.br) – e consulte o *Guia da Relação Médico-Paciente*. Esse guia foi criado para esclarecer ao paciente o que pode melhorar na relação médico-paciente e também sobre prontuário médico, direitos do médico e do paciente, responsabilidades do médico perante o tratamento e outros assuntos de interesse do paciente e seu familiar.

Assim como os direitos, o paciente também tem deveres, que deverão ser seguidos pelos mesmos, com apoio de seus familiares e cuidadores. Veja a seguir.

- 1) O paciente e/ou seu responsável legal tem o dever de dar informações precisas, completas e acuradas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias, procedimentos médicos anteriores e outros problemas relacionados à sua saúde.
- 2) O paciente tem o dever de informar as mudanças inesperadas de seu estado de saúde atual aos profissionais responsáveis pelo seu tratamento.
- 3) O paciente tem o dever de demonstrar o entendimento das ações que estão sendo efetuadas ou propostas visando à cura dos agravos à sua saúde, à prevenção das complicações ou sequelas, à sua reabilitação e à promoção de sua saúde, fazendo perguntas sempre que tiver dúvidas.
- 4) O paciente tem o dever de seguir as instruções recomendadas pela equipe multiprofissional que o assiste, sendo responsável pelas consequências de sua recusa.

- 5) O paciente tem o dever de indicar o responsável financeiro por seu tratamento hospitalar, informando ao hospital quaisquer mudanças nesta indicação.
- 6) O paciente tem o dever de conhecer e respeitar as normas e regulamentos do hospital, a partir do Manual de Orientação ao Paciente.
- 7) O paciente tem o dever de respeitar os direitos dos demais pacientes, acompanhantes, funcionários e prestadores de serviços da instituição.
- 8) O paciente tem o dever de zelar, e solicitar que os seus visitantes e acompanhantes também o façam, pelas propriedades do hospital colocadas à sua disposição para seu conforto e tratamento.
- 9) O paciente tem o dever de participar do seu plano de tratamento e alta hospitalar ou indicar quem o possa fazer.
- 10) O paciente tem o dever de atender e respeitar a proibição de fumo nas dependências do hospital, extensivo aos seus acompanhantes, conforme a legislação vigente.



Alexander Rath/Shutterstock.com

Figura 3.1 – Profissional explicando ao paciente sobre seu estado de saúde – um dos direitos do paciente garantido por lei.

## 3.5 Relação profissional x paciente em situações diversas

Como já vimos, o paciente tem direito a tratamento adequado, com informações corretas e claras, e tem direito de opinar sobre seu tratamento. Cabe ao profissional prestar as informações em linguagem clara, sem uso de terminologias que dificultem o entendimento do paciente ou de seu responsável.

O sigilo profissional, instituído pelo Código de Ética de Enfermagem, é fundamental, pois assim respeita-se a privacidade e a intimidade do paciente. É importante ressaltar que o respeito à crença religiosa de cada paciente é constitucional – art. 5º, VI, CF/88.

VI – é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e suas liturgias.

As situações descritas a seguir são as mais “polêmicas” em nosso cotidiano e requerem dos profissionais envolvidos ética, sigilo, respeito e, acima de tudo, competência para tratar e lidar com o assunto. Envolve tanto a relação profissional de nível técnico de conhecimento específico, quanto conhecimento ético, legal e humano.

### 3.5.1 Clonagem

- » **Conceito:** é uma técnica que consiste na retirada dos núcleos de uma célula somática e de um óvulo. O núcleo da célula somática é inserido no óvulo vazio, que é fixado no útero. Após receber eletroestimulação, inicia-se o processo de multiplicação embrionária. A clonagem humana é proibida em todo o mundo, entretanto, as pesquisas continuam em animais, com o objetivo da clonagem terapêutica (CRUZ, 2009a).
- » **Clonagem terapêutica:** o processo é o mesmo conhecido há anos pelos cientistas, porém, a multiplicação celular pode potencialmente gerar vários órgãos e tecidos, se manipulados geneticamente. Dentre as diversas perspectivas de tratamento estão: substituir parte do miocárdio após um infarto e a reconstituição de tecidos nervosos sem rejeição (CRUZ, 2009a).

A diferença entre a clonagem terapêutica e a reprodutiva – caso da ovelha Dolly –, é que na terapêutica busca-se a formação de tecidos, enquanto na reprodutiva ocorre a multiplicação de uma réplica do ser clonado, o que atualmente é condenado pela comunidade científica, principalmente no caso de seres humanos.

Um dos argumentos utilizados para quem se opõe à clonagem terapêutica é de que poderíamos dar margem à clonagem reprodutiva, criando um comércio de óvulos e embriões.

A lei nº 8.974/1995 proíbe a manipulação genética de células germinativas humanas. A Instrução Normativa nº 8/1997, da Comissão Nacional Técnica de Biossegurança (CNTBio), reforça a proibição de experimentos de clonagem, sendo que para fins terapêuticos é permitida a pesquisa de célula-tronco, desde que não sejam embrionárias humana (CRUZ, 2009a).



### 3.5.2 Células-tronco

- » **Conceito:** é uma célula que pode se diferenciar e constituir vários tipos de tecidos do organismo, diferente das demais células, que geralmente só podem fazer parte de um mesmo tecido. Por exemplo: células da pele só podem constituir pele. Outra capacidade especial das células-tronco é a autorreplicação, ou seja, a capacidade de gerar cópias idênticas de si mesmas.

Em razão dessas duas capacidades, as células-tronco têm sido objeto de intensas pesquisas na busca de tratamento para doenças de Alzheimer, Mal de Parkinson, entre outras.

- » **Classificação:** as células-tronco se classificam em:

**Totipotentes:** geram todos os tipos de tecido humano. São encontradas somente em embriões quando esses têm entre 16 a 32 células.

**Pluripotentes** ou **multipotentes:** não são capazes de produzir placenta e anexos embrionários. São encontradas somente em embriões a partir de 32 a 64 células.

**Oligopotentes:** diferem poucos tecidos. São encontradas somente no trato intestinal.

**Unipotentes:** geram apenas um tecido. São encontradas somente no tecido cerebral adulto.

- » **Na prática:** as células-tronco funcionam como reparadoras de tecido – se introduzidas no interior da medula óssea, podem desencadear o processo de multiplicação correta de células sanguíneas no caso de leucemia. A ordem de comando para que as células totipotentes se diferenciem em diversos tecidos ainda é motivo de intensa pesquisa.
- » **Cordão umbilical:** apesar de pesquisas que comprovem a possibilidade de utilização de células-tronco na regeneração de tecidos, existe grande polêmica quanto ao uso das células-tronco retiradas do cordão umbilical e congeladas logo em seguida, na intenção de usá-las na cura de doenças ainda não detectadas. Além dessa polêmica, também existe a preocupação de muitos pais de armazenar o sangue do cordão umbilical de seus filhos, sem conclusão de pesquisas. A grande preocupação nesses casos é que, se houver uma doença degenerativa por defeito genético, esse defeito continuaria nas células armazenadas. Também segundo as pesquisas, essas células não poderiam reconstruir todos os tecidos; 60% delas não seriam suficientes para um transplante de medula, por exemplo, e a maioria delas só beneficiaria pessoas com até 60 kg, segundo a ANBio.

#### Regulamentação:

- » A Constituição Federal de 1988 limita expressamente a manipulação de material genético humano.
- » A ordem jurídica nacional protege o ser humano, não só no interesse do próprio indivíduo, mas também no interesse da sociedade.
- » A Carta Magna brasileira assenta a pesquisa genética no *Título VIII – Da Ordem social* e no *Capítulo VI – Do Meio Ambiente*. Estabelece ainda uma gama de direitos individuais e coletivos, como o direito à vida, à dignidade humana e à saúde.
- » A lei nº 11.105, em seu art. 5º, veio a permitir a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por fertilização *in vitro*, para os fins de

pesquisa e terapia. Impõe algumas condições, como o congelamento por no mínimo três anos, a aquiescência dos genitores e a aprovação do comitê de ética correspondente. A referida lei estabeleceu também responsabilidade objetiva, independentemente de culpa daqueles que vierem a causar danos à terceiro ou ao meio ambiente (art. 20), bem como das entidades públicas ou privadas, inclusive as internacionais, que venham a financiar ou patrocinar as atividades e projetos sem o devido Certificado de Qualidade em Biossegurança (parágrafo 4º, do art. 2º). Proíbe, outrossim, o comércio dos embriões a que se refere, classificando a transgressão como crime.

### 3.5.3 Transfusão sanguínea

- » **Conceito:** consideramos **transfusão sanguínea** a transferência de sangue ou de **hemocomponente** de um **doador** para um **receptor**. Esse é um procedimento realizado com o intuito de aumentar a capacidade do sangue de transportar o oxigênio, restaurar os níveis de sangue no organismo, melhorar a imunidade ou corrigir distúrbio de coagulação sanguínea.

A transfusão de hemocomponente é escolhida sempre que possível, pois supre a necessidade específica do paciente, é mais segura e evita o desperdício dos demais componentes. Um hemocomponente pode ser:

- » eritrócitos;
- » plaquetas;
- » fatores de coagulação;
- » plasma fresco congelado;
- » leucócitos.

#### Legislação:

- » **Constituição Federal de 1988, art. 5º, inc. VI**, conforme ressaltado anteriormente, garante a liberdade de crença a todo cidadão. Assim, é de responsabilidade do paciente e/ou de seus familiares a negativa quanto à utilização de sangue e seus derivados por meio da transfusão.
- » **Portaria Interministerial nº 7**, do Ministério da Saúde/Ministério da Previdência e Assistência Social, cria o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue).
- » **Constituição Federal de 1988, artigo 197:** são de relevância pública as ações e os serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser realizada diretamente ou por meio de terceiros, e também por pessoa física ou jurídica de direito privado.
- » **Constituição Federal de 1988, artigo 199:** a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. No parágrafo 4º, a lei dispõe sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplantes, pesquisas e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.



- » Decreto nº 95.721/1988, que regulamenta a lei nº 7.649/1988, estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando à prevenção da propagação de doenças.
- » A lei 10.205/2001 estabelece a Política Nacional de Sangue e seus derivados, ratificando a proibição da comercialização e regulamenta o parágrafo 4º do artigo 199 da Constituição Federal.
- » Portaria nº 1.840/1996, do Ministério da Saúde, cria o Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia (PNCQES).
- » A Portaria nº 1.376/1993, do Ministério da Saúde, aprova alterações na Portaria 721/GM, de 9 de agosto de 1989, que define normas técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e hemoderivados.
- » Resolução nº 343/2002, do Ministério da Saúde, determina a obrigatoriedade da realização de exames laboratoriais de alta sensibilidade em todas as doações, para identificação das doenças transmissíveis pelo sangue. O sangue total e/ou seus componentes não podem ser transfundidos antes da obtenção de resultados não reagentes.
- » Artigo 15, do Código Civil, garante que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou à intervenção cirúrgica.
- » Projeto de Lei nº 302.771/2005 institui o direito de opção de tratamento de saúde alternativo a todos os pacientes passíveis do uso de transfusão sanguíneos.

Art. 1º – É assegurado a qualquer pessoa o direito de optar por tratamento de saúde alternativo à transfusão sanguínea.

Art. 2º – A opção por tratamento de saúde isento de sangue será feito pelo próprio paciente ou por seu representante legal.

Art. 3º – Os estabelecimentos de ensino médico e hospitais ficam obrigados a ministrarem ensinamentos sobre os tratamentos alternativos a transfusões sanguíneas.

- » Transfusão de sangue em Testemunhas de Jeová: os religiosos Testemunhas de Jeová, que seguem os ensinamentos bíblicos contidos em Atos, capítulo 15, versículo 20, buscam a abstinência do sangue, diante do direito democrático à liberdade religiosa e de expressão. As Testemunhas de Jeová têm, portanto, o direito de se recusar a receber sangue.

Essa situação é causadora de grandes polêmicas e conflitos quando a equipe de profissionais está diante de um caso que necessite de transfusão de sangue para salvar uma vida. Os seguidores dessa religião possuem argumentos e vão aos seus limites de recusa da transfusão. A Associação Médica de Hematologia recomenda que o médico busque o melhor momento e maneira para a transfusão a fim de evitar conflitos maiores, prevalecendo o bom senso, o respeito e os princípios éticos e legais representados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Regional de Medicina (CRM).

### 3.5.4 Inseminação artificial

- » Conceito: consiste em uma técnica de seleção de um óvulo, extraído em período fértil ou amadurecido com hormônios, e de um espermatozoide, que pode ser obtido por biopsia de testículos para os casos de azoospermia ou pela utilização de gametas retirados de

um banco de esperma. Após a fecundação *in vitro*, a célula embrionária é implantada no útero, seguindo o processo gestacional normal.

Hoje, a inseminação artificial não é mais considerada uma polêmica, tendo boa aceitação por diversas etnias. O aperfeiçoamento da técnica e a continuidade das pesquisas garantem um procedimento mais seguro.

#### Questionamentos morais mais comuns:

- » Deve-se realizar uma fecundação estritamente artificial quando a natureza não a permitiu?
- » É legal manipular formas de vida humana sem ao menos terem nascidos?
- » A criança provinda desse procedimento não tem o direito de conhecer sua história ou seu pai?
- » E os embriões congelados e desprezados após a fecundação, são considerados seres humanos?
- » É correto fazer “experiências” com embriões humanos?

#### Amplie seus conhecimentos

Existem outras situações que são causadoras de grandes polêmicas em diversas situações atuais, tais como aborto, morte cerebral, transgênicos e eutanásia. Pesquise esses assuntos em sites do CFM, CRM, COFEN, COREN e outros órgãos de entidades de classe, e veja as principais legislações vigentes sobre esses assuntos entre outras disposições feitas pelos mesmos. Acesse: <[www.portalcofen.gov.br](http://www.portalcofen.gov.br)>, <[www.coren-sp.gov.br](http://www.coren-sp.gov.br)>, <<http://portal.cfm.org.br>> e <[www.cremesp.org.br](http://www.cremesp.org.br)>.

#### Vamos recapitular?

Neste capítulo estudamos sobre os principais conflitos éticos, morais e legais que podem interferir na rotina da equipe de profissionais que atuam na área da saúde, assim como algumas legislações que nos orientam a analisar melhor as diversas situações.



#### Agora é com você!

- 1) O que você entendeu por liberdade e valores?
- 2) Elabore uma pesquisa sobre cuidados paliativos e aponte os principais pontos significativos para a qualidade de vida do paciente.
- 3) No quadro **Fique de olho!** apontamos duas leis (nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990). Faça uma pesquisa sobre as mesmas e apresente seu trabalho ao professor.
- 4) Descreva cinco direitos e três deveres dos pacientes.
- 5) O que você entendeu sobre a legislação para transfusão sanguínea? Escolha uma das legislações mencionadas, pesquise sobre o assunto e apresente ao seu professor e colegas de classe.
- 6) Diferencie clonagem de inseminação artificial.

# 4

## O SUS e o Atendimento de Enfermagem

### Para começar

Neste capítulo abordaremos o Sistema Único de Saúde (SUS) e o atendimento de enfermagem, as atribuições pertinentes a Lei Orgânica e as responsabilidades e atribuições das esferas municipais e estaduais do SUS.

O objetivo do capítulo é que o aluno tenha conhecimento das atribuições da enfermagem dentro do SUS e as competências que envolvem as esferas do governo.

Vamos aos estudos!

### 4.1 Aspectos fundamentais

A equipe de enfermagem tem se preocupado muito em acompanhar cada vez mais os avanços da ciência e as novas tecnologias. Para isso, tem se aperfeiçoado cada vez mais, comprometendo-se com a qualidade de atendimento de seus clientes.

O grande desafio da equipe de enfermagem e dos profissionais da área da saúde é, sem dúvida, colocar em prática todos os seus conhecimentos, dentro das condições e perspectivas que lhe são oferecidas nos serviços de saúde, independente se esse é público ou privado.

Concretizar o SUS é um projeto coletivo de todo o Brasil e de todos os profissionais da área da saúde, por maiores que sejam os esforços dos envolvidos. Sabemos que as dificuldades persistem em acompanhar os avanços e, conseqüentemente, podem comprometer o atendimento da equipe.

O cuidado com a saúde é responsabilidade de todos os profissionais envolvidos no contexto “saúde” e não apenas de uma especialidade ou outra. Portanto, é preciso ampliar o conceito, a ideia e a operacionalização dos serviços de saúde. Podemos dizer que “as políticas de saúde são propriedades dos governos e não da sociedade” (FIGUEIREDO; TONINI, 2010).

## 4.2 Evolução e legislação do SUS

Em 1987, o movimento pela reforma sanitária conseguiu intervir nas resoluções da Assembleia Nacional Constituinte, inscrevendo um capítulo exclusivo referente à saúde na Constituição de 1988, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo-o como uma nova formulação política e organizacional para a reorganização dos serviços e ações de saúde.

O SUS ampliou seu modelo voltado para saúde/doença a uma visão de coletividade, mudando também suas ações e práticas de serviços, criando seus princípios doutrinários. São eles:

- » **Universalidade:** garantia de assistência a saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão, sem distinção, com gratuidade, sendo ou não contribuintes da previdência nacional.
- » **Integralidade de assistência:** o homem deve ser considerado um ser integral e biopsicossocial, devendo ser atendido integralmente com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, oferecidos pelo mesmo sistema de saúde.
- » **Equidade:** garantia de ações e serviços em todos os níveis, de acordo com a complexidade exigida em cada caso, sem privilégios e barreiras. Os recursos devem ser disponibilizados de acordo com a necessidade de cada um.
- » **Descentralização político-administrativa:** direcionada a cada esfera do governo, quem está mais próximo da população. Possui maior probabilidade de acertos quanto às soluções apresentadas para os problemas de saúde.
- » **Participação da comunidade:** ocorre por meio de conselhos regionais, intensificando a democracia do sistema, visto que dispõe de mecanismos para assegurar o direito e a participação de todos os segmentos envolvidos.

Entre os princípios de **organização**, destacam-se:

- » Descentralização da gestão do sistema com direção única em cada esfera do governo;
- » Regionalização e hierarquização;
- » Participação da comunidade e o caráter complementar do setor privado, descrito no art. 199 da Constituição Federal do Brasil, de 1988.

**Art. 199.** A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - é vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei.

A Constituição da República de 1988 abriu caminho para a descentralização, acolhendo em seu texto muitas das demandas colocadas pela sociedade brasileira, e em particular pelo movimento sanitário (FIGUEIREDO; TONINI, 2009).

O sistema político federativo, constituído pelas três esferas do governo – União, Estados e municípios – considera-as como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica, portanto tornam-se responsáveis pelo desenvolvimento do SUS.

A Constituição do Brasil prevê no seu Art. 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O SUS garante a todos os cidadãos o direito a consulta, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas, sejam públicas ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. Do SUS fazem parte os centros postos de saúde, hospitais, laboratórios e hemocentros, além de fundações e institutos de pesquisa (Fundação Oswaldo Cruz e Instituto Vital Brasil). Dessa forma, o SUS garante, na íntegra, o previsto no Art. 196 da Constituição Brasileira.

A regulamentação do SUS só foi estabelecida no final de 1990, com as seguintes leis: Lei Orgânica de Saúde (LOS), lei nº 8.080; e lei nº 8.142, destacando-se os princípios de organização e operacionais do sistema, como a construção do modelo de atenção fundamentado na epidemiologia, no controle social e em um sistema descentralizado e regionalizado com base municipal.

A [lei nº 8.080](#), de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regulando em todo território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou provisório, por pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado. A lei institui o SUS, regulamentou suas ações em todo o território nacional, estabeleceu diretrizes para seu gerenciamento e descentralização, e detalhou as competências da esfera governamental, enfatizando a descentralização por meio de municipalização dos serviços de saúde, com redistribuição de poder, competências e recursos, em direção aos municípios. Definiu valores e qualidade dos serviços, tratou da gestão financeira, definiu o plano municipal de saúde como base das atividades e da programação de cada nível de direção do SUS e a gratuidade das ações e serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados (FIGUEIREDO; TONINI, 2010).

A [Lei Orgânica de Saúde](#), no seu art. 9º, define que a direção do SUS deve ser única, tal qual disposto no inc. I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercido, em cada esfera do governo, I – âmbito da União pelo Ministério da Saúde, II – âmbito dos Estados e do Distrito Federal pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente, III – âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria da Saúde ou órgão equivalente.

A [lei nº 8.142](#) dispõe sobre a participação da comunidade na gestão SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros no setor da saúde.

As políticas de saúde são dotadas de grande complexidade, das quais se destacam alguns fatos: variadas determinações sobre o estado de saúde da população, multiplicidade de necessidades, diferentes ações e serviços para supri-las, pessoal capacitado e recursos tecnológicos para atendê-las. Esse processo é guiado pelas normas operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias minis-

teriais. São normas que definem as competências de cada esfera do governo e as condições necessárias para Estados e municípios assumam as novas posições no processo de implantação do SUS (FIGUEIREDO; TONINI, 2010).

As Normas Operacionais Básicas (NOB) voltam-se diretamente e indiretamente para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade desse sistema.

## 4.3 O papel dos gestores

O papel do gestor do SUS cresce em importância e responsabilidade. Para alcançar melhores resultados durante a gestão local do SUS, o gestor deve possuir habilidades políticas e técnicas, articuladas de forma a responder aos diversos desafios inerentes a essa função.

Politicamente, o gestor deve ser capaz de negociar e pactuar com os outros indivíduos envolvidos na gestão. Tecnicamente, ele deve direcionar o exercício de suas funções gestoras, articulando habilidades com natureza distinta, para viabilizar a política de saúde.

Para tal, as ações do gestor no setor da saúde devem predominar em quatro campos de atuação, também chamadas de macrofunções gestoras:

- » formulação de políticas e planejamento;
- » financiamento;
- » coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e dos sistemas de saúde;
- » prestação direta de ações e serviços de saúde.

### 4.3.1 O enfermeiro no papel de gestor

A enfermagem adquire cada dia mais relevância na atuação dos Sistemas de Saúde, sendo valorizada pelo seu desempenho profissional e sua contribuição na implantação e na manutenção da política de saúde e, conseqüentemente, em gestão de sistema de saúde.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, destacamos aqui algumas competências específicas da profissão, as quais estão relacionadas com a gestão de saúde, sendo elas:

- » administração e gerenciamento – os profissionais devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- » reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;
- » gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de ética/bioética, com resolutividade tanto no individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;
- » reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

As novas diretrizes curriculares falam de formação crítica e reflexiva, visando à capacitação do enfermeiro para atuar em diferentes níveis de atenção do processo saúde/doença, na perspectiva da integralidade da assistência, o que não se consegue em uma formação hospitalocêntrica.

