

DURA LEX SED LEX: A CIDADANIA RECLAMADA EM DENÚNCIAS POPULARES DE IATROGENIA

DURA LEX SED LEX: THE CITIZENSHIP CLAIMED ON POPULAR DENOUNCEMENT OF IATROGENY

DURA LEX SED LEX: LA CIUDADANÍA RECLAMADA A TRAVÉS DE DENUNCIAS POPULARES DE IATROGENIA

ANDRÉA MENDES ARAÚJO ¹

INACIA SÁTIRO XAVIER DE FRANÇA ²

LORITA MARLENA FREITAG PAGLIUCA ³

ZALDENIRA SÁTIRO DE ARAÚJO ⁴

Estudo descritivo que objetivou analisar denúncias de má-práxis médica e de enfermagem veiculadas em jornais de uma cidade da região nordeste, no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2002. Respeitamos os princípios da Resolução 196/96. Coletamos os dados em dois jornais que denominamos "A voz do povo" e "A tribuna do cidadão". As denúncias de má-práxis foram imputadas ao enfermeiro, ao médico e à instituição de saúde e configuram negligência e imprudência. Concluímos que a academia, os profissionais da saúde e a população precisam adquirir uma consciência crítica, reflexiva e comprometida com o combate à má-práxis.

UNITERMOS: *Negligência; Imprudência; Ética médica; Ética de enfermagem; Ética Institucional.*

descriptive study that aimed at to analyse accusations of bad medical and nursing practicing published in newspapers of a city in the Northeast region of Brazil, from January 1999 to December 2002. We respected the principles of Resolution 196/96. We collected data from newspapers that we called "The Voice of the People" and "The Citizen's Tribune". Charges of bad practicing were made on the nurse, on the doctor and on the health institution and involve negligence and imprudence. We concluded that the academy, health professionals and the population need acquire critical, reflexive awareness committed to the combat of bad practicing.

KEY-WORDS: *Negligence, Imprudence, Ethics medical; Ethics nursing; Ethics Institutional.*

Resumen: *estudio descriptivo cuyo objetivo fue el de analizar las denuncias de malas prácticas, o sea, má- práxis tanto médicas como de enfermería que fueron vehiculadas en los periódicos de una ciudad de la región nordeste, durante el período de enero de 1999 a diciembre de 2002. Respetamos los principios de la Resolución 196/96. Recogimos los datos redactados en dos periódicos que llamamos «A voz do povo» y «A tribuna do cidadão». Las denuncias de malas prácticas (má-práxis) se adjudicaron al enfermero, al médico y a la institución de salud y muestran negligencia e imprudencia. Llegamos a la conclusión de que la academia, los profesionales de la salud y la población necesitan tomar conciencia crítica, reflexiva y comprometida junto al combate a las malas prácticas médicas, o sea, má-práxis.*

PALABRAS CLAVES: *Negligencia, Imprudencia, Etica médica; Etica de enfermería; Ética Institucional.*

¹ Enfermeira

² Enfermeira, doutoranda em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC

³ Enfermeira, doutora, professora titular do Deptº de Enfermagem da UFC, pesquisadora do CNPQ

⁴ Enfermeira, especialista em Bioética

INTRODUÇÃO

O rápido desenvolvimento tecnológico, científico, econômico, político e social ocorridos nos últimos tempos contribuíram para significativas mudanças no cenário dos cuidados em saúde: atualmente a sociedade está mais interessada em compreender o processo de cuidados e promoção da saúde e esse envolvimento é estimulado pela mídia. Por sua vez, os provedores da assistência em saúde mostram-se atentos a estas mudanças e procuram oferecer à coletividade serviços de melhor qualidade e, portanto, mais eficazes.