Nos últimos anos, a enfermagem tem demonstrado potencial para implantação, manutenção e desenvolvimento das políticas de saúde. Demonstra ser o eixo principal para suportar qualquer polí-



tica de saúde que tenha como objetivo a assistência de qualidade. Entretanto, a atuação do enfermeiro como gestor sofre interferências que podem comprometer seu desempenho, dentre as quais se destaca:

- » condições de trabalho insatisfatórias;
- » tensão provocada pela pressão da demanda excessiva;
- » falta de recursos;
- » qualidade insatisfatória e ausência de integralidade no sistema de saúde;
- » precariedade dos sistemas de informação operacionais, dificultando a avaliação de resultados;
- » falta de política de desenvolvimento integrado de recursos humanos;
- » decisões políticas – ingerência política;
- » interesses político-partidários, externo à vida organizacional;
- » falta de conhecimento técnico-científico sobre o sistema de saúde, como também das leis, normas e diretrizes que regem a saúde.

#### 4.3.2 O técnico de enfermagem e o atendimento no SUS

O técnico em enfermagem deve ser comprometido com a proteção e promoção da vida e cuidar do paciente nas diferentes fases do ciclo vital. No atendimento no SUS, faz parte da equipe do Programa de Saúde da Família, dando apoio a quase todas as subáreas da saúde. Ele prepara e acompanha exames diagnósticos; faz a promoção da saúde e segurança do trabalho; presta os primeiros socorros; faz à assistência a pacientes em tratamento clínico e cirúrgico; atua nos programas de higiene e vigilância sanitária, educação para a saúde, prevenção e controle de infecções hospitalares; além de organizar o processo de trabalho em enfermagem.

As atribuições do técnico de enfermagem estão dispostas no Código de Ética da profissão e, de acordo com o Decreto nº 94.406/87, que relembramos aqui. São atribuições do deste profissional:

**Art.10** – O técnico de enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

**I** – Assistir ao enfermeiro:

- a) No planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem.
- b) Na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a pacientes em estado grave.
- c) Na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica.
- d) Na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar.
- e) Na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde.
- f) Na execução dos programas referidos nas letras “i” e “o” do item II do Art. 8º. São eles:
  - (i) Participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco.

(ii) Participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho.

II - Integrar a equipe de saúde.

#### Fique de olho!

As atribuições dos profissionais de enfermagem sempre serão determinadas pelo COFEN e pelo Código de Ética dos Profissionais, independente se prestados em serviços públicos ou privados.

## 4.4 Definição de atribuições pela Lei Orgânica de Saúde

A Lei Orgânica de Saúde estabelece, em seu art. 15, algumas atribuições comuns às três esferas do governo, de maneira abrangente. Destacamos a seguir algumas dessas atribuições comuns à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios, em seu âmbito administrativo.

- » Estabelecimento das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização da assistência de saúde;
- » gerenciamento dos recursos financeiros anualmente destinados à saúde;
- » acompanhamento, avaliação e divulgação das condições de saúde da população e do meio ambiente;
- » criação de normas técnicas, padrões de qualidade e parâmetros de custos próprios da assistência à saúde;
- » elaboração e constante atualização do plano de saúde;
- » elaboração de proposta orçamentária do SUS, de acordo com o plano de saúde;
- » elaboração de regras que regulam as atividades dos serviços privados de saúde, levando em conta sua relevância pública;
- » celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais referentes à saúde, ao saneamento e ao meio ambiente;
- » articulação da política dos planos de saúde;
- » realização de pesquisas e estudos na área da saúde;
- » fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos emergenciais;
- » organização e coordenação do sistema de informação em saúde;
- » participação na elaboração da política e na execução das ações de saneamento básico, bem como colaboração na proteção e na recuperação do meio ambiente;
- » participação efetiva na política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a área da saúde;
- » articulação junto aos órgãos de fiscalização e outras entidades representativas da sociedade civil, a fim de estabelecer padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde.

#### Amplie seus conhecimentos

O Programa Pactuado e Integrado da Assistência (PDI) é um processo pertencente ao SUS, que objetiva a alocação dos recursos da assistência à saúde nos Estados e municípios brasileiros, garantindo que clientes residentes em cidades que não possuam serviços de maior complexidade possam utilizá-los em cidades vizinhas, assegurando, assim, recursos para toda população, conforme determina a Constituição Brasileira. Para mais informações sobre o tema, acesse o site <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/programacao-pactuada-e-integrada>>.



## 4.5 Responsabilidades e atribuições das esferas governamentais

Destacamos a seguir algumas das principais competências e atribuições das esferas governamentais.

### 4.5.1 Competências da União

- » Elaboração, avaliação e apoio a políticas de alimentação e nutrição;
- » participação na criação de políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e trabalhista;
- » gerenciamento dos sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, redes de laboratório de saúde pública, de vigilância epidemiológica e sanitária;
- » estabelecer relação com órgãos afins, de agressões ao meio ambiente ou problemas que provenham dele e tenham repercussão sobre a saúde humana;
- » definir normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos, e fronteiras;
- » interagir com instituições educacionais, órgãos de fiscalização do exercício profissional e entidades de formação de recursos humanos na área da saúde;
- » colaborar técnica e financeiramente com os Estados, o Distrito Federal e os municípios, visando ao aperfeiçoamento de sua atuação;
- » promover a normatização e a coordenação, em nível nacional, do sistema nacional de sangue, componentes e derivados;
- » inspecionar as ações e os serviços de saúde, respeitando-se as competências estaduais e municipais;
- » formular o planejamento estratégico nacional no âmbito SUS, cooperando tecnicamente com Estados, municípios e Distrito Federal.

### 4.5.2 Competências do Estado

- » Promover a descentralização dos serviços e das ações de saúde para os municípios;
- » inspecionar as redes hierarquizadas do SUS;
- » apoiar técnica e financeiramente os municípios e suprir necessidades relativas a ações e serviços de saúde;
- » combater, com órgãos afins, os agravos do meio ambiente que possam repercutir na saúde humana;
- » formular a política e exercer as ações de saneamento básico;
- » formular, executar, acompanhar e avaliar, ocasionalmente a política de insumos e equipamentos necessários a saúde;
- » identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade;
- » estabelecer normas para os devidos controle e avaliação de assistência a saúde;
- » estabelecer normas e padrões para procedimentos de controle de qualidade de produtos de consumo humano;
- » acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade nos estados.

### 4.5.3 Competências do município

- » Gerir e executar serviços públicos de saúde;
- » inspecionar as condições e os ambientes de trabalho;
- » exercer, em âmbito municipal a política de insumos e equipamentos necessários à saúde;
- » criar consórcios administrativos intermunicipais;
- » colaborar no combate às agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana;
- » colaborar com a união e os estados em relação à vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- » inspecionar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- » normatizar as ações e os serviços públicos de saúde em seu âmbito de atuação;
- » atuar no planejamento, na programação e na organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, interagindo com sua direção estadual;
- » gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros.

#### Vamos recapitular?

Neste capítulo estudamos o envolvimento e as atribuições da equipe de enfermagem no Sistema Único de Saúde, bem como a legislação que envolve todo o contexto, pois não temos como falar do SUS sem mencionarmos suas principais legislações. Analisamos também as principais competências das diferentes esferas de gestão do SUS.

Esperamos que o aluno tenha atingido seu objetivo e, assim, preparar-se para o próximo capítulo que trata sobre erro humano e o exercício ético profissional.



#### Agora é com você!

- 1) Quais os princípios que norteiam as ações do SUS?
- 2) Dê sua opinião sobre o art. 199 da Constituição Federal do Brasil, de 1988.
- 3) Quais os campos de atuação do gestor do SUS?
- 4) Descreva três competências da União no âmbito da saúde.
- 5) Elabore uma pesquisa em seu município e verifique se as atribuições a ele concedidas estão de fato sendo realizadas. Pode ser feito em grupo e apresentado aos colegas de sala.
- 6) Faça uma pesquisa sobre a Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PDI). Aponte as principais características do programa. Apresente seu trabalho escrito ao professor.

# 5

## Erro Humano e o Exercício Ético Profissional de Enfermagem

### Para começar

Neste capítulo abordaremos o erro humano, seus conceitos, a condição de erro na enfermagem e o Código de Ética do Profissional de Enfermagem.

O objetivo do capítulo é que o aluno saiba detectar o erro e assumi-lo frente às consequências dentro do seu Código de Ética e evitá-lo a partir do momento que toma para seu conhecimento a importância de seguir as determinações do código de ética da sua profissão.

Vamos aos estudos!

### 5.1 Aspectos conceituais

É de conhecimento de todos que os profissionais de enfermagem devem exercer sua profissão de maneira ética e respeitosa, esforçando-se para oferecer ao paciente e sua família a melhor assistência de enfermagem, atendendo às suas necessidades, respeitando seus valores e suas crenças pessoais, na tentativa de recuperar os agravos, o alívio do sofrimento e a promoção da saúde.

#### 5.1.1 Entendendo o processo de erro

Durante todo o processo de aprendizagem do profissional de enfermagem, é ensinado: “em primeiro lugar, não cause danos”. Entretanto, **falibilidade** é uma característica intrínseca e imutável

do processo de cognição dos seres humanos. Por isso, erros podem acontecer durante a prestação de assistência à saúde.

Uma das definições para erro humano é o “uso não intencional de um plano incorreto para alcançar um objetivo ou a não execução a contento de uma ação planejada” (PEDREIRA; HARADA, 2009).

Uma das características do erro é a não intencionalidade. Assim, podemos esclarecer que condutas premeditadamente imprudentes, imperitas e negligentes não decorrem de erros e, sim, resultam em ações ou planos incorretos.

O processo de cognição humana não é perfeito e a possibilidade de cometer erros é uma característica intrínseca aos seres humanos. Alguns estudiosos e pesquisadores da área da Neurociência Cognitiva procuraram e continuam tentando compreender como as pessoas processam informações e desenvolvem processos que nos permitem pensar, armazenar e organizar ideias por meio de assimilação, repetição e acomodação de informações, tentando também conhecer os processos cognitivos que conduzem a erros humanos (PEDREIRA; HARADA, 2009).

Existem diferentes tipos de conhecimento humano:

- |               |                |
|---------------|----------------|
| » sensorial;  | » teológico;   |
| » popular;    | » intuitivo;   |
| » científico; | » intelectual; |
| » filosófico. |                |

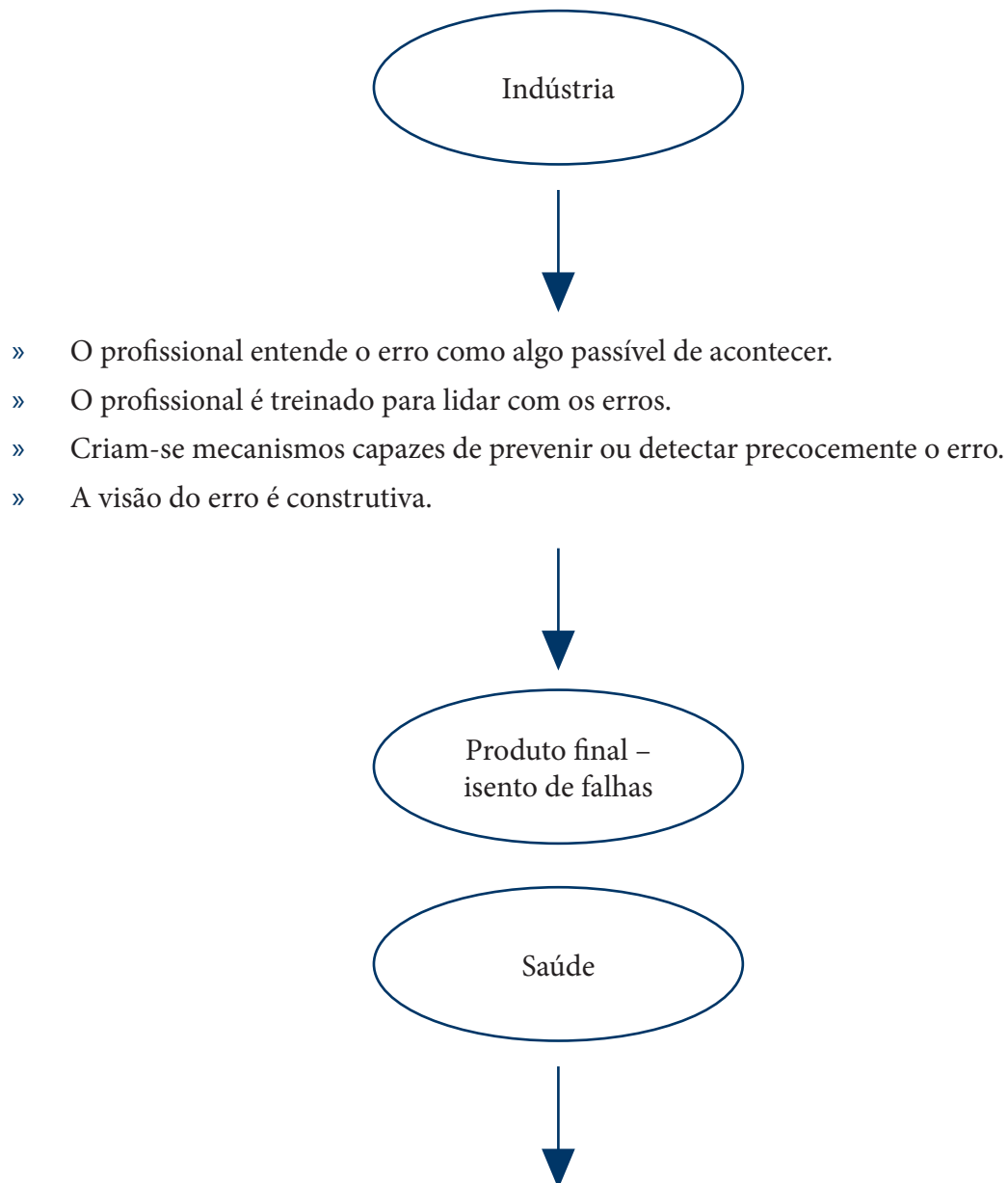
Somente nas últimas décadas os erros humanos começaram a ser tema de pesquisas na área da saúde. No contexto do desenvolvimento do conhecimento humano, a ciência da saúde caracteriza-se como uma das áreas que mais produz resultados importantes que permitam alterar a longevidade e a qualidade de vida por meio da erradicação de doenças, da compreensão da transformação de respostas orgânicas e do alívio do sofrimento, na busca de curar e dirimir agravos à saúde. Nesse contexto, na tentativa de sempre fazer o melhor pelo paciente, profissionais de saúde aprenderam que não podem errar. Assim, o conceito conhecido global e popularmente como “errar é humano”, na área da saúde foi culturalmente atribuído ao mau profissional, um problema do indivíduo e não do sistema de atendimento ou da complexidade na tomada de decisões. A cultura identificada, na prática, atribui erros a falhas na conduta ou no conhecimento dos profissionais de saúde, como incompetência, negligência, imprudência ou corporativismo, enquanto experiências provenientes de outras áreas mostram que esse tipo de abordagem produz efeito contrário ao esperado, dificultando identificação, análise e correção dos fatores implicados (PEDREIRA; HARADA, 2009).

Toda vez que um erro ocorre, a tendência do ser humano é de achar o “culpado” e solicitar compensações e retratações, procurando assegurar-se de que a falha não ocorrerá novamente. Os erros podem se repetir e ser cometidos por diferentes pessoas que realizam uma mesma atividade, pois possuímos processo similar de cognição. Portanto, atribuir “culpados” impede a implementação de medidas e de condutas capazes de prevenir erros que os outros indivíduos possam vir a cometer em situações semelhantes (PEDREIRA; HARADA, 2009).

### Amplie seus conhecimentos

Dados epidemiológicos de diferentes países mostram que a segurança do paciente é uma preocupação mundial. Anualmente, no mundo, dezenas de milhões de pacientes são vítimas de lesões incapacitantes ou morrem em decorrência de práticas inseguras em saúde; tais erros afetam um em cada dez pacientes. Em média, essa estimativa é ainda mais séria em países desenvolvidos. Para pesquisar mais sobre o assunto, acesse o site da Organização Mundial de Saúde (OMS): <http://www.who.int/>.

A título de comparação e de reflexão, observe os exemplos a seguir sobre o erro em uma indústria e na área da saúde. Veja como as abordagens são diferentes.



- » Profissional da saúde não pode errar.
- » A formação profissional não discute a questão do erro.
- » Ausência ou poucos mecanismos de prevenção e até mesmo ineficientes.
- » A visão do erro é geralmente punitiva.



### 5.1.2 Prevenção dos erros

Muitos erros eram identificados no sistema de saúde como resultado de algumas situações, entre eles:

- » impossibilidade de aplicar a teoria à prática;
- » deficiência na estrutura das instituições de saúde, resultando em falta de equipamento, materiais e profissionais necessários para prestação de assistência adequada.

Hoje, a premissa é de que devemos realizar as práticas em saúde baseadas no conhecimento científico. Instituições de saúde que não ofereçam condições de trabalho adequadas e permitam realizar tais práticas precisam ser reestruturadas para promover a segurança de seus pacientes.

A equipe de enfermagem e os demais profissionais da saúde exercem atividades rotineiras e outras consideradas de complexidades diversas em ambientes dinâmicos. Nem sempre o agravo ao paciente advém de grandes falhas realizadas em atividade de alta complexidade, mas sim de pequenos deslizes que ocasionam consequências fatais (PEDREIRA; HARADA, 2009).

Algumas características do sistema de saúde predisõem a ocorrência de falhas e devem servir como campo de investigação e de intervenção para redução de erros. Veja a seguir algumas dessas áreas:

- » ambientes incertos e dinâmicos;
- » diversas fontes de informação;
- » metas do serviço não bem definidas, levando a questionamentos e imprecisões;
- » necessidade de processar informações atualizadas em situações e circunstâncias que mudam rapidamente;
- » problemas imprecisos;
- » ações com consequências imediatas e múltiplas;

- » tecnologia sofisticada com muitas redundâncias;
- » múltiplos indivíduos com diferentes prioridades;
- » ambiente de trabalho altamente influenciado por normas de alguns grupos e pela cultura organizacional.

Identificar o processo cognitivo que envolve a ocorrência de erros e sua classificação conforme suas consequências, como erros de omissão, de planejamento, de identificação e de interpretação de dados clínicos, entre outros, podem gerar modos de gerenciar sua ocorrência estratégica para sua prevenção.

A equipe de enfermagem deve estar atenta a tudo que está ao seu redor – o paciente, o ambiente, os familiares, o acompanhante, os materiais e medicamentos, enfim, tudo que é necessário para o bom andamento da prestação de serviço ao paciente. Para o enfermeiro, gerenciar tudo isso dependerá muito de sua experiência e do envolvimento da sua equipe. Para isso, é comum hoje em dia ver a enfermagem trabalhar com **check-list** e **dupla checagem**. Esses dois aliados servem tanto para o controle dos cuidados do paciente, como para o controle da unidade.

## 5.2 A enfermagem

O profissional de enfermagem tem o direito de trabalhar em condições que protejam o exercício ético da profissão. Muitos profissionais desconhecem seu Código de Ética. Por isso, destacamos aqui três itens que deveriam ser do conhecimento de todos os profissionais:

- » Capítulo 1 do Código de Ética do Profissional de Enfermagem, que respalda a prática de enfermagem ao descrever como responsabilidade e dever profissional em seu artigo 7º: comunicar ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN e os órgãos competentes) fatos que infrinjam dispositivos legais e que possam prejudicar o exercício profissional.
- » Seção I – das relações com a pessoa, família e a coletividade: é direito do profissional de enfermagem, em seu artigo 10, “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”.
- » Seção I – das relações com a pessoa, família e a coletividade: é direito do profissional de enfermagem, em seu artigo 64, “recusar-se a desenvolver atividades profissionais na falta de material ou de equipamentos de proteção individual e coletiva definidos na legislação específica”.

Na prática, observamos que o profissional de enfermagem não está preparado para lidar com os erros, além de o erro estar associado à incapacidade e à falta de conhecimento. Existe também o medo da punição que poderá sofrer tanto por sua supervisão e instituição, quanto pela sociedade.

A falta de análise crítica da prática não permite que medidas de melhoria sejam implementadas e a prática profissional melhorada e transformada, havendo necessidade de mudança na cultura punitiva e individual de análise de erro à segurança de visão sistêmica para mudar esse panorama (PEDREIRA; HARADA, 2009).

### Fique de olho!

Com olhar crítico e investigativo sobre o “erro” de modo geral, mais do que se preocupar em encontrar o “culpado” a ser punido, é preciso apontar as “lacunas” e estabelecer medidas que previnam sua incidência e reincidência, visando ao cuidado adequado ao paciente e o benefício do exercício profissional.

## 5.3 Código de Ética da Enfermagem

Destacamos a seguir um resumo do Código de Ética do Profissional de Enfermagem para que o aluno possa ter conhecimento das tratativas que o contemplam. Mas reforçamos que é de extrema importância e segurança para o profissional que ele tenha conhecimento do Código na íntegra, acessando os sites do COFEN ou do COREN.

- » **Capítulo I – Dos Princípios Fundamentais:** afirma o compromisso da enfermagem com a saúde do ser humano, o exercício da enfermagem com autonomia, respeitando a vida, a dignidade e os direitos do ser humano em todo seu ciclo vital, sem discriminação e dentro dos princípios éticos legais.
- » **Capítulo II – Dos Direitos:** o profissional de enfermagem tem direito a:
  - recusar executar atividades que não é de sua competência legal;
  - participar de movimentos reivindicatórios por melhores condições de assistência e remuneração;
  - recorrer ao COREN de sua jurisdição quando impedido de cumprir este Código;
  - atualizar seus conhecimentos técnicos e científicos.
- » **Capítulo III – Das Responsabilidades:**
  - avaliar sua competência técnica e legal e somente aceitar atribuições quando capaz de desempenho seguro para si e para o cliente;
  - responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individualmente ou em equipe.
- » **Capítulo IV – Dos Deveres:**
  - atuar com ética, responsabilidade, justiça, honestidade, sem discriminar clientela;
  - respeitar os direitos do cidadão;
  - colocar-se à disposição de comunidades em caso de emergência;
  - comunicar ao COREN de sua jurisdição caso que infrinjam o presente código;
  - garantir a continuidade da assistência de enfermagem.
- » **Capítulo V – Das Proibições:** negar assistência, abandonar o cliente, praticar atos que incumbem a outro profissional (exceto em casos de emergência), provocar maus tratos, assinar ações de enfermagem que não executou.



» **Capítulo VI – Dos Deveres Disciplinares:**

cumprir as normas e obrigações com o COFEN e o COREN de sua jurisdição;

facilitar a fiscalização do exercício profissional;

manter regularizadas suas obrigações;

apor o número de sua inscrição no COREN em sua assinatura, quando no exercício profissional.

**Capítulo VII – Das Infrações e Penalidades:** ao profissional que for penalizado eticamente, poderão ser impostas as seguintes penalidades, determinadas no artigo 18 da lei nº 5.905/73:

**Advertência verbal:** é aplicada ao profissional, de forma reservada, e será registrada no prontuário dele, na presença de duas testemunhas;

**Multa:** obrigatoriedade de pagamento de um a dez vezes o valor da anuidade da categoria profissional à qual pertence o infrator;

**Censura:** repreensão que será divulgada nas publicações oficiais do COFEN e CORENs.

**Suspensão do exercício profissional:** proibição do exercício de enfermagem por um período não superior a 29 dias. Será divulgada nas publicações oficiais do COFEN e CORENs.

**Cassação do direito do exercício profissional:** perda do direito ao exercício da enfermagem e será divulgada nas publicações do COFEN e CORENs. Esta penalidade é de competência do COFEN.

## Vamos recapitular?

Neste capítulo estudamos sobre erro humano e o envolvimento da enfermagem referente a esses erros, bem como a falta de conhecimento do Código de Ética. Vimos também as dificuldades encontradas pela enfermagem quando da ocorrência de erro dentro da equipe e um resumo dos pontos mais importantes do Código.



## Agora é com você!

- 1) O que é falibilidade?
- 2) Elabore uma pesquisa sobre o processo de cognição humana e aponte como isso interfere no erro. Apresente o trabalho de forma escrita ao professor.
- 3) Com base no trecho do capítulo “a título de comparação e de reflexão”, debata em sala de aula sobre o assunto. Conte com a ajuda do professor.
- 4) Elabore uma pesquisa sobre as perspectivas que a enfermagem deve estar traçando para evitar os erros dentro das instituições de trabalho. Faça o trabalho em grupo, simule uma situação de erro e apresente os pontos dessas perspectivas.
- 5) Quais as áreas que devem servir como campo de investigação e de intervenção para redução de erros. Descreva três delas.
- 6) Quais as principais “bases” do Código de Ética de Enfermagem que todo profissional deveria saber?

# 6

## Aspectos Éticos e Legais nas Diferentes Especialidades

### Para começar

Neste capítulo estudaremos sobre os processos éticos e legais dentro das especialidades e procedimentos que envolvem a assistência de enfermagem. Iniciaremos pela Unidade de Terapia Intensiva (UTI), seguiremos para Emergência e, depois, para “feridas” e oncologia. Dentre as áreas que envolvem o atendimento e assistência de enfermagem, destacamos essas áreas como as mais complexas envolvendo a enfermagem, dentro do contexto ético e legislação.

O objetivo é que o aluno saiba identificar essas necessidades e atue de forma segura no seu cotidiano.

Vamos aos estudos!

### 6.1 Unidade de Terapia Intensiva

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) foram criadas na década de 1960, com grande eficácia no tratamento das vítimas da guerra do Vietnã, e continuam tendo repercussão até hoje dentro dos hospitais que prestam esse tipo de serviço, acompanhando as evoluções científicas, principalmente os avanços na área da biotecnologia.

#### 6.1.1 Aspectos conceituais

As UTIs são unidades altamente especializadas, tanto em recursos materiais quanto humanos. Seu principal objetivo é a restauração da saúde e da vida a partir da combinação de cuidados inten-

sivos de enfermagem com a constante atuação de médicos intensivistas no atendimento ao cliente crítico (FIGUEIREDO, 2009a).

A necessidade de oferecer um atendimento especial faz com que as UTIs reúnam em seu núcleo uma equipe altamente qualificada e com características peculiares. Nem sempre o bom desempenho está garantido pela reunião de equipamentos de alta tecnologia, mas pelo que chamamos de potencial humano, sendo esse o fator mais importante. De nada adianta termos tecnologia se não soubermos manuseá-la.

As UTIs devem responder a uma série de exigências, além das previstas conforme as Normas Técnicas e a regulação da Anvisa, já estudadas anteriormente, em nível de pessoal, ou seja, de recurso humano. Dentre elas, destacamos:

- » competência;
- » habilidade e destreza;
- » disponibilidade para ficar “confinado” no ambiente hospitalar;
- » disposição para cuidar de clientes críticos;
- » conhecimento técnico e científico;
- » permanente atualização.

### 6.1.2 Legislação e situações específicas

Os aspectos mais relevantes quanto à legislação e as situações específicas são:

- » **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986:** regulamenta o exercício profissional e dá outras providências.

**Art. 2º:** defende que a enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no COREN. O profissional que não estiver inscrito ou esteja com sua credencial vencida, está automaticamente exercendo a profissão ilegalmente.

**Art. 11º:** diz que o enfermeiro exerce todas as atividades, cabendo-lhe privativamente os cuidados diretos de enfermagem a clientes graves com risco de vida, e os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. O enfermeiro que delegar essas funções aos auxiliares e técnicos estará descumprindo esse artigo, o que lhe será responsabilizado pelo Código de Ética.

- » **Prescrição de medicamento por orientação verbal:** não é correto que esse tipo de situação aconteça em UTIs, uma vez que existe médico intensivista durante 24 horas no setor. Porém, em determinados casos críticos, isso pode ocorrer. A Decisão COFEN nº 225/2000, embora não seja uma lei, serve como prerrogativa para os profissionais de enfermagem ao decidirem pelo cumprimento ou não de uma prescrição a distância, ou seja, escrita, mas relativas há dias anteriores. Essa decisão dispõe sobre o cumprimento de prescrição medicamentosa/terapêutica a distância e apresenta o seguinte:

**Art. 1º:** É vedado ao profissional de enfermagem aceitar, praticar, cumprir ou executar prescrições medicamentosas/terapêuticas, oriundas de qualquer profissional da área da saúde, por meio de rádio, telefonia ou meios eletrônicos, no qual não conste a assinatura dos mesmos.

**Art. 2º:** Não se aplicam ao artigo anterior as situações de urgência, nas quais, efetivamente, haja iminente e grave risco de vida ao cliente.

**Art. 3º:** ocorrendo o previsto no art. 2º, obrigatoriamente deverá o profissional de enfermagem elaborar relatório circunstanciado e minucioso, em que devem constar todos os aspectos que envolvam a situação de urgência, que levou a praticar o ato, vedado pelo art. 1º. Recomenda-se que essa decisão sirva de fundamentação legal para tomada de decisão por parte dos profissionais e enfermagem com relação a essa situação. Essa decisão também deve ser levada ao conhecimento da direção do hospital.

- » **Prescrição de medicamentos:** está prevista na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e deverá ser realizada considerando o que determina os programas de saúde pública oficiais, bem como as rotinas e os protocolos aprovados pela instituição responsável pelo enfermeiro. Mesmo sendo respaldado pela lei, o enfermeiro deve estar sempre atualizado.

**Resolução COFEN nº 162/1993:** dispõe sobre a administração de nutrição parenteral e enteral.

**Art. 1º:** aprovar as normas de procedimentos a serem utilizadas pela equipe de enfermagem no suporte nutricional, em forma de regulamento anexo a essa resolução.

**Art. 2º:** esta resolução entra vigor na data de sua assinatura, revogando as disposições contrárias.

#### Fique de olho!

Consultem no site de seus respectivos CORENs as seguintes Decisões: decisão sobre transporte de paciente; sobre administração de medicamentos a partir de prescrições vencidas; sobre a retirada de materiais em pacientes submetidos à angioplastia coronariana; sobre coleta de sangue arterial; e sobre a segurança do paciente.

## 6.2 Atendimento de emergência

Em atendimento em emergência, convivemos e observamos diferentes situações assistenciais que envolvem questões éticas, não no aspecto tradicional literário, mas sim no aspecto assistencial no campo da saúde (VIEIRA; FIGUEIREDO, 2009).

### 6.2.1 Ética em emergência

Os profissionais da equipe de enfermagem convivem com circunstâncias que se relacionam com a base ética do compromisso profissional e de seus valores pessoais. As limitações e os obstáculos na aplicação do direito à assistência em emergência estão ligados aos obstáculos de natureza estruturais (VIEIRA; FIGUEIREDO, 2009).

Para a equipe de enfermagem, prevalece o Código de Ética de Enfermagem em qualquer tipo de atendimento em emergência, sendo complementado com o bom senso, com a expertise do líder da equipe e, acima de tudo, com a destreza e agilidade no atendimento. Todos os conceitos devem estar ativos na mente do profissional, de forma ordenada e objetiva, tornando o atendimento eficaz.

### 6.2.2 Legislação

Além de toda legislação já conhecida e mencionada em nossos estudos, incluem-se os delitos legais previstos no Código Penal, art. 15, item II. Diz-se crime culposo quando o agente der causa do resultado por imprudência, negligência ou imperícia.

- » **Imprudência:** caracteriza-se quando o profissional não está capacitado a realizar o ato.
- » **Negligência:** caracteriza-se quando o profissional deixa de dar ao cliente o cuidado e atenção que o caso exige.
- » **Imperícia:** existe ao executar mal o ato para o qual o profissional estava capacitado.

O delito pode resultar em:

- » incapacidade temporária;
- » incapacidade permanente;
- » debilidade permanente;
- » perda ou inutilização de membro, sentido ou função;
- » deformidade permanente.

O art. 133 do Código Penal diz ser crime “abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda e vigilância ou autoridade e por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono”.

O art. 135 do mesmo código diz que a omissão de socorro é quando se deixa de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal; a criança abandonada ou extraviada ou a pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo ou não.

Portanto, o atendimento a vítimas emergenciais deve ser feito por pessoal capacitado, com conhecimento técnico científico, evitando atendimento inadequado com sequelas ao cliente.

#### Amplie seus conhecimentos

Fatos jurídicos são fenômenos do mundo exterior que podem causar efeitos jurídicos sem manifestação da vontade humana. Atos jurídicos são acontecimentos que geram efeitos legais e são originários da consciência e da vontade humana, podendo ser ilícito ou lícito, ou seja, contrários ou não ao direito. Mais detalhes sobre os temas podem ser obtidos no site: <[www.ebah.com.br](http://www.ebah.com.br)>.

## 6.3 Feridas

O tratamento de feridas requer da equipe de enfermagem uma postura bioética que seja condizente com a compreensão do ser humano como pessoa revestida de toda sua dignidade.

Com relação à dignidade, é importante compreendê-la no sentido dos direitos humanos fundamentais, pois se trata de ir além da determinação dos dispositivos de um código de deontologia (SILVA, 2011).

### 6.3.1 Legislação

As feridas causam danos e lesão ao paciente, e seu tratamento está respaldado pelo profissional de enfermagem e esta por lei. Além das complicações previstas no Código Penal como delitos e danos, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem refere-se às infrações, utilizando as denominações “leves, graves e gravíssimas”.

O Capítulo VI, relativo aos deveres disciplinar, art. 88, cita as infrações leves como aquelas que, ofendem a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade”. As graves são consideradas as que “provocam perigo de vida, debilidade temporária de membro, sentido ou função em qualquer pessoa” e as gravíssimas são as que “provocam morte, deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, ou ainda dano moral irremediável em qualquer pessoa.

Os artigos 89 e 90 fazem alusão aos fatores atenuantes e agravantes da infração para efeito de aplicação das penalidades.

É de conhecimento dos profissionais de enfermagem que o aparecimento de lesões cutâneas pode ser decorrente de uma multiplicidade de fatores e muitas vezes tende a ocasionar danos irreversíveis para o cliente. Dessa forma, o profissional de enfermagem deve demonstrar conhecimento aprimorado de seu posicionamento ético sobre as decisões a serem tomadas e os seus consequentes comprometimentos jurídicos, que transcendem às referências contidas em seu Código de Ética e de Deontologia (SILVA, 2011).

### 6.3.2 Autonomia do enfermeiro na prevenção e no tratamento de feridas

Muito se questiona sobre as responsabilidades e autonomia do enfermeiro frente a determinados procedimentos no tratamento de feridas.

Segundo o art. 1º do Capítulo 1 da Resolução COFEN nº 240/2000,

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

O art. 6º dessa mesma lei diz “o profissional de enfermagem exerce a profissão com autonomia, respeitando os preceitos legais da enfermagem”.

A prescrição da utilização de colchões especiais, aplicação de hidratantes para a pele e/ou produtos que sejam classificados pela Resolução RDC nº 211, da Anvisa, qual consta na classificação de produtos de higiene e cosméticos grau 1 e 2, podem ser prescritos pelo enfermeiro. Cabe ao enfermeiro também prescrever a utilização de qualquer tipo de cobertura que se enquadre na descrição de produtos para saúde, segundo a classificação da Anvisa, ainda que sejam definidos como grau de risco 1, 2, ou 3. Para isso, o enfermeiro deve estar capacitado para tal atribuição.

A lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1997, estabeleceu normas sobre o exercício da enfermagem, deixando claro que cabe privativamente ao enfermeiro os cuidados diretos prestados a clientes graves com risco de morte, e os de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas – art. 11, inc. I, alíneas “I” e “m” da lei c/c art. 8º, inc. I, alíneas “g” e “h” do Decreto.

O COFEN estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem em suas resoluções nº 197/1997 e 260/2001. Portanto, o tratamento específico de lesões pode estar associado a uma série de terapias alternativas que, sem dúvida, auxiliam no tratamento e recuperação.

Outro respaldo por lei para os enfermeiros são os protocolos das instituições, uma forma precisa e eficaz de dar mais autonomia ao profissional. Os protocolos devem ser desenvolvidos por enfermeiros, baseados em práticas clínicas e evidências. Deverá ser aprovado pela diretoria clínica e de enfermagem e validado pela equipe de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

**Importante:** é obrigação do enfermeiro “manter-se atualizado, ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, da coletividade e do desenvolvimento da profissão” – Resolução COFEN nº 240/2000, art. 18.

## 6.4 Oncologia

O câncer pode ser entendido como um processo de crescimento no qual uma célula normal do organismo sofre modificações e adquire capacidades especiais. Sendo assim, o termo **neoplasia** é definido como crescimento novo, com funcionamento descontrolado, divisão e crescimentos não regulados, além de uma motilidade anormal, podendo ser benigna ou maligna. O câncer é um termo comum para todas as neoplasias malignas (FIGUEIREDO *et al.*, 2009b).

Cuidar de pacientes com câncer exige, além de conhecimento técnico científico, o respeito ao outro, fundados em princípios de bioética e da ética profissional, bem como a necessidade de promover interações, buscando nas ações dos cuidados, o respeito ao ser humano em toda sua dimensão social, econômica, política e cultural. Para tal, a Resolução COFEN nº 290/2004 fixa a oncologia como uma das especialidades de enfermagem, sendo competência do enfermeiro.

### 6.4.1 Fundamentos éticos e bioéticos

Quando se trata de cliente oncológico, partimos do pressuposto de que, além da doença em si, verifica-se expressa a questão da dor, do mecanismo da dor e da complexidade que a mesma envolve, evidenciando sofrimento e falta de domínio do corpo (FIGUEIREDO *et al.*, 2009b).

A fundamentação bioética contribui para o diálogo, compreensão e relacionamento interdisciplinar e paciente. Segundo os princípios da bioética (estudados anteriormente), as ações profissionais da enfermagem ao cliente de oncologia devem ser pautadas respeitando-se a liberdade do cliente, por se constituir no fundamento da dignidade humana.

### 6.4.2 Postura do profissional de enfermagem perante o paciente portador de câncer

A capacidade de ouvir, de estar presente e ser solidário são características presente no profissional de enfermagem e, com certeza, de grande valia ao paciente portador de câncer e seus familiares. Porém, deparamo-nos com expressões e frases do tipo: “Deus sabe o que faz” ou “isso vai passar”, assim como percebemos em unidades de tratamento barulho excessivo e grupo de profissionais que se exaltam durante o horário de trabalho com conversas e comportamentos inadequados, muitas vezes sem perceber, podendo ser interpretado pelo cliente e seus familiares como um desrespeito a dignidade do outro. Por isso, cada vez mais é cobrada dos profissionais de saúde uma postura digna de confrontar com a dor e o sofrimento alheio.



O tratamento do portador de câncer pode estar dividido em quatro fases:

- » **Fase anterior do diagnóstico:** é a fase em que se espera a não confirmação do diagnóstico, a fase em que se procura por todos os caminhos e direções válidas para obter respostas àquilo que o cliente sente.
- » **Fase aguda:** acontece durante o processo de diagnóstico, em que cliente e família tentam entender o resultado e discutir como tratá-lo. Nessa fase, a equipe de enfermagem já está próxima ao paciente e a visão do líder da equipe já determina o quanto esse paciente precisa de suporte emocional.
- » **Fase crônica:** é o período situado entre o diagnóstico e o resultado do tratamento, no qual o paciente procura vivenciar seu cotidiano de forma menos traumática. Os problemas sociais, morais, religiosos, econômicos e psicológicos se acentuam nessa fase, comprometendo também a rotina de ir e vir dos hospitais.
- » **Fase de recuperação ou morte:** é a fase final, na qual novas metas deverão ser definidas pela família sabendo do prognóstico do paciente.

### 6.4.3 Legislação

Todas as legislações pertinentes ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem já estudadas, e as demais legislações também já vistas, encaixam-se no tratamento para paciente portador de câncer.

### 6.4.4 Direitos do cliente portador de câncer

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), são direitos do cliente portador de câncer:

- » amparo assistencial ao idoso e ao deficiente – Lei Orgânica de Assistência Social;
- » aposentadoria por invalidez;
- » auxílio-doença;
- » isenção de imposto de renda na aposentadoria;
- » isenção de ICMS na compra de veículo adaptado;
- » isenção de IPMI na compra de veículo adaptado;
- » isenção de IPVA para veículo adaptado;
- » quitação do financiamento da casa própria;
- » saque do FGTS;
- » saque do PIS;
- » passe livre.

Os direitos do cliente com câncer são protegidos pelos Códigos de Ética dos Profissionais de Saúde, ressaltando-se o direito à verdade, o direito a não ter seu tratamento interrompido nem complicado, e o direito a não ser abandonado durante o tratamento por nenhum profissional de enfermagem que o acompanhe (FIGUEIREDO *et al.*, 2009b).

Para todas as situações descritas nesse capítulo, existe na equipe de enfermagem um líder, um profissional que responde às entidades de classe como Responsável Técnico pelo serviço. Essa determinação está explícita na Resolução COFEN nº 168/1993.

- » Resolução COFEN nº 168/1993: baixa norma para anotação da responsabilidade técnica de enfermeiro, em virtude de chefia de serviço de enfermagem, nos estabelecimentos das instituições e empresas públicas, privadas e filantrópicas, na qual é prestada assistência a saúde.

**Art. 1º** - A anotação, pelos CORENs, da responsabilidade técnica de enfermeiro pela chefia de Serviço de Enfermagem nos estabelecimentos prestadores de assistência à saúde, pertencentes a instituições públicas ou privadas ou por elas mantidas ou conveniadas, passa a ser regida pela presente Resolução.

**Art. 2º** - Toda instituição de saúde onde existem atividades de enfermagem, obrigatoriamente deverá requerer anotação de responsabilidade técnica ao COREN de sua jurisdição.

**§ 1º** - Os estabelecimentos prestadores de assistência de saúde públicos, privados e filantrópicos, devem apresentar Certidão de Responsabilidade Técnica (CRT) de enfermeiro, para receberem autorização ou alvará de funcionamento e a renovação deste.

## Vamos recapitular?

Estudamos a assistência de enfermagem e o envolvimento ético e legal nas diferentes especialidades que envolvem esse serviço. Vimos também os direitos do paciente portador de câncer e o complexo atendimento que envolve esse tipo de doença.

Espero que o objetivo dos estudos tenha sido alcançado, para assim darmos início ao estudo da Política Nacional de Humanização.



## Agora é com você!

- 1) Com relação às UTIs e recursos humanos, quais as características que esses profissionais devem apresentar?
- 2) Elabore uma pesquisa sobre a RDC nº 211 e aponte os produtos de higiene e cosméticos inseridos nas categorias graus 1 e 2. Apresente seu trabalho escrito.
- 3) Descreva com suas próprias palavras o que defende os artigos da lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício profissional e dá outras providências.
- 4) Qual a diferença entre fatos jurídicos e atos jurídicos?
- 5) Elabore uma pesquisa sobre o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e aponte os pontos relevantes quanto à assistência aos portadores de câncer.
- 6) Elabore uma pesquisa sobre a autonomia do enfermeiro no tratamento de feridas baseados nas leis que regulamentam o serviço. Faça em grupo e apresente seu trabalho aos colegas de sala.

# O Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Humanização

## Para começar

Neste capítulo estudaremos a Política Nacional de Humanização (PNH), seus conceitos, bases legais, princípios, diretrizes e as estratégias que norteiam o programa e o envolvimento da equipe de enfermagem.

Nosso objetivo é que o aluno tenha conhecimento de como o programa pode influenciar na vida dos indivíduos.

Vamos aos estudos!

## 7.1 Aspectos conceituais

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, serviu de base à conquista da sociedade brasileira, organizada no Movimento da Reforma Sanitária, para que, na Constituição Federal de 1988, fosse reconhecido o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação da população como princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009; FALK, 2006).

As Leis Orgânicas da Saúde regulamentam esses princípios, reafirmando a saúde como direito universal e fundamental do ser humano. O conceito ampliado de saúde elaborado nessa conferência define que “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços

de saúde”. Essa definição envolve reconhecer o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida (FALK, 2006).

Porém, passados 13 anos da criação do SUS, em 2003, o Ministério da Saúde (MS) decide priorizar o tema da humanização como aspecto fundamental a ser contemplado nas políticas de saúde. Tal priorização é clara em todo o conteúdo do Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, nos seus nove eixos temáticos, que enfatiza a humanização dos serviços de saúde, tanto nas relações quanto nos atendimentos, a qualidade de vida no trabalho, o caráter multiprofissional do trabalho na saúde e a rejeição de qualquer tipo de preconceito (FALK, 2006; BRASIL, 2004).

O eixo temático II, na diretriz 47 desse relatório, prevê a implantação de uma política de humanização. Esta vem substituir o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), de 2000, que buscou implementar no SUS o conceito de atendimento humanizado. O objetivo do PNHAH seria o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários e profissionais e entre hospital e comunidade, visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por essas instituições.

### 7.1.1 Conceitos básicos

**Humanizar** as práticas de atenção e de gestão é assumir o desafio da construção de uma política que se faça pública e coletiva. Entendemos por **gestão** o processo que compreende a organização dos processos de trabalho, a dinâmica da integração da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação.