A clientela, agente ativa nesta realidade cotidiana, tem-se mostrado cada vez mais exigente, crítica e conhecedora de seus direitos, buscando respaldo para as situações que não são compatíveis com as ações de saúde desejadas e esperadas.⁽¹⁾

Quando a assistência à saúde provoca uma condição inesperada ou potencialmente prejudicial ao cliente dizemos que ocorreu uma iatrogenia ou má-práxis. Ou seja: desencadeou-se um estado mórbido – físico, psíquico ou social –, oriundo de uma intervenção diagnóstica ou terapêutica, independente da conduta ter sido adequada ou inadequada. Esse tipo de morbidade também pode ser uma decorrência de injúria por parte da instituição hospitalar.

A iatrogenia engloba todas as condições clínicas das quais os medicamentos, os médicos e as instituições de saúde são o agente patogênico.^(2,3) No caso desse estudo utilizaremos o conceito iatrogenia com o sentido de má-práxis para nos referirmos à prática de negligência ou imprudência.

A má-práxis é um assunto que vem sendo discutido, gradativamente, nas instituições de ensino superior, quer seja no contexto da sala de aula, nos eventos científicos ou em publicações literárias como uma forma de alertar os profissionais e graduandos para as conseqüências desse tipo de malefício e da necessidade de minimizá-lo no cotidiano das práticas de saúde.

A conduta dos profissionais da Saúde é regida por princípios contidos em seu Código de Ética que estabelece uma prática livre dos atos de imperícia, negligência e imprudência e pautada na qualidade da assistência. A fiscalização do devido cumprimento das normas de

conduta determinadas pelo Código de Ética é uma competência dos Conselhos Federais e Regionais específicos de cada profissão.

Os profissionais da Saúde, como quaisquer outros profissionais, são susceptíveis de cometer erros, pois são humanos e não divinos. No entanto, como o erro cometido no âmbito da assistência em saúde envolve o bem-estar, a integridade ou a vida de outra pessoa, tal prejuízo é contestado e o malefício clama reparação.⁽⁴⁾

Temos observado que a sociedade brasileira, aos poucos, está mais crítica, tomando consciência dos seus direitos e abandonando a posição de conformismo diante de alguma falha no decurso da assistência médica. Por isso, é cada vez mais freqüente nos depararmos com reportagens na mídia que enfocam denúncias populares de má práxis. Tais denúncias podem ser efetivadas junto às delegacias de defesa do consumidor, a órgão judiciário ou aos Conselhos profissionais e visam esclarecimentos, ações e a punição de instituições e profissionais.

O jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM), em sua primeira edição de 2002, publicou dados sobre os processos médicos instaurados no período de 12 de outubro de 1999 a novembro de 2002, dando conta de que, nesse espaço de tempo, foi instaurado, nesse Conselho, um quantitativo de 374 processos por má práxis.

Buscamos, junto ao Conselho Regional de Enfermagem do Estado em que realizamos esse estudo, o quantitativo de processos envolvendo erros do enfermeiro em período igual àquele publicado no jornal do CFM. Fomos informadas da inexistência desse tipo de denúncia junto àquele órgão. Tal fenômeno causou estranhamento, pois são inúmeras as situações que predisõem o enfermeiro ao risco de má-práxis. Só em relação ao artigo 16 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) podemos citar as seguintes situações que podem contribuir para a ocorrência de negligência, imprudência ou imperícia: supervisão inadequada de cuidados delegados aos auxiliares ou técnicos de enfermagem, inabilidade técnica, desqualificação profissional, execução de atividades específicas de médicos, fisioterapeutas, nutricionistas ou psicólogos, desrespeito ao pudor do cliente, entre outras possíveis.⁽⁵⁾

Ficamos a indagar o porque do silêncio em torno da má-práxis em enfermagem. Será porque a enfermagem atua

a contento, não dando margem a esse tipo de ocorrência? Será porque a população não sabe correlacionar a má-práxis com o profissional que a desencadeou? Para responder a essas questões elegemos como objeto de estudo a prática dos profissionais da Saúde. Objetivamos analisar as denúncias de iatrogenia médica e de enfermagem veiculadas em jornais de uma cidade da região nordeste, no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2002.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, a partir de análise de dados obtidos em fonte documental, que se insere nos pressupostos do método qualitativo de pesquisa.