Na qualificação do SUS, a **humanização** deve ser vista como uma política que opere transversalmente em toda a rede pública. Uma transversalidade que atualiza um conjunto de princípios por meio de ações e modos de agir nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. A humanização como política transversal supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde (FALK, 2006). **Transversalidade** pode ser definida como o grau de abertura que garante às práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção, a partir de uma tomada de decisão que faz dos vários atores sujeitos do processo de produção da realidade em que estão implicados.

Conforme documento oficial, a PNH propõe-se, como política transversal:

- » a melhorar o acesso, o acolhimento e a qualidade dos serviços prestados no SUS;
- » construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- » oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- » contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

## 7.2 Humanização na saúde

A utilização do termo “humanização” na área da saúde, em especial na enfermagem, causa certo impacto, gerando questionamentos do tipo: “como entender a necessidade de humanizar uma relação quando se fala de enfermagem, cuja função é cuidar e zelar de um ser humano?”. O conceito

de humanização da assistência merece uma definição mais clara, baseada em uma diretriz de trabalho e com movimento de parcela dos profissionais e gestores, deixando de ser apenas um “aporte teórico-prático” (BRASIL, 2009).

A proposta de um modelo de humanização centrado no diálogo entre usuários, profissionais e gestores, visa instituir uma nova cultura de atendimento, instaurando o processo de comunicação como conceito chave da humanização. Para humanizar, é necessário garantir à palavra sua dignidade ética, ou seja, as palavras com que o indivíduo expressa as percepções de dor, sofrimento ou prazer devem ser reconhecidas pelo outro, tanto quanto esse indivíduo precisa ouvir do outro palavras do seu relacionamento para serem humanizadas.

Para a enfermagem, diante desses conceitos de humanização, é fundamental colocar em prática a essência da profissão, que consiste na ciência do cuidar, com base nas capacidades para escutar e tocar, contudo é imprescindível incluir no elenco de prioridades a consideração para com os clientes e demais profissionais, os quais possuem direitos e deveres de participação e decisão (OGUISSO, 2010; FALK, 2006).

#### Fique de olho!

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde (PNHAGS) consolida-se na Rede de Atenção Oncológica a partir de sua incorporação pela Política Nacional Oncológica, instituída em dezembro de 2005, por meio da Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2004, que, em consonância com as diretrizes e estratégias de democratização institucional, estabelecidas no âmbito da construção do SUS, promove a descentralização e a valorização da corresponsabilidade entre rede de serviços e as equipes profissionais, visando integralidade de atenção no setor de Oncologia.

## 7.3 Bases da Política Nacional de Humanização e Gestão à Saúde

Operando com o princípio da transversalidade, a Política Nacional de Humanização (PNH) lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2004).

Os valores que norteiam essa política são a **autonomia** e o **protagonismo** dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. A PNH não é um mero conjunto de propostas abstratas que esperamos tornar concreto. Ao contrário, o Humaniza SUS apresenta-se como uma política construída a partir de possibilidades e experiências concretas (BRASIL, 2004).

### 7.3.1 Gestão participativa e cogestão

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus princípios definidos na Constituição Federal a participação social, que resulta em maior democracia no espaço da gestão da saúde. Esta gestão é realizada pelos estados e municípios, pois o SUS adota, como estratégia organizativa, a descentralização para atingir os cidadãos em seu cotidiano.

Para operacionalizar a participação social, a lei nº 8.142, orienta sobre a formação dos conselhos de saúde no âmbito nacional, estadual e municipal. Esses conselhos são compostos por

trabalhadores e gestores de saúde e por usuários do sistema. As representações dos usuários e dos trabalhadores no Conselho Municipal, Estadual e Nacional de Saúde devem ter legitimidade e compromisso político com seus representados. Dessa forma, para garantia da representatividade e da legitimidade, toda sua atuação deveria ser precedida por consulta sobre os interesses de sua comunidade e seguida por retornos informativos sobre os resultados da atuação.

Conforme a lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, as conferências nacionais de saúde acontecem regularmente a cada quatro anos e são convocadas pelo Poder Executivo ou pelo Conselho Nacional de Saúde. Independentemente da convocação nacional, os municípios podem e devem realizar suas conferências para debate das diretrizes e para o cuidado da saúde de sua população. Sugere-se que a convocação seja logo após o gestor assumir o cargo, pois assim estará construindo seu plano municipal de forma mais adequada aos anseios e às necessidades da população (FALK, 2006; BRASIL, 2004). Os gestores das três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal) instituíram espaços de negociação e definição de pactos acerca dos assuntos da gestão. Trata-se da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional, e das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual, com representações do Estado e dos municípios.

A participação social, no entanto, não pode estar restrita a essas instâncias formalizadas para o controle social. Esta deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia das unidades de atenção do SUS, em que a participação ainda é pequena. Mesmo os trabalhadores de saúde ainda participam pouco das decisões sobre os rumos das unidades em que trabalham. Pode-se atribuir ao fato de que lhes pareça uma participação difícil ou complexa, tanto por excesso de burocracia quanto por uma gestão centralizadora e pouco participativa no sistema de saúde. Percebe-se que ao longo do tempo os serviços de saúde organizaram seu processo de trabalho baseando-se no saber das profissões e das categorias (as coordenações do corpo clínico ou médico, da enfermagem, dos assistentes sociais etc.), e não em objetivos comuns. Na verdade, esse tipo de organização não tem garantido que as práticas se complementem ou que haja solidariedade na assistência, nem que as ações sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Isso tem acarretado falta de motivação dos profissionais e de incentivo ao envolvimento dos usuários. Por isso, a gestão participativa é importante como um instrumento valioso na construção dessa mudança, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho (BRASIL, 2004).

A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores (FALK, 2006).

Os serviços de saúde têm três objetivos finalísticos: a produção de saúde, a realização profissional e pessoal dos trabalhadores e a sua própria reprodução enquanto política democrática e solidária, isto é, que inclui a participação de trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, em um pacto de corresponsabilidade.

O sistema de cogestão procura articular o novo formato no atendimento em saúde, com a participação dos envolvidos no trabalho em equipe. Dessa maneira, acredita-se que a implementação das diretrizes do SUS estará assegurada e será possível, ao mesmo tempo, garantir motivação, estímulo à reflexão e aumento da autoestima dos profissionais, bem como o fortalecimento do empenho no trabalho, a criatividade na busca de soluções e o aumento da responsabilidade social (FALK, 2006).



Para promover a gestão participativa, ou seja, maior democratização nos processos de decisão, vários caminhos podem ser adotados. Para tanto, **dispositivos/arranjos** estão sendo implementados nos múltiplos espaços de gestão do SUS, e com bons resultados.

#### Amplie seus conhecimentos

A implementação da PNH, por meio do Projeto INCA de Humanização, prioriza o vínculo terapêutico entre profissionais de saúde e usuários, afirmando uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas se propõe a proporcionar qualidade de vida aos indivíduos. Esse projeto vem desenvolvendo planos de ação nas áreas administrativas, de desenvolvimento e formação de pessoal, da atenção ao cuidador e na atenção oncológica em suas diversas formas. Mais informações sobre o tema podem ser obtidas no site do INCA: <[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)>.

## 7.4 Princípios norteadores da PNH

Com relação aos princípios norteadores da Política Nacional de Humanização, destacamos (BRASIL, 2009):

- » a valorização da dimensão subjetiva e social das práticas de atenção e gestão;
- » o fortalecimento do trabalho em equipe;
- » o apoio à construção de redes cooperativas e solidárias;
- » a construção de autonomia e protagonismos de sujeitos e coletivos com corresponsabilidade;
- » a participação e o fortalecimento do controle social e a democratização das relações de trabalho.

Esses princípios norteadores articulam as ações de humanização em três eixos centrais (BRASIL, 2009; FALK, 2006):

- » **Direito à saúde:** acesso com responsabilidade e vínculo, continuidade do cuidado em rede, garantia dos direitos do usuário, aumento da eficácia das intervenções e dispositivos.
- » **Trabalho criativo e valorizado:** construção de redes de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde.
- » **Produção e disseminação de conhecimentos:** aprimoramento de dispositivos da PNH, formação, avaliações, divulgação e comunicação.

A **inseparabilidade** entre gestão e atenção apresenta-se como transversal na PNH. Por isso, a gestão dos processos de trabalho em saúde não pode mais ser compreendida como tarefa administrativa separada das práticas do cotidiano, ou seja, dos modos de trabalhar e viver. A **indissociabilidade** entre os campos da clínica, da saúde pública e da gestão possibilita a integração entre as formas de conceber e organizar o trabalho em saúde, ao mesmo tempo em que lança um desafio à rede de atenção e aos usuários (BRASIL, 2009; FALK, 2006).

Essa temática da humanização do atendimento em saúde é altamente relevante, cabendo às instituições proporcionarem espaços para que os profissionais possam colocar em prática as ações humanizadoras. Sendo assim, as instituições que envolvam o trinômio assistência-saúde-ensino devem abordar a humanização no processo de formação dos profissionais de saúde, valorizando as relações interpessoais e desenvolvendo habilidades para a escuta e o diálogo (BRASIL, 2009).

## 7.5 Estratégias da PNH

A implementação da PNH pressupõe eixos de ação visando a institucionalização, a difusão dessa estratégia e, sobretudo, a apropriação de seus resultados por parte da sociedade (BRASIL, 2004; 2009).

- » **No eixo SUS:** incluir a humanização nos planejamentos das três esferas de governo, sendo pactuada na agenda de saúde pelos gestores e conselhos de saúde.
- » **No eixo da gestão de trabalho:** assegurar a participação dos trabalhadores nas discussões e decisões, motivando-o quanto ao autodesenvolvimento e ao crescimento profissional.
- » **No eixo do financiamento:** integrar os resultados vinculados a programas específicos de humanização mediante compromisso dos gestores com a política de humanização.
- » **No eixo da atenção:** propor uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da ampliação da atenção integral à saúde, incluindo promoção da intersetorialidade.
- » **No eixo da educação permanente:** incluir como conteúdo de graduação, pós-graduação e extensão, vinculando-a aos polos de educação permanente e as instituições de formação.
- » **No eixo da informação/comunicação:** incluir a humanização na mídia e em um discurso social mais amplo.
- » **No eixo da gestão da humanização:** acompanhar e avaliar sistematicamente as ações realizadas, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS.

### Vamos recapitular?

Neste capítulo estudamos toda a complexidade que envolve a Política Nacional de Humanização, seus critérios e desenvolvimentos dentro do atendimento a saúde. Vimos também a relação da PNH com as esferas do governo e suas estratégias.

Esperamos ter alcançado nosso objetivo.



### Agora é com você!

- 1) Elabore uma pesquisa sobre as diretrizes específicas da PNH por nível de atenção: básica, de urgência, especializada e hospitalar. Aponte os pontos que você acha relevante ao serviço de enfermagem. Faça o trabalho em grupo e apresente ao professor.
- 2) Defina humanização e transversalidade.
- 3) Quais os valores que norteiam a PNH na saúde?
- 4) Elabore uma pesquisa sobre a PNHGAS. Aponte os principais pontos a serem destacados. Apresente seu trabalho escrito ao professor.
- 5) Escolha dois eixos da estratégia da PNH e descreva sobre seu entendimento sobre os mesmos.
- 6) Quais os eixos centrais que norteiam a PNH?



## Bibliografia

---

AERESTRUP, C.; TAVARES, C.M.M. **A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde.** Trabalho de conclusão de curso. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas Públicas de Saúde.** Ações de prevenção primária e secundária no controle do câncer. Bioética, ética e assistência de enfermagem na área da oncologia – capítulo 4. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Série B. Textos básicos de saúde. **Política Nacional de Humanização.** Gestão participativa – Cogestão. 2.ed. rev. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série B. **Textos Básicos de Saúde.** Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem. **Principais Legislações para o Exercício da Enfermagem.** Disponível em: <[www.corensp.org.br](http://www.corensp.org.br)>. Acesso em: 7 jul. 2014.

COREN-SP – Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. **Projeto Competências.** 2009. Disponível em: <<http://www.corensp.org.br>>. Acesso em: 6 jul. 2014.

CRUZ, A.P. **Curso Didático de Enfermagem – módulo II.** 5.ed. São Caetano do Sul: Editora Yendis; 2009b.

CRUZ, A.P. **Curso Didático de Enfermagem – módulo I.** 5.ed. São Caetano do Sul: Editora Yendis; 2009a.

ELMA, L.C.P.Z.. **Bioética e atenção básica:** um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família. Tese de Doutorado. 2003. São Paulo.

FALK, M.L.R. Contextualizando a Política Nacional de Humanização. **Bol. Saúde.** v.20, n.2, p.135-144, 2006.

FIGUEIREDO, N.M. A. *et al.* **CTI – atuação, intervenção e cuidados de enfermagem.** 2.ed. rev. atual. São Caetano do Sul: Editora Yendis; 2009a.

FIGUEIREDO, N.M.A. *et al.* **Enfermagem oncológica:** conceitos e práticas. São Caetano do Sul: Editora Yendis, 2009b.

FIGUEIREDO, N.M.A.; TONINI, T. **SUS e PSF para enfermagem:** práticas para o cuidado em saúde coletiva. São Caetano do Sul: Editora Yendis, 2010.

HARUMI, Flávia. **Entidades de classe e Código de Ética de Enfermagem**. Aula 3. Disponível em: <[www.lioberdade.ea.org.br](http://www.lioberdade.ea.org.br)>. Acesso em: 6 jul. 2014.

MELO, C.M.M.; SANTOS, T.A. **A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal**. Trabalho de conclusão de curso. 2007.

NETTINA, S.M.; BRUNNER. **Prática de Enfermagem**. v.1. 9.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2014.

OGUISSO, T. **O exercício da enfermagem: uma abordagem ética legal**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

OLIVEIRA, J.R.; ROZENDO, C.A. O trabalho da enfermagem na gestão da atenção básica: um relato de experiência. In: **2º Seminário nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde**. Recife. Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Pernambuco, 2009. v.1. p.381-385.

Parecer Consulta do CFM. Dúvidas mais frequentes sobre morte encefálica – questões éticas. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>>. Acesso em: 3 jul. 2014.

PEDREIRA, M.L.G.; HARADA, M.J.C.S. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Caetano do Sul: Editora Yendis, 2009.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Definição de ética, moral, deontologia e bioética**. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/33305/definicao-de-etica#ixzz34IJTKXi7>>. Acesso em: 6 jul. 2014.

RAMPAZZO, L. **Ética e bioética**. Trabalho de conclusão de curso. Centro Unisal. s/d.

SILVA, R.C.L. *et al.* **Feridas: fundamentos e atualizações**. 2.ed. São Caetano do Sul: Editora Yendis, 2011.

VIEIRA, A.A.B.; FIGUEIREDO, N.M.A. **Emergência: atendimento e cuidados de enfermagem**. 3.ed. São Caetano do Sul: Editora Yendis, 2009.

## Principais Leis da Enfermagem

Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973

*Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências.*

O presidente da República.

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

**Art. 2º** – O Conselho Federal e os Conselhos Regionais são órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiro e das demais profissões compreendidas nos serviços de enfermagem.

**Art. 3º** – O Conselho Federal, ao qual ficam subordinados os Conselhos Regionais, terá jurisdição em todo o território nacional e sede na capital da República.

**Art. 4º** – Haverá um Conselho Regional em cada Estado e território, com sede na respectiva capital e no Distrito Federal.

**Parágrafo único.** O Conselho Federal poderá, quando o número de profissionais habilitados na unidade da federação for inferior a cinquenta, determinar a formação de regiões, compreendendo mais de uma unidade.

**Art. 5º** – O Conselho Federal terá nove membros efetivos e igual número de suplentes, de nacionalidade brasileira, e portadores de diploma de curso de enfermagem de nível superior.

**Art. 6º** – Os membros do Conselho Federal e respectivos suplentes serão eleitos por maioria de votos, em escrutínio secreto, na Assembleia dos Delegados Regionais.

**Art. 7º** – O Conselho Federal elegerá dentre seus membros, em sua primeira reunião, o presidente, o vice-presidente, o primeiro e o segundo secretários e o primeiro e segundo tesoureiros.

**Art. 8º** – Compete ao Conselho Federal:

- I. aprovar seu regimento interno e o dos Conselhos Regionais;
- II. instalar os Conselhos Regionais;
- III. elaborar o Código de Deontologia de Enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvidos os Conselhos Regionais;
- IV. baixar provimentos e expedir instruções, para uniformidade de procedimento e bom funcionamento dos Conselhos Regionais;
- V. dirimir as dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais;
- VI. apreciar, em grau de recursos, as decisões dos Conselhos Regionais;
- VII. instituir o modelo das carteiras profissionais de identidade e as insígnias da profissão;
- VIII. homologar, suprir ou anular atos dos Conselhos Regionais;
- IX. aprovar anualmente as contas e a proposta orçamentária da autarquia, remetendo-as aos órgãos competentes;
- X. promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional;
- XI. publicar relatórios anuais de seus trabalhos;
- XII. convocar e realizar as eleições para sua diretoria;
- XIII. exercer as demais atribuições que lhe forem conferidas por lei.

**Art. 9º** – O mandato dos membros do Conselho Federal será honorífico e terá a duração de três anos, admitida uma reeleição.

**Art. 10º** – A receita do Conselho Federal de Enfermagem será constituída de:

- I. um quarto da taxa de expedição das carteiras profissionais;
- II. um quarto das multas aplicadas pelos Conselhos Regionais;
- III. um quarto das anuidades recebidas pelos Conselhos Regionais;
- IV. doações e legados;
- V. subvenções oficiais;
- VI. rendas eventuais.

**Parágrafo único.** Na organização dos quadros distintos para inscrição de profissionais o Conselho Federal de Enfermagem adotará como critério, no que couber, o disposto na Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955.

**Art. 11º** – Os Conselhos Regionais serão instalados em suas respectivas sedes, com cinco a vinte e um membros e outros tantos suplentes, todos de nacionalidade brasileira, na proporção de

três quintos de enfermeiros e dois quintos de profissionais das demais categorias de pessoal de enfermagem reguladas em lei.

Parágrafo único. O número de membros dos Conselhos Regionais será sempre ímpar, e a sua fixação será feita pelo Conselho Federal em proporção ao número de profissionais inscritos.

**Art. 12º** – Os membros dos Conselhos Regionais e respectivos suplentes serão eleitos por voto pessoal secreto e obrigatório em época determinada pelo Conselho Federal em Assembleia Geral especialmente convocada para esse fim.

**§1º** – Para a eleição referida neste artigo serão organizadas chapas separadas, uma para enfermeiros e outra para os demais profissionais de enfermagem, podendo votar em cada chapa, respectivamente, os profissionais referidos no artigo 11.

**§2º** – Ao eleitor que, sem causa justa, deixar de votar nas eleições referidas neste artigo, será aplicado pelo Conselho Regional multa em importância correspondente ao valor da anuidade.

**Art. 13º** – Cada Conselho Regional elegerá seu presidente, secretário e tesoureiro, admitida a criação de cargos de vice-presidente, segundo secretário e segundo tesoureiro para os conselhos com mais de doze membros.

**Art. 14º** – O mandato dos membros dos Conselhos Regionais será honorífico e terá a duração de três anos admitida uma reeleição.

**Art. 15º** – Compete aos Conselhos Regionais:

- I. deliberar sobre inscrição no Conselho e seu cancelamento;
- II. disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal;
- III. fazer executar as instruções e provimentos do Conselho Federal;
- IV. manter o registro dos profissionais com exercício na respectiva jurisdição;
- V. conhecer e decidir os assuntos atinentes à ética profissional impondo as penalidades cabíveis;
- VI. elaborar a sua proposta orçamentária anual e o projeto de seu regimento interno e submetê-los à aprovação do Conselho Federal;
- VII. expedir a carteira profissional indispensável ao exercício da profissão, a qual terá fé pública em todo o território nacional e servirá de documento de identidade;
- VIII. zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exerçam;
- IX. publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados;
- X. propor ao Conselho Federal medidas visando à melhoria do exercício profissional;
- XI. fixar o valor da anuidade;
- XII. apresentar sua prestação de contas ao Conselho Federal, até o dia 28 de fevereiro de cada ano;
- XIII. eleger sua diretoria e seus delegados eleitores ao Conselho Federal;
- XIV. exercer as demais atribuições que lhes forem conferidas por esta Lei ou pelo Conselho Federal.

**Art. 16º** – A renda dos Conselhos Regionais será constituída de:

- I. três quartos da taxa de expedição das carteiras profissionais;
- II. três quartos das multas aplicadas;
- III. três quartos das anuidades;
- IV. doações e legados;
- V. subvenções oficiais, de empresas ou entidades particulares;
- VI. rendas eventuais.

**Art. 17º** – O Conselho Federal e os Conselhos Regionais deverão reunir-se, pelo menos, uma vez mensalmente.

**Parágrafo único.** O Conselheiro que faltar, durante o ano, sem licença prévia do respectivo Conselho, a cinco reuniões perderá o mandato.

**Art. 18º** – Aos infratores do Código de Deontologia de Enfermagem poderão ser aplicadas as seguintes penas:

- I. advertência verbal;
- II. multa;
- III. censura;
- IV. suspensão do exercício profissional;
- V. cassação do direito ao exercício profissional.

**§1º** – As penas referidas nos incisos I, II, III e IV deste artigo são da alçada dos Conselhos Regionais e a referida no inciso V, do Conselho Federal, ouvido o Conselho Regional interessado.

**§2º** – O valor das multas, bem como as infrações que implicam nas diferentes penalidades, serão disciplinadas no Regimento do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais.

**Art. 19º** – O Conselho Federal e os Conselhos Regionais terão tabela própria de pessoal, cujo regime será o da Consolidação das Leis do Trabalho.

**Art. 20º** – A responsabilidade pela gestão Administrativa e financeira dos Conselhos caberá aos respectivos diretores.

**Art. 21º** – A composição do primeiro Conselho Federal de Enfermagem, com mandato de um ano, será feita por ato do Ministro do Trabalho e Previdência Social, mediante indicação, em lista tripartite, da Associação Brasileira de Enfermagem.

**Parágrafo único.** Ao Conselho Federal assim constituído caberá, além das atribuições previstas nesta Lei:

- a) promover as primeiras eleições para composição dos Conselhos Regionais e instalá-los;
- b) promover as primeiras eleições para composição do Conselho Federal, até noventa dias antes do término do seu mandato.

**Art. 22º** – Durante o período de organização do Conselho Federal de Enfermagem, o Ministério do Trabalho e Previdência Social lhe facilitará a utilização de seu próprio pessoal, material e local de trabalho.

**Art. 23º** – Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 12 de julho de 1973; 152º da Independência e 85º da República.