A investigação foi realizada nos arquivos de dois jornais que têm circulação diária em uma cidade de médio porte de um estado nordestino. Para resguardar a identidade desses informativos lhes atribuímos os pseudônimos: “A voz do povo” e “Tribuna do cidadão”.

À priori, pedimos autorização à direção destes dois informativos para a realização da coleta e submetemos o projeto do estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa de uma Instituição de Ensino Superior da região nordeste.

Coletamos os dados transcrevendo 17 denúncias populares de má-práxis notificadas nestes dois jornais, no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2002.

A análise dos dados obedeceu aos seguintes procedimentos: a) as acusações populares foram separadas em três grupos distintos, conforme as denúncias referissem a má atuação do enfermeiro, do médico ou da instituição. Estes grupos foram codificados, respectivamente, com os seguintes códigos: “má-práxis de enfermagem”, “má-práxis médica”, e “má-práxis institucional”. Esta codificação serviu para a construção dos gráficos 01 e 02. b) Em seguida, e em cada grupo de má-práxis já codificado, fizemos novos agrupamentos das acusações conforme os sentidos inclusos nas denúncias populares expressassem a prática de negligência, imperícia ou de imprudência. Com este procedimento as acusações contidas no código “Má-práxis de enfermagem” foram agrupadas em dois novos códigos denominados, respectivamente, “negligência” e “imprudência”. “Má-práxis médica”, também, teve as acusações agrupadas conforme os dois novos códigos “negligência” e “imprudência”. E “Má-práxis

institucional” teve todas as acusações agrupadas no novo código “negligência”.

A partir dessa nova codificação criamos as categorias temáticas “Dai ao Estado o que é do Estado, mas dai ao povo a assistência em saúde que ele precisa”, “Da cirurgia de catarata... Livrai-me, Senhor!” e “Contexto, cenário e falas sobre a morte em surdina”. Estas categorias representam as acusações de imprudência e de negligência.

Os gráficos e as categorias foram analisados à luz das normas penais e éticas que incidem sobre os profissionais da Saúde e do Código de Proteção e Defesa do Consumidor.

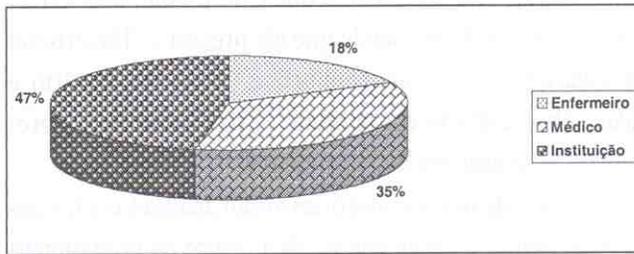
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A cada dia se torna mais freqüente na mídia a veiculação de denúncia de má-práxis envolvendo os profissionais da Saúde. Este fenômeno decorre da desmistificação da figura do médico como “senhor da vida e da morte”, de uma maior politização do povo brasileiro – o que contribuiu para que as pessoas passassem a reivindicar os seus direitos nos vários campos da vida social – e do fácil acesso da população aos órgãos de imprensa.

O contexto nacional do serviço público representa um incentivo para a ocorrência de atos danosos ao cliente, dado que esse sistema se encontra sucateado e esgotado pela escassez de recursos financeiros. A precariedade econômica se faz sentir na não reposição de material de serviços, equipamentos e medicamentos. A atividade profissional nessa área, notadamente, quando permeada pela relação de emprego e repasse de verbas, é deficitária e aviltada pelas condições de trabalho muitas vezes indignas.

Apesar desse contexto, somos de parecer que a baixa remuneração, a escassez de recursos humanos e materiais não podem se constituir um escudo repelente das sanções morais e penais aplicáveis a quem praticar ou colaborar em ações que comprometam, de forma provisória ou definitiva, a integridade da pessoa cuidada. Essa nossa compreensão corresponde àquela da população que agora passa a acreditar que o profissional que comete um erro precisa sofrer as sanções penais que lhe cabem e, por isso, não hesita em denunciar os supostos infratores. Corroborando essa linha de raciocínio, os resultados desse estudo permitiram a configuração do gráfico seguinte:

GRÁFICO 01
QUANTITATIVO DOS SUJEITOS INSCRITOS NAS DENÚNCIAS
POPULARES DE IATROGENIA



Conforme demonstra o gráfico 01, os hospitais foram alvo de 08 acusações que correspondem ao percentual de 47% do total de denúncias. E o delito que cometeram, segundo as acusações, foi o de omissão de socorro. Para elucidar esse quantitativo recortamos a categoria **“Dai ao Estado o que é do Estado, mas dai ao povo a assistência em saúde que ele precisa”**. Os sentidos que inspiraram essa categorização estão implícitos nesta narrativa que recortamos para análise:

Na noite de segunda feira defronte ao hospital Z na cidade (...) houve revolta e quebra-quebra, depois que (...) faleceu por falta de assistência médica. Ela foi vítima de um acidente automobilístico, socorrida para a cidade, teria sido rejeitada pelos hospitais X, Y e Z. De acordo com o diretor administrativo de Z, quando a mulher chegou em cima do caminhão, por volta das 22:00 horas, um auxiliar de enfermagem verificou que (...) estava morta, comunicando o fato à enfermeira chefe e ao médico plantonista. Quando a equipe tentou se aproximar do carro, houve tumulto o que impediu a aproximação da equipe. De acordo com depoimento de pessoas que socorreram a vítima, ela falava e se queixava de dores ao chegar ao hospital X. Neste, os funcionários alegaram que não havia médico naquela madrugada e dois outros feridos estavam sendo atendidos naquela madrugada. De acordo com relato das pessoas que socorreram a vítima, foram orientadas a se deslocarem para o Y. (...) estava viva, mas falava com dificuldades, sendo rejeitada pela referida instituição sob informação de que o médico tinha saído naquele momento,

de modo que procurasse a instituição Z. Segundo (...), uma das pessoas que socorreram a vítima, ao chegar à instituição Z, (...) ainda estava viva, os funcionários alegaram ausência de médicos e solicitaram que procurassem a instituição X. A mulher faleceu em cima do caminhão defronte ao Z. Segundo (...), um dos que socorreram a vítima, o tumulto se deu devido à revolta das pessoas que ali estavam em busca de atendimento médico.

FONTE: *A Voz do Povo*, 13 de outubro de 1999.

Os significantes contidos na narrativa remetem a omissão de socorro, uma vez que os queixosos afirmam que as instituições se negaram a prestar cuidados a uma pessoa em perigo grave e iminente de vida. O nosso entendimento é o de que a ocorrência de um delito por omissão não necessita que o agente tenha desejado cometer o ato danoso. Basta que o autor crie uma condição que ameace a segurança de outrem. Trata-se, portanto, de um crime doloso, pois a caracterização de um delito penal exige apenas que o agente exponha a vítima a uma situação em que a vida ou a saúde se aproxime de um perigo direto e iminente.⁽⁶⁾

No intuito de proteger e respeitar a integridade física e a vida das pessoas o Estado criou legislação específica que se preocupa com a ocorrência do delito e com a probabilidade da sua ocorrência. Por isso, as instituições são consideradas pessoas jurídicas, sendo civilmente responsáveis pelos atos lesivos que os seus agentes causarem a terceiros, procedendo de modo contrário ao direito ou faltando ao dever prescrito por lei, salvo o direito regressivo, conforme estabelece o artigo 37, parágrafo 6º. da Constituição Federal e o artigo 15 do Código Civil brasileiro.^(7,8) Desse modo, a instituição que rejeitar o internamento de um paciente em perigo de vida, quaisquer que sejam as condições momentâneas da instituição, será responsabilizada por negligência.⁽⁹⁾

No que concerne ao direito regressivo, aqueles profissionais arrolados no decorrer do processo, quando identificados como infratores, lhes serão repassadas as sentenças aferidas às instituições e serão submetidos a avaliação ética no seu respectivo Conselho, que determinará a abertura do processo ético, caso seja confirmado o ato ilícito. Para além da deontologia, se a omissão resultar em lesão cor-

poral de natureza grave a pena aumenta de metade e, se resultar a morte, a pena é triplicada.^(6,7)