EMÍLIO G. MÉDICI

Júlio Barata

Lei nº 5.905, de 12.07.73

Publicada no DOU de 13.07.73

Seção I fl s. 6.825

---

**Lei nº 7.498, de 25 junho de 1986**

*Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências*

O presidente da República.

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

**Art. 1º** – É livre o exercício da Enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta lei.

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

Parágrafo único – A Enfermagem é exercida privativamente pelo enfermeiro, pelo técnico de enfermagem, pelo auxiliar de enfermagem e pela parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

**Art. 3º** – O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de Enfermagem.

**Art. 4º** – A programação de Enfermagem inclui a prescrição da assistência de Enfermagem.

**Art. 5º** – (vetado)

§ 1º – (vetado)

§ 2º – (vetado)

**Art. 6º** – São enfermeiros:

I. o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;



- II. o titular do diploma ou certificado de obstetriz ou de enfermeira obstétrica, conferidos nos termos da Lei;
- III. o titular do diploma ou certificado de enfermeira e a titular do diploma ou certificado de enfermeira obstétrica ou de obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de enfermeiro, de enfermeira obstétrica ou de obstetriz;
- IV. aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea “d” do art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

**Art. 7º – São Técnicos de Enfermagem:**

- I. o titular do diploma ou do certificado e técnico de enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;
- II. o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem;

**Art. 8º – São auxiliares de enfermagem:**

- I. o titular do diploma ou do certificado de auxiliar de enfermagem, conferido por instituição de ensino, nos termos da lei e registrado no órgão competente;
- II. o titular de diploma a que se refere a lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;
- III. o titular do diploma ou certificado a que se refere o inciso III do art. 2º da lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;
- IV. o titular de certificado de enfermeiro prático ou técnico de enfermagem, expedido até 1964, pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-lei nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;
- V. o pessoal enquadrado como auxiliar de enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;
- VI. o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de auxiliar de enfermagem.

**Art. 9º – São parteiras:**

- I. a titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;
- II. a titular do diploma ou certificado de parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta lei, como certificado de parteira.

**Art. 10º – (vetado).**

Art. 11º – O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I. privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- d) (vetado);
- e) (vetado);
- f) (vetado);
- g) (vetado);
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- i) consulta de enfermagem;
- j) prescrição da assistência de enfermagem;
- k) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- l) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

XIII. como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distócia;
- j) educação visando à melhoria de saúde da população.

**Parágrafo único.** Às profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

**Art. 12º** – O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- a) participar da programação da assistência de enfermagem;
- b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta lei;
- c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;
- d) participar da equipe de saúde.

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

- a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b) executar ações de tratamento simples;
- c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d) participar da equipe de saúde.

**Art. 14º** – (vetado).

**Art. 15º** – As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta lei, quando exercidas em instituições de saúde, pública e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

**Art. 16º** – (vetado).

**Art. 17º** – (vetado).

**Art. 18º** – (vetado).

Parágrafo único. (vetado).

**Art. 19º** – (vetado).

**Art. 20º** – Os órgãos de pessoal da administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios observarão, no provimento e cargos e funções e na contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, os preceitos desta lei.

**Parágrafo único.** Os órgãos a que se refere este artigo promoverão as medidas necessárias à harmonização das situações já existentes com as disposições desta lei, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

**Art. 21º** – (vetado).

**Art. 22º** – (vetado).

**Art. 23º** – O pessoal que se encontra executando tarefas de enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nessa área, sem possuir formação específica regulada em lei, será autorizado, pelo Conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de enfermagem, observado o disposto no art. 15 desta lei.

**Parágrafo único.** A autorização referida neste artigo, que obedecerá aos critérios baixados pelo Conselho Federal de Enfermagem, somente poderá ser concedida durante o prazo de 10 (dez) anos, a contar da promulgação desta lei.

**Art. 24º** – (vetado).

**Parágrafo único.** (vetado).

**Art. 25º** – O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação.

**Art. 26º** – Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 27º** – Revogam-se (vetado) as demais disposições em contrário.

Brasília, 25 de junho de 1986; 165º da Independência e 98º da República.

JOSÉ SARNEY

Almir Pazzianotto Pinto

Lei nº 7.498, de 25.06.86

Publicada no DOU de 26.06.86

Seção I – fl s. 9.273 a 9.275

---

**Lei nº 8.967, de 28 de dezembro de 1964**

*Altera a redação do parágrafo único do art. 23 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.*

O Presidente da República.

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

**Art. 1º** – O parágrafo único do art. 23 da lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, passa a vigorar com a seguinte redação:

**Parágrafo único.** É assegurado aos atendentes de enfermagem admitidos antes da vigência desta Lei, o exercício das atividades elementares da enfermagem, observado o disposto em seu art. 15.

**Art. 2º** – Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 3º** – Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 2 de dezembro de 1994; 175ª da Independência e 106ª da República.

Itamar Franco

Marcelo Pimentel

Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987  
*Regulamenta a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986,  
que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências.*

O presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no artigo 25 da lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, decreta:

**Art. 1º** – O exercício da atividade de enfermagem, observadas as disposições da lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo de enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

**Art. 2º** – As instituições e serviços de saúde incluirão a atividade de enfermagem no seu planejamento e programação.

**Art. 3º** – A prescrição da assistência de enfermagem é parte integrante do programa de Enfermagem.

**Art. 4º** – São enfermeiros:

- I. o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;
- II. o titular do diploma ou certificado de obstetriz ou de enfermeira obstétrica, conferidos nos termos da lei;
- III. o titular do diploma ou certificado de enfermeira e a titular do diploma ou certificado de enfermeira obstétrica ou de obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as respectivas leis, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de enfermeira obstétrica ou de obstetriz;
- IV. aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiveram título de enfermeira conforme o disposto na letra “d” do Art. 3º do Decreto-lei nº 50.387, de 28 de março de 1961.

**Art. 5º** – São técnicos de enfermagem:

- I. o titular do diploma ou do certificado de técnico de enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado no órgão competente;
- II. o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de técnico de enfermagem.

**Art. 6º** – São auxiliares de enfermagem:

- I. o titular do certificado de auxiliar de enfermagem conferida por instituição de ensino, nos termos da lei e registrado no órgão competente;
- II. o titular do diploma a que se refere a lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;
- III. o titular do diploma ou certificado a que se refere o item III do art. 2º da lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

- IV. o titular de certificado de enfermeiro prático ou prático de enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-lei nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946 e da lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;
- V. o pessoal enquadrado como auxiliar de enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;
- VI. o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de auxiliar de enfermagem.

**Art. 7º – São Parteiros:**

- I. o titular de certificado previsto no artigo 1º do nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;
- II. o titular do diploma ou certificado de parteiro, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as respectivas leis, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 26 de junho de 1988, como certificado de Parteiro.

**Art. 8º – Ao enfermeiro incumbe:**

- I. privativamente:
  - a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
  - b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
  - c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
  - d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
  - e) consulta de enfermagem;
  - f) prescrição da assistência de enfermagem;
  - g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
  - h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
- I. como integrante da equipe de saúde:
  - a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
  - b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
  - c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
  - d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;

- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;
- f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem;
- g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
- h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
- i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- k) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distócia;
- l) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
- m) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;
- n) participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;
- o) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- p) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;
- q) participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de enfermeiro ou pessoal técnico e auxiliar de enfermagem.

**Art. 9º** – Às profissionais titulares de diploma ou certificados de obstetriz ou de enfermeira obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

- I. prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;
- II. identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- III. realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária.

**Art. 10º** – O técnico de enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

- I. assistir o Enfermeiro:
- b) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;
- c) na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;
- d) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;



- e) na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar;
- f) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;
- g) na execução dos programas referidos nas letras “i” e “o” do item II do Art. 8º.
- II. executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no Art. 9º deste Decreto:
- III. integrar a equipe de saúde.

**Art. 11º** – O auxiliar de enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

- I. preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;
- II. observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;
- III. executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, tais como:
  - a) ministrar medicamentos por via oral e parenteral;
  - b) realizar controle hídrico;
  - c) fazer curativos;
  - d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocлизма, enema e calor ou frio;
  - e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
  - f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
  - g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;
  - h) colher material para exames laboratoriais;
  - i) prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios;
  - j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;
  - k) executar atividades de desinfecção e esterilização;
- IV. prestar cuidados de higiene e conforto paciente e zelar por sua segurança, inclusive:
  - a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;
  - b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependência de unidades de saúde;
- V. integrar a equipe de saúde;
- VI. participar de atividades de educação em saúde, inclusive:
  - a) orientar os pacientes na pós consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas;
  - b) auxiliar o enfermeiro e o técnico de enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;
- VII. executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;
- VIII. participar dos procedimentos pós-morte.

**Art. 12º** – Ao parteiro incumbe:

- I. prestar cuidados à gestante e à parturiente;
- II. assistir o parto normal, inclusive em domicílio; e
- III. cuidar da puérpera e do recém-nascido.

**Parágrafo único.** As atividades de que trata este artigo são exercidas sob supervisão de enfermeiro obstetra, quando realizadas em instituições de saúde, e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.

**Art. 13º** – As atividades relacionadas nos arts. 10 e 11 somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de enfermeiro.

**Art. 14º** – Incumbe a todo o pessoal de enfermagem:

- I. cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia da Enfermagem;
- II. quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de enfermagem, para fins estatísticos;

**Art. 15º** – Na administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos territórios será exigida como condição essencial para provimento de cargos e funções e contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, a prova de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

**Parágrafo único.** Os órgãos e entidades compreendidos neste artigo promoverão, em articulação com o Conselho Federal de Enfermagem, as medidas necessárias à adaptação das situações já existentes com as disposições deste Decreto, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

**Art. 16º** – Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 17º** – Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 8 de junho de 1987; 166º da Independência e 99º da República.

JOSÉ SARNEY

Eros Antonio de Almeida

Dec. nº 94.406, de 08.06.87

Publicado no DOU de 09.06.87

Seção I – fl s. 8.853 a 8.855

**Nota:** as Resoluções COFEN nº 311/2007 e nº 370/2011 estão dispostas no **Anexo II** por estarem diretamente ligadas ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

# Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

Resolução Cofen nº 311/2007

*Aprova a reformulação do Código de Ética dos  
Profissionais de Enfermagem.*

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), no uso de sua competência estabelecida pelo art. 2º, c.c. a Resolução Cofen nº 242/2000, em seu art. 13, incisos IV, V, XV, XVII e XLIX;

CONSIDERANDO a lei nº 5.905/73, em seu artigo 8º, inciso III;

CONSIDERANDO o resultado dos estudos originais de seminários realizados pelo Cofen com a participação dos diversos segmentos da profissão;

CONSIDERANDO o que consta dos PADs COFEN nº 83/91, nº 179/91, nº 45/92, nº 119/92 e nº 63/2002;

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário em sua 346ª ROP, realizada em 30 e 31 de janeiro de 2007.

RESOLVE:

**Art. 1º** – Fica aprovado o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem para aplicação na jurisdição de todos os Conselhos de Enfermagem.

**Art. 2º** – Todos os profissionais de enfermagem deverão conhecer o inteiro teor do presente Código, acessando o site [www.portalcofen.gov.br](http://www.portalcofen.gov.br); [www.portalenfermagem.gov.br](http://www.portalenfermagem.gov.br) e requerê-lo no Conselho Regional de Enfermagem do Estado onde exercem suas atividades.

**Art. 3º** – Este Código aplica-se aos profissionais de enfermagem e exercentes das atividades elementares de enfermagem.

**Art. 4º** – Este ato resolucional entrará em vigor a partir de 12 de maio de 2007, correspondendo a 90 (noventa) dias após sua publicação, revogando a Resolução COFEN nº 240/2000.

Rio de Janeiro, 8 de fevereiro 2007.

Dulce Dirclair Huf Bais

COREN-MS Nº 10.244

Presidente

Carmem de Almeida da Silva

COREN-SP Nº 2.254

Primeira-Secretária

---

## 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 Assembleia 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 nº 196 do Conselho Nacional de Saúde, do 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 *Das relações profissionais*

### Direitos

**Art. 1º** – Exercer a enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos.

**Art. 2º** – Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional.

**Art. 3º** – Apoiar as iniciativas que visem ao aprimoramento profissional e à defesa dos direitos e interesses da categoria e da sociedade.

**Art. 4º** – Obter desagravo público por ofensa que atinja a profissão, por meio do Conselho Regional de Enfermagem.

## Responsabilidades e deveres

**Art. 5º** – Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

**Art. 6º** – Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica.

**Art. 7º** – Comunicar ao Coren e aos órgãos competentes, fatos que infrinjam dispositivos legais e que possam prejudicar o exercício profissional.

## Proibições

**Art. 8º** – Promover e ser conivente com a injúria, calúnia e difamação de membro da equipe de enfermagem, equipe de saúde e de trabalhadores de outras áreas, de organizações da categoria ou instituições.

**Art. 9º** – Praticar e/ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato, que infrinja postulados éticos e legais.

## SEÇÃO I

### *Das relações com a pessoa, família e coletividade*

## Direitos

**Art. 10** – 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, família e coletividade.

**Art. 11** – Ter acesso às informações, relacionadas à pessoa, família e coletividade, necessárias ao exercício profissional.

## Responsabilidades e deveres

**Art. 12** – Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

**Art. 13** – Avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem.

**Art. 14** – Aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

**Art. 15** – Prestar assistência de enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

**Art. 16** – Garantir a continuidade da assistência de enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

**Art. 17** – Prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem.

**Art. 18** – Respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem estar.

**Art. 19** – Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte.

**Art. 20** – Colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento da pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca de seu estado de saúde e tratamento.

**Art. 21** – Proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde.

**Art. 22** – Disponibilizar seus serviços profissionais à comunidade em casos de emergência, epidemia e catástrofe, sem pleitear vantagens pessoais.

**Art. 23** – Encaminhar a pessoa, família e coletividade aos serviços de defesa do cidadão, nos termos da lei.

**Art. 24** – Respeitar, no exercício da profissão, as normas relativas à preservação do meio ambiente e denunciar aos órgãos competentes as formas de poluição e deterioração que comprometam a saúde e a vida.

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

## Proibições

**Art. 26** – Negar assistência de enfermagem em qualquer situação que se caracterize como urgência ou emergência.

**Art. 27** – Executar ou participar da assistência à saúde sem o consentimento da pessoa ou de seu representante legal, exceto em iminente risco de morte.

**Art. 28** – Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação.

Parágrafo único. Nos casos previstos em lei, o profissional deverá decidir, de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo.

**Art. 29** – Promover a eutanásia ou participar em prática destinada a antecipar a morte do cliente.

**Art. 30** – Administrar medicamentos sem conhecer a ação da droga e sem certificar-se da possibilidade de riscos.

**Art. 31** – Prescrever medicamentos e praticar ato cirúrgico, exceto nos casos previstos na legislação vigente e em situação de emergência.

**Art. 32** – Executar prescrições de qualquer natureza, que comprometam a segurança da pessoa.

**Art. 33** – Prestar serviços que por sua natureza competem a outro profissional, exceto em caso de emergência.

**Art. 34** – Provocar, cooperar, ser conivente ou omissa com qualquer forma de violência.

**Art. 35** – Registrar informações parciais e inverídicas sobre a assistência prestada.



## SEÇÃO II

### Das relações com os trabalhadores de enfermagem, saúde e outros

#### Direitos

**Art. 36** – Participar da prática multiprofissional e interdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade.

**Art. 37** – Recusar-se a executar prescrição medicamentosa e terapêutica, onde não conste a assinatura e o número de registro do profissional, exceto em situações de urgência e emergência.

**Parágrafo único.** O profissional de enfermagem poderá recusar-se a executar prescrição medicamentosa e terapêutica em caso de identificação de erro ou ilegitimidade.

#### Responsabilidades e deveres

**Art. 38** – Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe.

**Art. 39** – Participar da orientação sobre benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, na condição de membro da equipe de saúde.

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

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

#### Proibições

**Art. 42** – Assinar as ações de enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro profissional.

**Art. 43** – Colaborar, direta ou indiretamente, com outros profissionais de saúde, no descumprimento da legislação referente aos transplantes de órgãos, tecidos, esterilização humana, fecundação artificial e manipulação genética.

## SEÇÃO III

### Das relações com as organizações da categoria

#### Direitos

**Art. 44** – Recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem, quando impedido de cumprir o presente Código, a legislação do exercício profissional e as resoluções e decisões emanadas do Sistema Cofen/Coren.

**Art. 45** – Associar-se, exercer cargos e participar de entidades de classe e órgãos de fiscalização do exercício profissional.

**Art. 46** – Requerer em tempo hábil, informações acerca de normas e convocações.

**Art. 47** – Requerer, ao Conselho Regional de Enfermagem, medidas cabíveis para obtenção de desagravo público em decorrência de ofensa sofrida no exercício profissional.

### Responsabilidades e deveres

**Art. 48** – Cumprir e fazer os preceitos éticos e legais da profissão.

**Art. 49** – Comunicar ao Conselho Regional de Enfermagem fatos que firam preceitos do presente Código e da legislação do exercício profissional.

**Art. 50** – Comunicar formalmente ao Conselho Regional de Enfermagem fatos que envolvam recusa ou demissão de cargo, função ou emprego, motivado pela necessidade do profissional em cumprir o presente Código e a legislação do exercício profissional.

**Art. 51** – Cumprir, no prazo estabelecido, as determinações e convocações do Conselho Federal e Conselho Regional de Enfermagem.

**Art. 52** – Colaborar com a fiscalização de exercício profissional.

**Art. 53** – Manter seus dados cadastrais atualizados, e regularizadas as suas obrigações financeiras com o Conselho Regional de Enfermagem.

**Art. 54** – Apor o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem em assinatura, quando no exercício profissional.

**Art. 55** – Facilitar e incentivar a participação dos profissionais de enfermagem no desempenho de atividades nas organizações da categoria.

### Proibições

**Art. 56** – Executar e determinar a execução de atos contrários ao Código de Ética e às demais normas que regulam o exercício da Enfermagem.

**Art. 57** – Aceitar cargo, função ou emprego vago em decorrência de fatos que envolvam recusa ou demissão de cargo, função ou emprego motivado pela necessidade do profissional em cumprir o presente código e a legislação do exercício profissional.

**Art. 58** – Realizar ou facilitar ações que causem prejuízo ao patrimônio ou comprometam a finalidade para a qual foram instituídas as organizações da categoria.

**Art. 59** – Negar, omitir informações ou emitir falsas declarações sobre o exercício profissional quando solicitado pelo Conselho Regional de Enfermagem.

## SEÇÃO IV

### *Das relações com as organizações empregadoras*

### Direitos

**Art. 60** – Participar de movimentos de defesa da dignidade profissional, do aprimoramento técnico-científico, do exercício da cidadania e das reivindicações por melhores condições de assistência, trabalho e remuneração.

**Art. 61** – Suspende suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições dignas para o exercício profissional que desrespeite a legislação do setor saúde, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente por escrito sua decisão ao Conselho Regional de Enfermagem.

**Art. 62** – Receber salários ou honorários compatíveis com o nível de formação, a jornada de trabalho a complexidade das ações e a responsabilidade pelo exercício profissional.

**Art. 63** – Desenvolver suas atividades profissionais em condições de trabalho que promovam a própria segurança e a da pessoa, família e coletividade sob seus cuidados, e dispor de material e equipamentos de proteção individual e coletiva, segundo as normas vigentes.

**Art. 64** – Recusar-se a desenvolver atividades profissionais na falta de material ou equipamentos de proteção individual e coletiva definidos na legislação específica.

**Art. 65** – Formar e participar da comissão de ética da instituição pública ou privada onde trabalha, bem como de comissões interdisciplinares.

**Art. 66** – Exercer cargos de direção, gestão e coordenação na área de seu exercício profissional e do setor saúde.

**Art. 67** – Ser informado sobre as políticas da instituição e do serviço de enfermagem, bem como participar de sua elaboração.

**Art. 68** – Registrar no prontuário, e em outros documentos próprios da enfermagem, informações referentes ao processo de cuidar da pessoa.

### Responsabilidades e deveres

**Art. 69** – Estimular, promover e criar condições para o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua orientação e supervisão.

**Art. 70** – Estimular, facilitar e promover o desenvolvimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão, devidamente aprovadas nas instâncias deliberativas da instituição.

**Art. 71** – Incentivar e criar condições para registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

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

### Proibições

**Art. 73** – Trabalhar, colaborar ou acumpliciar se com pessoas físicas ou jurídicas que desrespeitem princípios e normas que regulam o exercício profissional de enfermagem.

**Art. 74** – Pleitear cargo, função ou emprego ocupado por colega, utilizando-se de concorrência desleal.

**Art. 75** – Permitir que seu nome conste no quadro de pessoal de hospital, casa de saúde, unidade sanitária, clínica, ambulatório, escola, curso, empresa ou estabelecimento congênere sem nele exercer as funções de enfermagem pressupostas.

**Art. 76** – 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. 77** – Usar de qualquer mecanismo de pressão ou suborno com pessoas físicas ou jurídicas para conseguir qualquer tipo de vantagem.

**Art. 78** – Utilizar, de forma abusiva, o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ordens, opiniões, atentar contra o pudor, assediar sexual ou moralmente, inferiorizar pessoas ou dificultar o exercício profissional.

**Art. 79** – Apropriar-se de dinheiro, valor, bem móvel ou imóvel, público ou particular de que tenha posse em razão do cargo, ou desviá-lo em proveito próprio ou de outrem.

**Art. 80** – Delegar suas atividades privativas a outro membro da equipe de enfermagem ou de saúde, que não seja enfermeiro.

## Capítulo II *Do sigilo profissional*

### Direitos

**Art. 81** – 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.

### Responsabilidades e deveres

**Art. 82** – 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.

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

**§2º** – Em atividade multiprofissional, o fato sigiloso poderá ser revelado 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 seu impedimento de revelar o segredo.

**§4º** – O segredo profissional referente ao menor de idade deverá ser mantido, mesmo quando a revelação seja solicitada por pais ou responsáveis, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, exceto nos casos em que possa acarretar danos ou riscos ao mesmo.

**Art. 83** – Orientar, na condição de enfermeiro, a equipe sob sua responsabilidade, sobre o dever do sigilo profissional.

## Proibições

**Art. 84** – 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.

**Art. 85** – Divulgar ou fazer referência a casos, situações ou fatos de forma que os envolvidos possam ser identificados.

## Capítulo III

### *Do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica*

## Direitos

**Art. 86** – Realizar e participar de atividades de ensino e pesquisa, respeitadas as normas ético-legais.

**Art. 87** – Ter conhecimento acerca do ensino e da pesquisa a serem desenvolvidos com as pessoas sob sua responsabilidade profissional ou em seu local de trabalho.

**Art. 88** – Ter reconhecida sua autoria ou participação em produção técnico-científica.

## Responsabilidades e deveres

**Art. 89** – Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação.

**Art. 90** – Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa.

**Art. 91** – Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados.

**Art. 92** – Disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral.

**Art. 93** – Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas.

## Proibições

**Art. 94** – Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos.

**Art. 95** – Eximir-se da responsabilidade por atividades executadas por alunos ou estagiários, na condição de docente, enfermeiro responsável ou supervisor.

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

**Art. 97** – Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como, usá-los para fins diferentes dos pré-determinados.

**Art. 98** – Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

**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, sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, dados, informações ou opiniões ainda não publicados.

**Art. 101** – Apropriar-se ou utilizar produções técnico-científicas, das quais tenha participado como autor ou não, implantadas em serviços ou instituições sem concordância ou concessão do autor.

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

## Capítulo IV *Da publicidade*

### Direitos

**Art. 103** – Utilizar-se de veículo de comunicação para conceder entrevistas ou divulgar eventos e assuntos de sua competência, com finalidade educativa e de interesse social.

**Art. 104** – Anunciar a prestação de serviços para os quais está habilitado.

### Responsabilidades e deveres

**Art. 105** – Resguardar os princípios da honestidade, veracidade e fidedignidade no conteúdo e na forma publicitária.

**Art. 106** – Zelar pelos preceitos éticos e legais da profissão nas diferentes formas de divulgação.

### Proibições

**Art. 107** – Divulgar informação inverídica sobre assunto de sua área profissional.

**Art. 108** – Inserir imagens ou informações que possam identificar pessoas e instituições sem sua prévia autorização.

**Art. 109** – Anunciar título ou qualificação que não possa comprovar.

**Art. 110** – Omitir em proveito próprio, referência a pessoas ou instituições.

**Art. 111** – Anunciar a prestação de serviços gratuitos ou propor honorários que caracterizem concorrência desleal.

## Capítulo V *Das infrações e penalidades*

**Art. 112** – A caracterização das infrações éticas e disciplinares e a aplicação das respectivas penalidades regem-se por este Código, sem prejuízo das sanções previstas em outros dispositivos legais.

**Art. 113** – Considera-se infração ética a ação, omissão ou convivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

**Art. 114** – Considera-se infração disciplinar a inobservância das normas dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem.

**Art. 115** – Responde pela infração quem a cometer ou concorrer para a sua prática, ou dela obtiver benefício, quando cometida por outrem.

**Art. 116** – A gravidade da infração é caracterizada por meio da análise dos fatos do dano e de suas consequências.

**Art. 117** – A infração é apurada em processo instaurado e conduzido nos termos do Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem.

**Art. 118** – As penalidades a serem impostas pelos Conselhos Federal e Regional 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 (uma) 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 dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

**§4º** – A suspensão consiste na proibição do exercício profissional da enfermagem por um período não superior a 29 (vinte e nove) dias e será divulgada nas publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores.

**§5º** – A cassação consiste na perda do direito ao exercício da enfermagem e será divulgada nas publicações dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

**Art. 119** – As penalidades, referentes a advertência verbal, multa, censura e suspensão do exercício profissional, são da alçada 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, terá como instância superior a Assembleia dos Delegados Regionais.



**Art. 120º** – Para a graduação da penalidade e respectiva imposição consideram-se:

- I. a maior ou menor gravidade da infração;
- II. as circunstâncias agravantes e atenuantes da infração;
- III. o dano causado e suas consequências;
- IV. as antecedentes do infrator.

**Art. 121º** – As infrações serão consideradas leves, 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.

**§2º** – São consideradas infrações graves as que provoquem perigo de vida, debilidade temporária de membro, sentido ou função em qualquer pessoa ou as que causem danos patrimoniais ou financeiros.

**§3º** – São consideradas infrações gravíssimas as que provoquem morte, deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido, função ou ainda, dano moral irremediável em qualquer pessoa.

**Art. 122º** – São consideradas circunstâncias atenuantes:

- I. ter o infrator procurado, logo após a infração, por sua espontânea vontade e com eficiência, evitar ou minorar as consequências do seu ato;
- II. ter bons antecedentes profissionais;
- III. realizar atos sob coação e/ou intimidação;
- IV. realizar ato sob emprego real de força física;
- V. ter confessado espontaneamente a autoria da infração.

**Art. 123º** – 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;
- VIII. ter maus antecedentes profissionais.

## Capítulo VI

### *Da aplicação das penalidades*

**Art. 124** – As penalidades previstas neste Código somente poderão ser aplicadas, cumulativamente, quando houver infração a mais de um artigo.

**Art. 125** – A pena de advertência verbal é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 5º a 7º; 12 a 14; 16 a 24; 27; 30; 32; 34; 35; 38 a 40; 49 a 55; 57; 69 a 71; 74; 78; 82 a 85; 89 a 95; 98 a 102; 105; 106; 108 a 111 deste Código.

**Art. 126** – A pena de multa é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 5º a 9º; 12; 13; 15; 16; 19; 24; 25; 26; 28 a 35; 38 a 43; 48 a 51; 53; 56 a 59; 72 a 80; 82; 84; 85; 90; 94; 96; 97 a 102; 105; 107; 108; 110; e 111 deste Código.

**Art. 127** – A pena de censura é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 8º; 12; 13; 15; 16; 25; 30 a 35; 41 a 43; 48; 51; 54; 56 a 59; 71 a 80; 82; 84; 85; 90; 91; 94 a 102; 105; 107 a 111 deste Código.

**Art. 128** – A pena de suspensão do exercício profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 8º; 9º; 12; 15; 16; 25; 26; 28; 29; 31; 33 a 35; 41 a 43; 48; 56; 58; 59; 72; 73; 75 a 80; 82; 84; 85; 90; 94; 96 a 102; 105; 107 e 108 deste Código.

**Art. 129** – A pena de cassação do direito ao exercício profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 9º; 12; 26; 28; 29; 78 e 79 deste Código.

## Capítulo VII

### *Das disposições gerais*

**Art. 130** – Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

**Art. 131** – Este Código poderá ser alterado pelo Conselho Federal de Enfermagem, por iniciativa própria ou mediante proposta de Conselhos Regionais.

**Parágrafo único.** A alteração referida deve ser precedida de ampla discussão com a categoria, coordenada pelos Conselhos Regionais.

**Art. 132** – O presente Código entrará em vigor 90 dias após sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 8 de fevereiro de 2007.

Resolução Cofen nº 370/2010

*Resenha:*

*Altera o Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem para aperfeiçoar as regras e procedimentos sobre o processo ético-profissional que envolvem os profissionais de enfermagem e Aprova o Código de Processo Ético.*

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), no uso das atribuições que lhe são conferidas pela lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 242, de 31 de agosto de 2000;

CONSIDERANDO a necessidade de se aperfeiçoar as regras procedimentais e processuais dos processos éticos dos profissionais de enfermagem;

CONSIDERANDO os estudos realizados pela Comissão de Reformulação do Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem, que fora instituída do Cofen e as sugestões enviadas pelos Conselhos Regionais de Enfermagem;

CONSIDERANDO o que mais consta do Processo Administrativo Cofen nº 196/2010.

Resolve:

**Art. 1º** – Aprovar o “Código de Processo Ético dos Conselhos de Enfermagem”, que estabelece as normas procedimentais para serem aplicadas nos processos éticos em toda jurisdição de todos os Conselhos de Enfermagem.

**Art. 2º** – Os Conselhos Regionais de Enfermagem deverão dar ampla publicidade ao Código de que trata a presente Resolução, devendo os profissionais de enfermagem conhecer seu inteiro teor.

**Art. 3º** – O presente Código de Processo Ético entra em vigor no dia 1º de Janeiro de 2011, revogando as disposições em contrário, em especial a Resolução Cofen nº 252/2001.

Brasília/DF, 3 de novembro de 2010.

Manoel Carlos Neri da Silva

COREN-RO nº 63.592

Presidente

Gelson Luiz de Albuquerque

COREN-SC nº 25.336

Primeiro-Secretário

---

## CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO-DISCIPLINAR DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM

### Titulo I *Disposições gerais*

**Art. 1º** – O presente Código de Processo Ético-Disciplinar contém, sistematizado, o conjunto de normas que regem a aplicação em todo o território nacional pelos Conselhos de Enfermagem, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

## Capítulo I

### *Do sistema de apuração e decisão das infrações éticas*

**Art. 2º** – Constituem o sistema de apuração e decisão das infrações ético-disciplinares:

- I. como órgão de admissibilidade: o Plenário do respectivo Conselho, no âmbito de sua Competência;
- II. como órgão de instrução: as comissões criadas em cada Conselho para este fim;
- III. como órgão de julgamento em primeira instância:
  - a) o Plenário dos Conselhos Regionais de Enfermagem;
  - b) o Plenário do Conselho Federal de Enfermagem, quando se tratar de conselheiro e suplente, federal ou regional, na forma do art. 6º;
  - c) o Plenário do Conselho Federal, no impedimento e/ou suspeição da maioria absoluta dos conselheiros efetivos e suplentes do Conselho Regional;
  - d) o Plenário do Conselho Federal, nos processos em que o Plenário do Conselho Regional indicar a pena de cassação.
- IV. Como órgão de julgamento em segunda e última instância:
  - a) o Plenário do Conselho Federal, referente aos recursos das decisões dos Conselhos Regionais de Enfermagem;
  - b) a Assembleia Geral dos Delegados Regionais, referente aos recursos das decisões do Plenário do Conselho Federal, nas hipóteses do inciso anterior, alíneas “b”, “c” e “d”.

## Capítulo II

### *Da Competência*

**Art. 3º** – Determinará a competência:

- I. o lugar de inscrição do profissional;
- II. o lugar da infração; e
- III. a prerrogativa de função.

**Art. 4º** – A competência, por regra, será determinada pelo lugar de inscrição do profissional.

Parágrafo único. Nos casos de cancelamento ou transferência da inscrição, permanecerá competente o Conselho Regional perante o qual se iniciou o processo.

**Art. 5º** – A competência será determinada pelo lugar da infração, quando o profissional for inscrito em mais de um Conselho.

**Art. 6º** – A competência pela prerrogativa de função é do Plenário do Conselho Federal, quando se tratar de Conselheiro e Suplente, Federal ou Regional, enquanto durar o mandato.

§1º – Cessado o exercício do mandato, deixa o profissional de gozar da prerrogativa de função, devendo o processo ser remetido ao Conselho Regional competente, que dará prosseguimento ao feito.

§2º – Em caso de intervenção do Conselho Federal no Conselho Regional, permanecerá a competência pela prerrogativa de função pelo período inicialmente previsto para o término natural do mandato.

### Capítulo III *Do impedimento e da suspensão*

**Art. 7º** – Está impedido de atuar no processo o membro do Plenário ou da Comissão de Instrução que:

- I. ele próprio, seu cônjuge, parente consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral até o terceiro grau, seja parte ou interessado no feito, inclusive quando litigante com qualquer das partes em processo judicial ou administrativo;
- II. seja subordinado de qualquer das partes;
- III. tenha atuado na primeira instância, pronunciando-se de fato ou de direito sobre a matéria discutida no processo;
- IV. seja cônjuge ou tenha relação de parentesco por vínculo de consanguinidade ou afinidade em linha reta ou colateral até o terceiro grau, de defensor, de perito, de funcionário do Conselho que já tenha atuado no processo ou daqueles que tiverem realizado a averiguação prévia; e
- V. ele próprio tenha servido como testemunha ou desempenhado qualquer das funções acima, salvo o Conselheiro Relator da fase de admissibilidade, que não está impedido de elaborar o parecer de que tratam os artigos 20 e 26.

§1º – As hipóteses de impedimento previsto nos incisos I e II deste artigo se aplicam aos profissionais de que trata o art. 30.

§2º – O Conselheiro que tiver realizado procedimento de averiguação prévia, ou participado da Comissão de Instrução, não poderá ser designado o Relator de que trata o art. 110, assim como não poderá votar, sendo-lhe, contudo, permitido o uso da palavra na sessão de julgamento.

**Art. 8º** – Pode ser arguida a suspeição de profissional indicado para realizar averiguação prévia, de membro do Plenário ou da Comissão de Instrução que:

- I. seja amigo íntimo ou inimigo capital de qualquer das partes;
- II. esteja ele, seu cônjuge, ascendente ou descendente respondendo a processo por fato análogo;
- III. ele próprio, seu cônjuge, parente consanguíneo, ou afim até o terceiro grau, seja litigante em processo que tenha de ser julgado por qualquer das partes;
- IV. tenha aconselhado qualquer das partes;
- V. seja credor ou devedor, tutor ou curador de qualquer das partes; e
- VI. seja sócio, acionista ou administrador de pessoa jurídica envolvida ou interessada no processo.

**Art. 9º** – O impedimento ou a suspeição decorrente de parentesco por casamento ou união estável cessa com a dissolução do respectivo vínculo entre os cônjuges ou companheiros, salvo sobrevivendo descendente.

**Parágrafo único.** Ainda que dissolvido o casamento ou união estável sem descendentes, não poderá atuar como membro do Plenário ou da Comissão de Instrução o(a) sogro(a), padraστο/madrasta, o(a) cunhado(a), o genro, a nora ou enteado(a) de quem for parte no processo.

**Art. 10º** – A suspeição não poderá ser declarada, nem reconhecida, quando a parte injuriar membro do Plenário ou da Comissão de Instrução ou, propositadamente, oferecer motivo para criá-la.

**Art. 11** – Os membros do Plenário ou da Comissão de Instrução, quando houver impedimento ou suspeição, abster-se-ão de atuar no processo, o que devem declarar nos autos, sob pena de responsabilidade.

**Parágrafo único.** Observar-se-á, neste caso, o disposto no §2º do art. 7º deste Código.

**Art. 12** – O impedimento poderá ser arguido e reconhecido em qualquer fase do processo.

**Art. 13** – A suspeição deverá ser alegada na defesa prévia ou, se superveniente, na primeira oportunidade que a parte tiver para manifestar nos autos, sob pena de preclusão.

**Art. 14** – Arguido o impedimento ou a suspeição pela parte, o membro arguido, de forma justificada, deverá se manifestar no prazo de 5 (cinco) dias sobre o reconhecimento ou não da arguição.

**§1º** – Reconhecido pelo membro arguido o impedimento ou a suspeição, o Presidente do Conselho, no prazo de 5 (cinco) dias, nomeará membro substituto.

**§2º** – Não reconhecido pelo membro arguido o impedimento ou a suspeição, o feito terá regular prosseguimento, devendo a questão ser apreciada pelo Plenário do Conselho na ocasião do julgamento do processo.

## Capítulo IV *Das partes*

**Art. 15** – São partes do processo:

- I. as pessoas físicas ou jurídicas que o iniciem por meio de denúncia; e
- II. o profissional indicado como autor da infração.

**Art. 16** – As partes poderão ser representadas por advogado constituído nos autos por meio de procuração, em qualquer fase do processo.

## Título II *Dos procedimentos e do processo ético*

### Capítulo I *Da admissibilidade*

**Art. 17** – O procedimento ético-disciplinar inicia-se de ofício ou por denúncia.

**Art. 18** – Inicia-se de ofício quando o Presidente de Conselho vier a saber, através de auto de infração, ou por qualquer meio, de fato que tenha característica de infração ética ou disciplinar.

**Art. 19** – Nos casos previstos no artigo anterior, quando o fato não contiver elementos suficientes para a instauração do processo ético-disciplinar, o presidente do Conselho determinará à fiscalização que proceda a apuração do ocorrido e fixará prazo para emissão de relatório circunstanciado.

**Art. 20** – Recebido o relatório circunstanciado, o presidente do Conselho, no prazo de 5 (cinco) dias, determinará a juntada de certidão de situação cadastral, financeira e de antecedentes éticos, e designará Conselheiro Relator para emitir, no prazo de 10 (dez) dias, parecer fundamentado, esclarecendo se o fato tem indícios de infração ética ou disciplinar e indicando os artigos supostamente infringidos do Código de Ética, ou de outras normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais, bem como se preenche as condições de admissibilidade, após o que o parecer será submetido à deliberação do Plenário.

**Art. 21** – A denúncia é o ato pelo qual se atribuí a alguém a prática de infração ética ou disciplinar.

**Art. 22** – A denúncia será apresentada por escrito ou, quando verbal, reduzida a termo por servidor ou Conselheiro contendo os seguintes requisitos:

- I. presidente do Conselho a quem é dirigida;
- II. nome, qualificação e endereço do denunciante;
- III. narração objetiva do fato ou do ato, se possível com indicação de localidade, dia, hora, circunstâncias e nome do autor da infração;
- IV. o nome e endereço de testemunhas, quando houver;
- V. documentos relacionados ao fato, quando houver; e
- VI. assinatura do denunciante ou representante legal.

**Art. 23** – A denúncia é irretratável, salvo nos casos em que houver conciliação.

**§1º** – Em se tratando de denúncia em que o fato se circunscreva às pessoas do denunciante e do denunciado, e não resulte em óbito, poderá ser realizada audiência prévia de conciliação pelo Conselheiro Relator, possibilitando o arquivamento mediante retratação ou ajustamento de conduta.

**§2º** – O denunciado que tenha descumprido conciliação anteriormente realizada, ainda que por fato e em processo diverso, não terá direito ao benefício.

**Art. 24** – Apresentada a denúncia, o presidente do Conselho, no prazo de 5 (cinco) dias, determinará a juntada de certidão de situação cadastral, financeira e de antecedentes éticos e designará conselheiro relator.

**Art. 25** – O conselheiro relator, preliminarmente, no caso previsto no § 1º do art. 23, poderá designar, no prazo de 5 (cinco) dias, audiência de conciliação, que deverá ser realizada em no máximo 30 (trinta) dias.



§1º – Ocorrendo a conciliação, o conselheiro relator lavrará o termo conciliatório e encaminhará os autos ao presidente do Conselho que incluirá o processo na pauta da primeira reunião do Plenário para homologação e arquivamento, ato contra o qual não caberá recurso.

§2º – Não ocorrendo, por qualquer motivo, a conciliação, o conselheiro relator prosseguirá na forma do artigo seguinte.

§3º – A conciliação poderá ocorrer em qualquer fase do processo por manifestação expressa das partes.

**Art. 26** – Quando não couber conciliação, o conselheiro relator deverá, no prazo de 10 (dez) dias, emitir parecer fundamentado, esclarecendo se o fato tem indícios de infração ética ou disciplinar e indicando os artigos supostamente infringidos do Código de Ética, ou de outras normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais, bem como se preenche as condições de admissibilidade, após o que o parecer será submetido à deliberação do Plenário.

§1º – Em caso de necessidade, para subsidiar o parecer, o Conselheiro Relator poderá realizar ou solicitar averiguação prévia, interrompendo-se o prazo previsto no caput deste artigo.

§2º – A deliberação do Plenário terá início após a leitura do parecer do Conselheiro Relator, que emitirá seu voto.

§3º – A seguir, será franqueada a palavra aos demais conselheiros, ocasião em que poderão solicitar vista, desde que devidamente fundamentada, e, caso seja concedida, a votação será suspensa até a próxima reunião de Plenário.

§4º – Apresentado voto divergente, será retomada a votação.

**Art. 27** – São condições de admissibilidade:

- I. ser o denunciado profissional de enfermagem ao tempo do fato que deu origem ao processo;
- II. a identificação do denunciado;
- III. dos fatos relatados decorrerem indícios de infração ética e/ou disciplinar prevista no Código de Ética, ou de outras normas do Sistema Cofen/Conselhos regionais;
- IV. haver, após a averiguação prévia, elementos suficientes para a instauração do processo ético disciplinar; e
- V. não estiver extinta a punibilidade pela prescrição.

**Art. 28** – A deliberação do Plenário sobre a admissibilidade, como ato de instauração ou de arquivamento, deverá ser redigida no prazo de 5 (cinco) dias, pelo conselheiro relator, ou pelo conselheiro condutor do voto vencedor, sob forma de decisão, que a assinará conjuntamente com a presidência, contendo, no mínimo:

- I. a qualificação do denunciado;
- II. o número do parecer aprovado pelo Plenário;
- III. a data da reunião do Plenário que deliberou sobre o arquivamento ou instauração do processo;

- IV. a indicação dos dispositivos do Código de Ética, ou de outras normas do sistema Cofen/ Conselhos Regionais, supostamente infringidos pelo denunciado; e
- V. a assinatura do conselheiro condutor do voto vencedor e do presidente do Conselho.

**Art. 29** – Deliberando o Plenário pela instauração do processo ético-disciplinar, o presidente do conselho designará Comissão de Instrução, por Portaria, para apuração dos fatos, encerrando-se a fase de admissibilidade.

## **Capítulo II** *Da averiguação prévia*

**Art. 30** – A averiguação prévia poderá ser realizada pelo relator, por fiscal do Conselho, por um profissional de enfermagem ou por Comissão composta de até 3 (três) membros do quadro de inscritos, que estejam adimplentes com suas obrigações relativas ao Conselho e não respondam a processo ético.

**Art. 31** – A averiguação prévia consiste em procedimento sumário, preliminar, sem contraditório e ampla defesa, com a finalidade específica de colher elementos formadores da convicção, para determinar a instauração o processo ético-disciplinar ou o arquivamento da denúncia.

**Art. 32** – Na averiguação prévia poderão ser adotadas diligências, tais como:

- I. requisição e juntada de documentos e provas materiais;
- II. convocação dos envolvidos ou de testemunha para esclarecimento, que poderá ser escrito ou verbal, reduzido a termo, sem prejuízo do direito à ampla defesa, a ser exercido no momento oportuno; e
- III. inspeção in loco.

**Art. 33** – O prazo para apresentar o relatório de averiguação prévia é de 30 (trinta) dias a contar de sua solicitação.

## **Capítulo III** *Dos atos processuais*

**Art. 34** – O presidente do Conselho determinará a autuação da denúncia ou outro ato inaugural do processo ou do procedimento ético-disciplinar, por funcionário, que deverá mencionar a natureza do feito, o número do registro, os nomes das partes e a data do seu início.

**Art. 35** – O processo terá a forma de autos judiciais e os termos de juntada, vista, conclusão e outros semelhantes constarão de notas datadas e rubricadas pelo funcionário responsável pela autuação do procedimento ético-disciplinar na fase de admissibilidade e, quando instaurado o processo ético-disciplinar, pela Comissão de Instrução ou funcionário auxiliar da Comissão.

**Art. 36** – As peças juntadas, os despachos, os pareceres, as decisões, as citações, as intimações e as notificações serão numerados em ordem cronológica e numérica pelo funcionário do Conselho ou por membro da Comissão de Instrução, sendo facultado às partes, aos advogados, aos fiscais e às testemunhas rubricar as folhas correspondentes aos atos nos quais intervieram.

**Art. 37** – O direito de consultar os autos e de pedir certidões de seus atos é restrito às partes e a seus procuradores, sendo facultado a terceiros que demonstrem e justifiquem o interesse jurídico no feito em petição dirigida ao presidente da Comissão de Instrução.

**Art. 38** – Os atos processuais realizar-se-ão, de ordinário, na sede do Conselho, podendo ser realizados em outro lugar por necessidade da Comissão de Instrução ou por solicitação fundamentada das partes, desde que acolhida pela Comissão de Instrução.

**Art. 39** – O processo tramitará em sigilo, até seu término quanto à identidade do profissional denunciado.

**§1º** – Estende-se o dever de sigilo à Comissão de Instrução, aos Conselheiros e a todos aqueles que dele tomarem conhecimento em razão de ofício.

**§2º** – Os atos do processo serão realizados em caráter reservado.

## **Capítulo IV** *Da comunicação dos atos*

### **Seção I** *Da citação*

**Art. 40** – Citação é o ato pelo qual se chama o denunciado ao processo para defender-se, indispensável para a validade do processo ético-disciplinar.

**Art. 41** – A citação poderá ser feita:

- I. por servidor do Conselho, por meio de mandado;
- II. por carta registrada com aviso de recebimento pelos Correios; e
- III. por edital, quando inacessível, incerto ou não sabido, e esgotados todos os meios de localizar o endereço do denunciado.

**Art. 42** – São requisitos formais da citação:

- I. o nome do denunciante e do denunciado nos procedimentos éticos disciplinares iniciados por denúncia;
- II. o nome do denunciado e do Conselho, nos procedimentos éticos disciplinares iniciados de ofício;
- III. endereço residencial do denunciado, quando conhecido;
- IV. endereço do local de trabalho do denunciado, quando não conhecido o residencial;
- V. o fim para que é feita a citação;
- VI. a indicação do prazo em que se deverá apresentar defesa prévia, com advertência dos efeitos da revelia;
- VII. a assinatura do Presidente da Comissão de Instrução;

- VIII. a fotocópia da denúncia, ou do documento que deu origem aos procedimentos éticos disciplinares iniciados de ofício; e
- IX. a fotocópia da Decisão do Plenário pela instauração do processo ético-disciplinar, acompanhada do Parecer do relator ou do condutor do voto vencedor.

**Art. 43** – Não sendo conhecido o endereço do denunciado, ou restando infrutífera a citação pessoal ou por carta registrada, e certificando-se esta condição nos autos, a citação será feita por edital.

**§1º** – A publicação do edital na imprensa oficial ou em jornal de grande circulação e no sítio eletrônico do Conselho de Enfermagem respectivo deve ser certificada nos autos, juntando-se cópia do meio, impresso ou eletrônico, em que foi divulgada.

**§2º** – Na hipótese deste artigo, o prazo para defesa será de 15 (quinze) dias a partir da data de juntada, nos autos, da publicação do edital.

**Art. 44** – O processo ético-disciplinar seguirá sem a presença do denunciado quando, regularmente citado ou intimado para qualquer ato, deixar de comparecer sem motivo justificado.

**Art. 45** – O desatendimento da citação ou da intimação, ou a renúncia pela parte ao direito de defesa e à prática dos atos processuais não importam em reconhecimento da verdade dos fatos.

**§1º** – No prosseguimento do processo, será garantido às partes o direito de ampla defesa e contraditório.

**§2º** – O comparecimento espontâneo do denunciado aos atos processuais ou a prática do ato objeto da comunicação supre a sua falta ou a irregularidade.

## **Seção II** **Da intimação**

**Art. 46** – Na intimação das partes, testemunhas e demais pessoas que devam tomar conhecimento de qualquer ato, será observado, no que for aplicável, o disposto para as citações, devendo conter, além dos requisitos previstos nos incisos I, II, III e IV do art. 42, o seguinte:

- I. data, hora e local em que o intimado deve comparecer;
- II. se o intimado deve comparecer pessoalmente, ou fazer-se representar; e
- III. a informação da continuidade do processo, independentemente de seu comparecimento.

**Art. 47** – Devem ser objeto de intimação os atos do processo que resultem, para as partes, em imposição de deveres, ônus, sanções ou restrições ao exercício de direitos e atividades e atos de outra natureza de seu interesse.

**§1º** – A intimação observará a antecedência mínima de 3 (três) dias úteis, quanto à data de comparecimento.

**§2º** – Nenhum ato da instrução poderá ser praticado sem a prévia intimação das partes e de seus defensores.

**§3º** – É válida a intimação efetuada por ciência nos autos pela parte ou por seu defensor constituído, e certificada por funcionário do Conselho ou pelo secretário da Comissão de Instrução.

### Seção III *Das notificações*

**Art. 48** – Quando necessário, serão notificados ao chefe imediato, o dia e o horário designado para as partes ou testemunhas comparecerem aos atos do processo.

**Art. 49** – As notificações serão utilizadas para comunicar às partes e seus defensores, legalmente constituídos ou nomeados, Conselheiros relatores, membros da Comissão de Instrução e fiscais do Conselho, das nomeações, determinações e despachos, para que possam praticar certos atos processuais.

### Seção IV *Da carta precatória*

**Art. 50** – As comunicações entre os Conselhos serão feitas mediante ofícios ou cartas precatórias.

**Art. 51** – Os ofícios ou as cartas precatórias independem de remessa pela Presidência do Conselho, podendo ser encaminhados pelo Presidente da Comissão de Instrução diretamente aos Presidentes dos Conselhos.

**Art. 52** – A carta precatória será expedida mediante registro postal, ou outro meio eficaz, devendo ser instruída, quando houver, com os seguintes documentos e dados:

- I. indicação do Conselho de origem e de cumprimento do ato;
- II. a finalidade a que se refere;
- III. cópia da denúncia ou do documento que a tiver instaurado de ofício;
- IV. cópia da decisão que ensejou a instauração do processo;
- V. relatório de apuração; e
- VI. questionário para as testemunhas, previamente elaborado pela Comissão de Instrução.

**Art. 53** – O presidente da Comissão de Instrução mandará trasladar, na carta precatória, quaisquer outras peças, bem como instruí-la com documentos dos autos, sempre que estes devam ser examinados na diligência pelas partes, peritos ou testemunhas, ou facilitar o cumprimento da precatória pelo deprecado.

**Art. 54** – A expedição da carta precatória não suspenderá a instrução do processo, mas impedirá a conclusão dos trabalhos da Comissão, devendo ser juntada aos autos após a sua devolução.

**Art. 55** – Recebida a carta precatória, o presidente do Conselho deprecado designará, no prazo de 5 (cinco) dias, Conselheiro ou Fiscal para executar as 120 ordens solicitadas no prazo de 30 (trinta) dias, podendo ser prorrogado por uma única vez, mediante requerimento justificado dirigido ao Presidente do Conselho deprecado.

**Parágrafo único.** Poderá o presidente do Conselho deprecado recusar a carta precatória, se esta não estiver corretamente instruída.

**Art. 56** – A carta precatória poderá ter caráter itinerante, antes ou depois de lhe ser ordenado o cumprimento, e poderá ser apresentada ao Conselho Regional de Enfermagem diverso do que dela consta, a fim de se praticar o ato e facilitar seu cumprimento.

**Art. 57** – Cumprida a carta precatória ou transcorrido o prazo máximo de 60 (sessenta) dias do recebimento da carta pelo Conselho deprecado, sem o seu cumprimento, esta deverá ser devolvida ao Presidente da Comissão de Instrução do Conselho deprecante, justificando os motivos da impossibilidade de seu cumprimento, independentemente de traslado, no prazo de 5 (cinco) dias.

## Capítulo V *Dos prazos*

**Art. 58** – Todos os prazos serão contínuos e peremptórios, não se interrompendo por férias, sábados, domingos ou feriados.

**Art. 59** – Não se computará no prazo o dia do começo incluindo-se, porém, o do vencimento.

**Art. 60** – O término dos prazos será certificado nos autos pelo Secretário da Comissão de Instrução ou funcionário auxiliar da Comissão, sendo considerado findo o prazo, ainda que omitida aquela formalidade, se feita a prova do dia em que começou a correr.

**Art. 61** – O prazo que terminar ou se iniciar em dias em que não houver expediente no Conselho de Enfermagem, ou em que o expediente se encerrar antes do horário normal, será considerado prorrogado até o dia útil imediato.

**Art. 62** – Salvo os casos expressos, os prazos correrão a partir:

- I. da juntada do comprovante ou da contrafé da citação, da intimação ou da notificação nos autos;
- II. da audiência ou sessão em que for proferida a decisão, se a ela estiver presente a parte; e
- III. do dia em que a parte manifestar, nos autos, ciência inequívoca do despacho, ou da decisão.

**Art. 63** – Não havendo prazo estipulado neste Código para o respectivo ato e nem definido pelo presidente do Conselho ou da Comissão de Instrução, este será de 5 (cinco) dias para a sua prática.

## Capítulo VI *Da comissão de instrução*

**Art. 64** – A Comissão de Instrução tem por finalidade organizar e instruir o processo ético disciplinar, visando à apuração dos fatos descritos na decisão de admissibilidade e instauração do processo, realizando todos os atos necessários à busca da verdade, com estrita observância aos princípios da ampla defesa e do contraditório.

**§1º** – A Comissão de Instrução será composta de até 3 (três) membros, de categoria igual ou superior à do denunciado, escolhidos dentre os inscritos no Conselho de Enfermagem.

**§2º** – A Comissão de Instrução será obrigatoriamente composta de Presidente e Secretário e, se formada por três membros, de um Vogal.

§3º – O membro designado para compor a Comissão de Instrução abster-se á de servir no processo, quando houver impedimento ou suspeição, o que declarará nos autos ou poderá ser arguido pelas partes em qualquer fase do processo.

§4º – Não poderá ser membro da Comissão de instrução o profissional que esteja respondendo a processo ético-disciplinar, ou que esteja inadimplente com suas obrigações junto ao Conselho.

**Art. 65 – Compete à Comissão de Instrução:**

- I. ouvir as partes e as testemunhas, em audiência previamente marcada;
- II. determinar a oitiva das pessoas que estejam envolvidas ou tenham conhecimento dos fatos, independentemente daquelas arroladas pelas partes;
- III. colher todas as provas necessárias para o esclarecimento do fato e de suas circunstâncias;
- IV. proceder ao reconhecimento de pessoas e coisas, bem como à acareação, quando necessário;
- V. solicitar perícias e demais procedimentos ou diligências considerados necessários à perfeita instrução do processo e à busca da verdade real dos fatos;
- VI. verificar os antecedentes profissionais do denunciado; e
- VII. ultimar a instrução do processo ético disciplinar, elaborar relatório conclusivo de seus trabalhos e encaminhá-lo ao presidente do Conselho.

§1º – Os atos da Comissão de Instrução serão, de regra, realizados na sede do Conselho em que tramitar o processo.

§2º – A Comissão de Instrução poderá utilizar integrantes do quadro de funcionários e a estrutura administrativa do Conselho para a prática de atos de sua competência, tais como:

- I. digitar os depoimentos tomados em audiência;
- II. redigir os atos processuais determinados e encaminhá-los ao Secretário da Comissão de Instrução para tomar as devidas assinaturas;
- III. formalizar e expedir as correspondências legais, após determinação da Comissão; e
- IV. realizar e registrar os atos processuais de mera movimentação.

**Art. 66 – Incumbe ao presidente da Comissão de Instrução:**

- I. convocar e presidir as reuniões da Comissão;
- II. determinar a citação do denunciado;
- III. determinar a intimação das partes, seus procuradores e testemunhas;
- IV. designar, previamente, as datas das audiências;
- V. tomar depoimentos;
- VI. solicitar perícias, provas ou diligências necessárias;
- VII. estar presente aos atos da Comissão, assinar termos, relatórios e documentos por ela elaborados;



- VIII. decidir sobre a juntada ou o desentranhamento de documentos do processo;
- IX. verificar e sanear irregularidades do processo;
- X. designar defensor dativo, quando for o caso;
- XI. decidir sobre a necessidade de arrolar maior número de testemunhas pelas partes;
- XII. indeferir pedidos considerados impertinentes, meramente prolatórios, ou de nenhum interesse para o esclarecimento dos fatos;
- XIII. solicitar, por escrito, ao presidente do Conselho, assessoramento técnico e científico sempre que julgar necessário ao processo;
- XIV. coordenar a elaboração do relatório final;
- XV. solicitar, se for o caso, prorrogação de prazos para a realização de trabalhos e diligências;
- XVI. proceder ao encerramento dos trabalhos da Comissão.

**Art. 67** – Ao secretário da Comissão de Instrução incumbe:

- I. secretariar as reuniões e substituir o presidente em sua ausência;
- II. supervisionar e acompanhar os trabalhos da Comissão ou de seus auxiliares;
- III. redigir atas de reuniões e os termos de depoimentos, inquirições acareações, ou de qualquer outra atividade da Comissão;
- IV. organizar o processo, colocando em ordem cronológica, de juntada, os documentos que o constituem, numerando-os e rubricando-os; e
- V. providenciar a elaboração e a expedição de intimações, notificações, requerimentos, ofícios e demais atos necessários à instrução do processo.

**Art. 68** – Ao vogal da Comissão de Instrução incumbe substituir o secretário, na ausência deste.

**Art. 69** – A Comissão de Instrução concluirá seus trabalhos no prazo de 120 (cento e vinte) dias, contados do recebimento dos autos, prazo esse prorrogável por igual período pelo presidente do Conselho, mediante solicitação justificada do presidente da Comissão.

## **Capítulo VII** ***Da instrução***

**Art. 70** – O presidente da Comissão de Instrução, após notificado de sua nomeação e da instauração do processo ético-disciplinar pelo Plenário, deverá determinar, no prazo de 5 (cinco) dias, a citação do denunciado para apresentar defesa prévia, no prazo de 15 (quinze) dias.

**Art. 71** – Na defesa prévia, o denunciado poderá arguir preliminares e alegar tudo o que interesse à sua defesa, expondo as razões de fato e de direito; oferecer documentos e justificações; especificar as provas pretendidas e arrolar até três testemunhas, qualificando-as e requerendo sua intimação, quando necessário.

**Art. 72** – Regularmente citado, e não apresentando defesa no prazo legal, o denunciado será declarado revel nos autos e, caso não tenha constituído defensor, o Presidente da Comissão de Instrução nomeará um defensor dativo para apresentar a defesa no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da nomeação.

**§1º** – A nomeação de defensor dativo deverá recair em profissional de enfermagem de categoria igual ou superior ao denunciado, desde que não exerça a função de conselheiro do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem; ou, facultativamente, em advogado que não seja Procurador do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

**§2º** – O denunciado revel poderá intervir em qualquer fase do processo, não lhe sendo, contudo, devolvidos os prazos vencidos.

**Art. 73** – Recebida a defesa prévia, o presidente da Comissão de Instrução, conforme o caso, determinará a realização das diligências que entender pertinentes e designará dia, hora e local para ouvir as partes, as testemunhas arroladas e as determinadas pela Comissão, observados os prazos mínimos para realização dos atos preparatórios de intimações e notificações.

**Art. 74** – Na audiência de instrução, deverá proceder-se à tomada de declarações do ofendido, a inquirição das testemunhas arroladas pela acusação e pela defesa, nesta ordem; bem como aos esclarecimentos das diligências, às acareações e ao reconhecimento de pessoas e coisas, interrogando e, em seguida, o denunciado.

**Art. 75** – Às partes, será concedido o prazo de 3 (três) dias, após intimação, para impugnação de documentos novos.

**Art. 76** – Surgindo, em qualquer momento da fase de instrução, provas de elementos ou circunstâncias da infração ético-disciplinar, não referidas pelo Conselheiro Relator na fase de admissibilidade, deverá a Comissão de Instrução intimar as partes para manifestação no prazo de 5 (cinco) dias, ocasião em que poderão produzir provas.

**Art. 77** – Encerrada a instrução processual, o Presidente da Comissão determinará a intimação das partes para apresentação das alegações finais, no prazo de 10 (dez) dias.

**Art. 78** – Concluído o procedimento, a Comissão de Instrução elaborará relatório dos trabalhos realizados, contendo a narrativa objetiva dos fatos apurados, os apontamentos das provas testemunhais e materiais colhidos, emitindo conclusão fundamentada sobre a caracterização da infração ético-disciplinar.

**Parágrafo único.** No relatório da Comissão não poderá conter indicação de penalidade a ser imposta.

**Art. 79** – Entregue o relatório, o presidente do Conselho determinará a extração de cópias, ou a remessa em arquivo digital para os membros do Plenário das seguintes peças: parecer inicial, defesa prévia, laudos periciais, alegações finais, relatório final.

**Parágrafo único.** O presidente do Conselho distribuirá os autos, no prazo de 5 (cinco) dias, a um Conselheiro, que emitirá parecer conclusivo para julgamento do Plenário.

## Seção I

### *Das testemunhas*

**Art. 80** – Toda pessoa poderá ser testemunha.

**Art. 81** – A testemunha fará, sob palavra de honra, a promessa de dizer a verdade do que souber e lhe for perguntado, devendo declarar seu nome, idade, estado civil, residência, profissão, lugar onde exerce sua atividade, se é parente, e em que grau, de alguma das partes, quais suas relações com qualquer delas; e relatar o que souber, explicando sempre as razões de sua ciência, ou as circunstâncias pelas quais a Comissão possa avaliar sua credibilidade.

**Parágrafo único.** Não se deferirá o compromisso a que alude o artigo aos doentes e deficientes mentais e aos menores de 18 (dezoito) anos, nem às pessoas referidas no art. 83.

**Art. 82** – O depoimento será prestado oralmente, não sendo, entretanto, vedada à testemunha breve consulta a apontamentos.

**Art. 83** – A testemunha, quando profissional de enfermagem, não poderá eximir-se da obrigação de depor. Poderá, entretanto, recusar-se a fazê-lo se for ascendente ou descendente, ou afim em linha reta; cônjuge, ainda que separado; irmão, pai, mãe ou filho do denunciado, salvo quando não for possível, por outro modo, obter-se ou integrar-se a prova do fato de suas circunstâncias.

**Art. 84** – O presidente da Comissão de Instrução, quando julgar necessário, poderá ouvir outras testemunhas além das indicadas pelas partes.

**Art. 85** – As testemunhas serão inquiridas, cada uma de per si, de modo que uma não saiba nem ouça os depoimentos das outras, devendo o presidente adverti-las das penas cominadas ao falso testemunho.

**Art. 86** – Se o presidente da Comissão de Instrução reconhecer que alguma testemunha, quando profissional de enfermagem, fez afirmação falsa, calou ou negou a verdade, remeterá cópia do depoimento à Presidência do Conselho para as providências cabíveis.

**Art. 87** – As perguntas poderão ser formuladas pelas partes diretamente às testemunhas, podendo o presidente da Comissão de Instrução indeferir aquelas que possam induzir a resposta, não tenham relação com a causa ou importem na repetição de outra já respondida e, complementar a inquirição sobre os pontos não esclarecidos.

**§1º** – Deverão constar na ata da audiência as perguntas que a testemunha deixar de responder juntamente com as razões de sua abstenção.

**§2º** – O procurador das partes poderá assistir ao interrogatório bem como à inquirição das testemunhas, sendo-lhe vedado interferir nas perguntas e respostas, mas facultado reinquiri-las, diretamente ou por intermédio do Presidente da Comissão.

**Art. 88** – O presidente da Comissão não permitirá que a testemunha manifeste suas apreciações pessoais, salvo quando inseparáveis da narrativa do fato.

**Art. 89** – Antes de iniciado o depoimento, as partes poderão contraditar a testemunha ou arguir circunstâncias ou defeitos que a tornem suspeita de parcialidade ou indigna de fé.

**Parágrafo único.** O presidente da Comissão fará consignar a contradita ou arguição e a resposta da testemunha, mas só não lhe deferirá compromisso legal nos casos do art. 83.

**Art. 90** – Na redação do depoimento, o Secretário da Comissão de Instrução ou funcionário auxiliar designado deverá cingir-se, tanto quanto possível, às expressões usadas pelas testemunhas, reproduzindo fielmente suas frases.

**Parágrafo único.** No caso de digitação por funcionário auxiliar, este se restringirá ao registro da versão, frases e expressões determinadas pela Comissão de Instrução.

**Art. 91** – O depoimento da testemunha será reduzido a termo e será assinado por ela, pelo presidente da Comissão, demais membros presentes na audiência, pelas partes e seus procuradores.

**Art. 92** – O presidente da Comissão de Instrução certificará a ocorrência nos autos e extrairá cópias à Presidência do Conselho para a adoção das medidas cabíveis quando a testemunha, regularmente intimada e sendo profissional de enfermagem, deixar de comparecer sem motivo justificado.

**Art. 93** – As pessoas impossibilitadas, por enfermidade ou por velhice, de comparecer para depor, poderão ser inquiridas onde estiverem. Se qualquer testemunha houver de ausentar-se ou, por enfermidade ou por velhice, inspirar receio de que, ao tempo da instrução já não exista, o presidente da Comissão poderá, de ofício ou a requerimento de qualquer das partes, tomar-lhe antecipadamente o depoimento.

**Art. 94** – Os conselheiros federais e regionais, efetivos ou suplentes, tanto quanto as autoridades do governo, quando arrolados como testemunhas, serão inquiridos em local, dia e hora, previamente ajustados entre eles e o presidente da Comissão de Instrução, e poderão optar pela prestação de depoimento, por escrito, caso em que as perguntas formuladas pelas partes lhes serão transmitidas por ofício.

**Art. 95** – A testemunha residente no interior do Estado poderá ser ouvida em seu domicílio, ou outro local previamente indicado, devendo seu depoimento ser tomado por pessoa designada pelo presidente do Conselho, mediante Portaria, acompanhada dos documentos necessários para o ato.

**Art. 96** – A testemunha que morar fora da área de jurisdição do Conselho será inquirida por meio de carta precatória, devendo ser intimadas as partes.

## **Seção II** *Do interrogatório do denunciado*

**Art. 97** – O denunciado, regularmente intimado para audiência de inquirição, será qualificado e interrogado na presença de seu defensor, se houver constituído; cientificado do inteiro teor da acusação e informado pelo presidente da Comissão do seu direito de permanecer calado e de não responder perguntas que lhe forem formuladas.

**Parágrafo único.** O silêncio, que não importará em confissão, não poderá ser interpretado em prejuízo da defesa, mas poderá constituir elemento para a formação do convencimento da Comissão de Instrução.

**Art. 98** – Havendo mais de um denunciado, estes serão interrogados separadamente.

**Art. 99** – O interrogatório será constituído de duas partes: sobre a pessoa do denunciado e sobre os fatos.

**§1º** – Na primeira parte, ao interrogado será perguntado:

- I. sobre residência, profissão, lugar onde exerce sua atividade, informações familiares e sociais;
- II. sobre vida pregressa, notadamente se responde a algum processo judicial ligado ao caso e às imputações de infração ético disciplinar ora apurada; e
- III. se já processado judicialmente sobre estas questões, qual o juízo do processo, se houve suspensão condicional ou condenação, qual a pena imposta e se a cumpriu.

§2º – Na segunda parte ser-lhe-á perguntado:

- I. se verdadeira a acusação que lhe é feito;
- II. não sendo verdadeira a acusação, se tem algum motivo particular a que atribuí-la, se conhece a pessoa ou pessoas a quem deva ser imputada a prática da infração ético-disciplinar, e quais sejam, e se com elas esteve, antes ou depois da prática da infração;
- III. onde estava ao tempo em que foi cometida a infração e se teve notícia desta;
- IV. se conhece as provas já apuradas;
- V. se conhece as vítimas e testemunhas já inquiridas ou por inquirir, desde quando, e se tem o que alegar contra elas;
- VI. se sabe como foi praticado o ato;
- VII. todos os demais fatos e pormenores que conduzam à elucidação dos antecedentes e circunstâncias da infração; e
- VIII. se tem algo mais a alegar em sua defesa.

**Art. 100** – Após o interrogatório, o presidente da Comissão indagará das partes se restou algum fato a ser esclarecido, formulando-as perguntas correspondentes, se o entender pertinente e relevante.

**Art. 101** – Se o interrogado negar a acusação, no todo ou em parte, poderá prestar esclarecimento e indicar provas.

**Art. 102** – Se confessar a autoria, será perguntado sobre os motivos e as circunstâncias do fato e se outras pessoas concorreram para a prática da infração, indicando quais sejam.

**Parágrafo único.** A confissão, quando feita fora do interrogatório, será tomada por termo nos autos.

### Seção III *Da acareação*

**Art. 103** – A acareação será admitida sempre que os depoentes divergirem em suas declarações sobre fatos ou circunstâncias relevantes.

**Parágrafo único.** Os acareados serão reperguntados para que expliquem os pontos divergentes, reduzindo-se a termo o ato de acareação.

#### Seção IV *Da prova documental*

**Art. 104** – Salvo os casos expressos em lei, as partes poderão apresentar documentos em qualquer fase do processo.

**Art. 105** – Consideram-se documentos quaisquer escritos, instrumentos ou papéis, públicos ou particulares.

**Art. 106** – A Comissão de Instrução poderá providenciar a juntada de documentos relacionados ao objeto do processo, independentemente de requerimento das partes.

#### Seção V *Da prova pericial*

**Art. 107** – A prova pericial consiste em exame, vistoria ou avaliação.

**Parágrafo único.** A perícia não poderá ser realizada quando:

- I. a prova do fato não depender de conhecimento especial;
- II. for desnecessária, em vista de outras provas produzidas; e
- III. a sua realização for impraticável.

**Art. 108** – A perícia será realizada nos termos indicados pela Comissão de Instrução, seguindo as normas subsidiárias, especialmente o Código de Processo Penal.

**Art. 109** – As despesas com a perícia correrão por conta da parte interessada na prova, apresentando-se o recibo nos autos.

### Título III *Do julgamento em primeira instância*

#### Capítulo I *Do julgamento*

**Art. 110** – Recebido o processo da Comissão de Instrução, o presidente do Conselho, no prazo de 5 (cinco) dias, designará um Conselheiro Relator para a emissão de parecer conclusivo.

**Parágrafo único.** A designação de que trata este artigo deverá observar o disposto no § 2º do art. 7º deste Código.

**Art. 111** – O relator emitirá o parecer conclusivo no prazo de 20 (vinte) dias, entregando-o, com os autos do processo, ao presidente do Conselho.

**Art. 112** – O relator poderá, no prazo de 5 (cinco) dias, a contar da data de recebimento do processo, devolvê-lo à Comissão de Instrução, especificando as diligências que julgar necessárias e fixando prazo para seu cumprimento.

**§1º** – Ocorrendo o previsto no *caput* deste artigo, o prazo para a emissão de parecer conclusivo pelo Conselheiro Relator será interrompido, iniciando-se nova contagem a partir da data do recebimento do processo da Comissão de Instrução.

§2º – Cumpridas as diligências especificadas, o presidente da Comissão de Instrução concederá vista às partes, pelo prazo de 05 (cinco) dias, para se manifestarem.

§3º – Transcorrido o prazo para manifestação das partes, o presidente da Comissão de Instrução devolverá o processo diretamente ao conselheiro Relator, que dará continuidade à sua tramitação.

§4º – O presidente da Comissão de Instrução poderá, uma única vez, solicitar ao conselheiro Relator a prorrogação do prazo para cumprimento das diligências que lhe forem determinadas.

**Art. 113** – O parecer conclusivo do conselheiro relator deverá conter:

- I. parte expositiva, onde relatará sucintamente os fatos e a indicação sumária das provas colhidas;
- II. parte conclusiva em que apreciará o valor da prova obtida, declarando se há ou não transgressão ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, ou de outras normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais, e em quais artigos está configurada, com indicação da penalidade cabível.

**Art. 114** – Recebido o parecer do conselheiro relator, o presidente do Conselho determinará a inclusão do processo na pauta da primeira sessão plenária subsequente, determinando a prévia notificação/intimação das partes e de seus procuradores para o julgamento, com o mínimo de 15 (quinze) dias de antecedência.

**Art. 115** – Aberta a sessão e iniciado o julgamento, o conselheiro relator apresentará o seu parecer, sem emitir voto, em seguida, cada parte ou seu procurador poderá produzir sustentação oral por 10 (dez) minutos.

**Art. 116** – Cumpridas as disposições do artigo anterior, os conselheiros poderão pedir a palavra para:

- I. esclarecer dúvidas acerca dos fatos constantes do processo, podendo ter acesso aos autos para verificação;
- II. requerer e especificar diligências; e
- III. ter vista dos autos até a próxima reunião Plenária, na secretaria do Conselho.

**Parágrafo único.** O requerimento a que alude o inciso II deste artigo somente será deferido com aprovação do Plenário.

**Art. 117** – Deferida a diligência, o julgamento será suspenso, sendo fixado, pelo Plenário, prazo não superior a 30 (trinta) dias para seu cumprimento.

**Parágrafo único.** As partes serão intimadas para, no prazo de 3 (três) dias, manifestarem-se sobre o cumprimento das diligências deferidas pelo Plenário.

**Art. 118** – Cumprida a diligência, o presidente do Conselho mandará incluir o processo na pauta da primeira reunião Plenária subsequente.



## Capítulo II Da decisão

**Art. 119** – A deliberação do Plenário terá início após a apresentação do parecer pelo Conselho Relator, que emitirá seu voto.

**Art. 120** – Em seguida, o presidente do Conselho franqueará a palavra aos demais Conselheiros para que emitam seus votos.

**Parágrafo único.** Caberá ao presidente do Conselho o voto de desempate.

**Art. 121** – Em caso de condenação, o Plenário fixará a pena.

**Art. 122** – A deliberação do Plenário deverá ser redigida, no prazo de 5 (cinco) dias, pelo conselheiro relator ou pelo conselheiro condutor do voto vencedor sob forma de decisão, que a assinará juntamente com o presidente do Conselho.

**Parágrafo único.** A decisão conterá:

- I. o número do processo;
- II. o número do parecer aprovado pelo Plenário;
- III. o nome das partes, a qualificação e o número de sua inscrição profissional;
- IV. a ementa do julgamento;
- V. o relatório contendo a exposição sucinta dos fatos, os argumentos da acusação e da defesa;
- VI. a indicação dos motivos de fato e de direito em que se fundamenta a decisão;
- VII. a indicação do(s) artigo(s) do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem em que se ache incurso o denunciado;
- VIII. a indicação das circunstâncias agravantes ou atenuantes definidas no Código de Ética dos profissionais de enfermagem;
- IX. a absolvição ou a pena imposta; e
- X. a data e as assinaturas do presidente e do conselheiro redator da decisão.

**Art. 123** – Indicada a pena de cassação, o julgamento será suspenso e os autos remetidos ao Conselho Federal para julgamento.

**§1º** – Recebidos os autos, o presidente do Conselho Federal designará conselheiro relator.

**§2º** – O conselheiro relator disporá de 10 (dez) dias para elaborar o parecer, contados do prazo de recebimento do processo.

**Art. 124** – Na hipótese de o Conselho Federal discordar da pena máxima proposta pelo Conselho Regional, serão os autos devolvidos ao Regional de origem, para aplicação de outra penalidade.

**§1º** – Concordando o Conselho Federal com a proposta de cassação, proferirá decisão, sob forma de acórdão, a ser redigido pelo Conselheiro Relator ou Conselheiro condutor do voto vencedor, que o assinará juntamente com o Presidente.

§2º – Na aplicação da pena de cassação, o Conselho Federal delimitará o período de seu cumprimento, para fins da reabilitação.

#### Título IV *Das nulidades e anulabilidades*

**Art. 125** – Os atos praticados poderão ser considerados nulos ou anuláveis. Os atos nulos são insanáveis e independem da arguição das partes. Os atos anuláveis poderão ser sanados e deverão ser arguidos pelas partes.

**Art. 126** – A nulidade ocorrerá nos seguintes casos:

- I. quando inexistir o ato de instauração do processo;
- II. por falta de citação do denunciado;
- III. por falta de designação de defensor dativo;
- IV. por supressão de quaisquer das fases de defesa;
- V. por impedimento declarado de qualquer dos membros do Plenário ou da Comissão de Instrução; e
- VI. por inexistência de fundamentação da decisão.

**Art. 127** – A anulabilidade ocorrerá nos seguintes casos:

- I. por falta de intimação das testemunhas arroladas pelas partes;
- II. por suspeição declarada de qualquer dos membros do Plenário ou da Comissão de Instrução;
- III. pela incompetência do Conselho; e
- IV. por falta de cumprimento das formalidades legais prescritas no presente Código.

**Art. 128** – As anulabilidades deverão ser arguidas pelas partes em até 5 (cinco) dias da data da ciência do ato anulável.

**Art. 129** – Nenhum ato será anulado se da anulabilidade não resultar prejuízo para as partes ou não houver influído na apuração da verdade ou na decisão da causa.

**Parágrafo único.** Ainda que da anulabilidade possa resultar em prejuízo, ela somente será pronunciada pelo Presidente da Comissão de Instrução, pelo conselheiro relator ou pelo Plenário quando não for possível suprir-se a falta ou repetir-se o ato.

**Art. 130** – Quando determinado ato for anulável, será considerado válido nos seguintes casos:

- I. se não forem arguidas em tempo oportuno;
- II. se, praticado por outra forma, o ato tiver atingido suas finalidades; e
- III. se a parte, ainda que tacitamente, houver aceitado seus efeitos.

**Art. 131** – Os atos processuais, cuja nulidade tenha sido declarada, retornarão às instâncias competentes para repetição ou retificação.

§1º – A nulidade de um ato, uma vez declarada, causará a nulidade dos atos que dele diretamente dependam ou sejam consequência.

§2º – O presidente da Comissão de Instrução, o conselheiro relator ou o Plenário, quando pronunciar a nulidade, declarará os atos aos quais ela se estende.

**Art. 132** – Nenhuma das partes poderá arguir nulidade a que tenha dado causa, ou para qual tenha concorrido, nem poderá arguir nulidade de formalidade cuja observância só à parte contrária interessa.

## Título V *Do julgamento em segunda instância*

### Capítulo I *Dos recursos*

**Art. 133** – Da decisão proferida pelo Conselho Regional caberá recurso ao Conselho Federal com efeito suspensivo, no prazo de 15 (quinze) dias, contados da ciência da decisão pelas partes.

§1º – Das decisões de arquivamento de denúncias caberá o recurso previsto no caput deste artigo.

§2º – Os recursos serão interpostos perante o órgão prolator da decisão em primeira instância.

**Art. 134** – Recebido o recurso, o presidente do Conselho determinará a intimação da parte contrária para, querendo, apresentar contrarrazões, no prazo de 15 (quinze) dias, após o que será remetido ao órgão de segunda instância.

**Art. 135** – Recebido o processo pela secretaria do Conselho Federal, os autos serão encaminhados ao seu presidente que, no prazo de 5 (cinco) dias, designará conselheiro relator, o qual terá o prazo de 10 (dez) dias para emitir seu parecer.

**Art. 136** – Com a entrega do parecer, o presidente do Conselho designará dia para o julgamento, intimando as partes e notificando seus procuradores, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias.

### Capítulo II *Do recurso para a assembleia geral dos delegados regionais*

**Art. 137** – Das decisões do Plenário do Conselho Federal, nas hipóteses do Art. 2º, inciso III, alíneas “b”, “c” e “d”, caberá recurso para a Assembleia Geral dos Delegados Regionais, no prazo de 15 (quinze) dias.

**Art. 138** – Recebido o recurso, o presidente do Conselho Federal determinará a intimação da parte contrária para, querendo, apresentar contra razões, no prazo de 15 (quinze) dias.

§1º – A Assembleia dos Delegados Regionais será convocada pelo presidente do Conselho Federal na forma do que dispuser o seu Regimento Interno e deverá reunir-se para julgar o recurso em até 120 (cento e vinte) dias, a contar do seu recebimento.

§2º – No ato de convocação da Assembleia dos Delegados Regionais, o presidente do Conselho Federal designará delegado relator e determinará o envio de cópias da decisão recorrida, do recurso e das contrarrazões do recurso a cada delegado regional.

§3º – O delegado relator terá o prazo de 20 (vinte) dias para emitir seu parecer.

§4º – Recebido o parecer, o presidente do Conselho Federal deverá designar a data do julgamento e determinar a intimação das partes e de seus procuradores, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias.

### Capítulo III *Do julgamento na segunda instância*

**Art. 139** – Aberta a sessão de julgamento, o conselheiro relator apresentará o parecer sem emissão de voto, sendo a seguir dada a palavra, sucessivamente, por 10 (dez) minutos, ao recorrente e ao recorrido.

**Parágrafo único.** O primeiro conselheiro a usar da palavra será o Relator, que emitirá seu voto.

**Art. 140** – Encerrado o julgamento, o presidente do Conselho anunciará a decisão, a qual será lavrada na forma de acórdão.

§1º – O acórdão será redigido, no prazo de 5 (cinco) dias, pelo conselheiro relator ou pelo condutor do voto vencedor, que o assinará juntamente com o presidente do Conselho.

§2º – O acórdão, no que couber, conterá os mesmos elementos referidos no parágrafo único do art. 122.

**Art. 141** – Lavrado e publicado o Acórdão, será o processo devolvido ao Conselho de origem para execução da pena e respectiva divulgação da decisão, se for o caso.

**Parágrafo único.** Quando a penalidade imposta for a cassação, o Conselho Federal fará publicar o Acórdão, ressalvado ao Conselho Regional o direito de dar publicidade ao mesmo.

**Art. 142** – No julgamento do recurso, o órgão julgador, independentemente do pedido das partes, poderá aplicar penalidade diversa daquela decidida pelo órgão de julgamento em primeira instância, podendo alterar a classificação da infração, aumentar, reduzir a pena ou absolver o denunciado.

§1º – Em observância aos princípios da ampla defesa e do contraditório, caberá pedido de reconsideração no caso de aumento de pena decorrente de recurso interposto pelas partes pelo denunciado.

§2º – O pedido de reconsideração deverá ser apresentado ao Conselho Federal no prazo de 10 (dez) dias, contados da ciência da decisão mais gravosa pelo denunciado e será encaminhado pelo presidente ao Conselheiro condutor do voto vencedor, o qual terá o prazo de 10 (dez) dias para emitir seu parecer.

§3º – Com a entrega do parecer, o presidente do Conselho designará dia para o julgamento a ser realizado na forma deste capítulo, intimando a parte e notificando seu procurador, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias.

## Título VI *Da execução da pena*

**Art. 143** – Não cabendo mais recurso, serão os autos evolidos à instância de origem do processo, para a execução do decidido.

**Art. 144** – A execução das penalidades impostas pelos Conselhos Regionais ou pelo Conselho Federal se processará na forma estabelecida nas decisões ou acórdãos, sendo registradas no prontuário do profissional infrator.

**§1º** – As penas aplicadas se estendem a todas as inscrições do profissional junto ao Conselho de Enfermagem, independentemente da categoria em que o profissional tenha cometido a infração.

**§2º** – O presidente do Conselho dará conhecimento, à instituição empregadora do infrator, da decisão que impuser penalidade de suspensão do exercício profissional.

**§3º** – No caso de cassação do exercício profissional, além da publicação dos editais e das comunicações endereçadas às autoridades interessadas no assunto, será apreendida a carteira profissional do infrator, procedendo-se ao cancelamento do respectivo registro no Conselho.

**Art. 145** – Impossibilitada a execução da penalidade, esta ficará suspensa até seu efetivo cumprimento, sem prejuízo das anotações nos prontuários e publicações dos editais, quando for o caso.

**Parágrafo único.** O não pagamento da pena de multa importará na sua inscrição em dívida ativa para posterior execução judicial.

**Art. 146** – Cumpridas todas as decisões de primeira ou segunda instância, o presidente do Conselho que tiver atuado como órgão de julgamento em primeira instância determinará o arquivamento do processo.

## Título VII *Da revisão da pena*

**Art. 147** – É facultado ao punido ou, em caso de seu falecimento, aos seus herdeiros, apresentar pedido de revisão da pena, a qualquer tempo, após a publicação do acórdão, ou quando não couber mais recurso, nas seguintes hipóteses:

- I. forem apuradas provas idôneas da inocência do punido ou de circunstâncias que possam atenuar a pena, ou desclassificar o fato configurador da infração, de modo a alterar a penalidade;
- II. a decisão condenatória estiver fundada em prova testemunhal ou pericial cuja falsidade ficar comprovada; e
- III. ficar evidenciado que o processo se desenvolveu eivado de nulidade.

**Parágrafo único.** No julgamento da revisão serão aplicadas, no que couber, as normas previstas neste Código.

**Art. 148** – A revisão terá início por petição à Presidência do Conselho Regional, com as provas documentais comprobatórias dos fatos arguidos.

§1º – A revisão será distribuída a um conselheiro relator, por designação do presidente do Conselho.

§2º – Não será admitida a renovação do pedido de revisão, salvo se fundamentado em novas provas.

Art. 149 – A decisão no processo revisional poderá reduzir ou extinguir a pena, sendo vedado o seu agravamento.

§1º – A absolvição implicará no restabelecimento de todos os direitos perdidos em virtude de punição anteriormente aplicada.

§2º – A revisão da pena somente surtirá efeito após o seu trânsito em julgado.

Art. 150 – Qualquer recurso, na revisão, somente será recebido no efeito devolutivo.

Art. 151 – A revisão será processada em apenso aos autos originais do processo ou, ainda, acompanhada de fotocópias integrais dos autos originais.

## Título VIII *Da reabilitação*

Art. 152 – Após 2 (dois) anos do cumprimento da pena aplicada pelo Conselho de Enfermagem, sem que tenha sofrido qualquer outra penalidade ético-disciplinar, ou esteja respondendo a processo administrativo ou criminal, e mediante provas efetivas de bom comportamento, é permitido ao profissional requerer a reabilitação profissional.

§1º – O requerimento de que trata o caput deste artigo deverá ser instruído com as provas e certidões pertinentes.

§2º – Havendo necessidade, o Conselho poderá determinar a realização de perícia para avaliar a efetiva recuperação do profissional.

§3º – Quando a infração ético-disciplinar constituir crime, a reabilitação profissional dependerá da correspondente reabilitação criminal.

Art. 153 – A reabilitação, caso a cassação tenha ocorrido por fato imputado como crime, seguirá os mesmos trâmites da reabilitação penal, com a reparação na área cível ou demonstração de absoluta impossibilidade de fazê-lo, ou, ainda, declaração de renúncia da vítima, com demonstração por parte do denunciado de constante bom comportamento público e privado.

Art. 154 – Os efeitos da reabilitação consistem em retirar do prontuário do profissional qualquer apontamento referente à condenação e, no caso de cassação, a outorga de nova inscrição.

Art. 155 – O pedido de reabilitação deverá ser formulado diretamente ao Conselho que executou a pena, cabendo recurso ao Conselho Federal.

## Título IX *Da prescrição*

Art. 156 – A pretensão à punibilidade das infrações ético-disciplinares prescreve em 5 (cinco) anos, contados da data de ocorrência do fato.

§1º – Aplica-se a prescrição a todo processo ético-disciplinar paralisado por mais de 3 (três) anos, pendente de despacho ou julgamento, devendo ser arquivado, de ofício ou a requerimento da parte interessada, sem prejuízo de serem apuradas as responsabilidades pela paralisação.

§2º – A prescrição interrompe-se pela instauração de processo ético disciplinar, ou pela notificação válida feita ao denunciado, inclusive por meio de editais.

§3º – Interrompida a prescrição, todo o prazo começa a contar novamente do dia dessa interrupção.

## Título X *Das disposições finais*

**Art. 157** – É vedada vista dos autos fora da secretaria do Conselho, porém as partes poderão, a qualquer tempo, acessá-los, inclusive obter cópia de peças, por meio de requerimento formulado ao presidente do Conselho ou de Comissão de Instrução, a expensas do requerente.

**Art. 158** – Em qualquer fase do processo poderá ser solicitada pela Presidência a manifestação da Assessoria Jurídica do Conselho.

§1º – A manifestação da Assessoria Jurídica versará, exclusivamente, sobre as questões processuais e de legalidade.

§2º – É defeso ao Assessor Jurídico manifestar-se sobre questões ético-disciplinares.

**Art. 159** – As disposições do presente Código aplicam-se aos que exercem atividades de enfermagem, independentemente da regularidade de sua inscrição no Conselho Regional.

**Parágrafo único.** Este Código não se aplica a quem não for inscrito ou autorizado pelo Conselho Regional, aplicando-se, contudo, ao profissional inscrito ou autorizado ao tempo da prática da conduta que deu origem ao processo.

**Art. 160** – As questões omissas neste Código deverão ser supridas utilizando-se, subsidiariamente, os dispositivos previstos no Código de Processo Penal, no que lhes for aplicável.

**Art. 161** – Este Código entrará em vigor no dia 1º de janeiro de 2011, sem prejuízo da validade dos atos realizados sob a vigência do Código anterior.

**Art. 162** – Revoga-se a Resolução nº 252/2001 e demais disposições em contrário.