A alegação de falta de vagas, dos regulamentos ou normas administrativas, em nenhuma hipótese, podem ser justificativas para exonerar a responsabilidade profissional nos casos de omissão de socorro.⁽¹⁰⁾ Do mesmo modo, não há como justificar a infração ética alegando-se que o profissional não é especialista no tratamento de qualquer condição de saúde, pois, em caso de emergência, não se exige eficácia da conduta tomada. O que importa é o cumprimento do dever de assistir.

Os médicos e enfermeiros que omitirem socorro a uma pessoa enferma responderão pela infração ética, conforme estabelece os seguintes postulados: Artigo 58, do Código de Ética Médica Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico em condições de fazê-lo. E artigo 42, do CEPE – Negar assistência de enfermagem em caso de urgência ou emergência.

Um outro diploma legal que assegura a proteção e defesa da saúde da pessoa é o Código de Proteção e Defesa do Consumidor (CPDC).⁽¹¹⁾ Este instrumento visa o disciplinamento das relações de consumo entre o prestador de serviço e o usuário. Através dele o Estado promove, na forma da lei, a defesa do consumidor. No que concerne a assistência prestada por instituição hospitalar a apuração de responsabilidade independe da existência de culpa, bastando que exista o nexo causal e o dano sofrido.

O artigo 14 do CPDC determina que o fornecedor de serviços responde pela reparação do dano causado aos consumidores por defeitos relativos a prestação de serviços, assim como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos. Articulando-se o direito regressivo com o DPDC, no seu artigo 14, parágrafo 4, a responsabilidade civil do profissional da Saúde será apurada mediante averiguação da culpa e levando-se em conta o maior ou menor grau de previsibilidade de dolo ao cliente. Caso o ato se configure como irregular, atípico e imprudente caberá ao agente responder pela sua inadimplência.

O segundo grupo mais expressivo de má-práxis é aquele que encerra 06 acusações contra o médico, alcançando o percentual 35% do total das denúncias. A narrativa que escolhemos para esclarecer esse resultado está inclusa na categoria “**Da cirurgia de catarata... Livrai-**

me, Senhor!” Os sentidos expressos na denúncia que recortamos para análise expressam uma prática sugestiva de negligência, seguida de intimidação e silenciamento das vítimas. Eis o relato:

O CRM abriu sindicância para apurar denúncia de negligência médica durante um mutirão das cirurgias de catarata, ocorrido em (...), há dois anos, e que pode ter causado cegueira em cerca de 140 pacientes atendidos. Segundo a diretoria do órgão, todos os médicos serão convidados para dar explicações sobre os procedimentos utilizados durante a campanha e, caso seja constatado alguma irregularidade, terão que responder a processo ético. Segundo o diretor do CRM a primeira sondagem feita pelo órgão deixou clara a existência de irregularidades na época. “Conversamos com as pessoas que foram submetidas à operação e constatamos que o pós-operatório não foi cumprido e, por isso, quem apresentou alguma complicação após a cirurgia não teve a quem recorrer”. O fato permaneceu esquecido por quase dois anos, até que a aposentada (...) de 65 anos, acionou a Secretaria de Saúde do Estado e o Hospital Regional na justiça, por negligência médica. Ela garante que perdeu praticamente toda a capacidade de enxergar após a cirurgia de catarata. O advogado da aposentada garante que as vítimas mantiveram o caso em segredo durante todo esse tempo por medo de pressões políticas. Segundo ele, duas pessoas já entraram na justiça pedindo indenização. A sindicância aberta pelo CRM será concluída em 30 dias, quando o Conselho definirá se será aberto, ou não, o processo ético contra os médicos que participaram da campanha.

FONTE: *A Voz do Povo*, 19 de abril de 2001.

A repercussão de um erro sobre o paciente depende do grau de parceria estabelecido no binômio médico-cliente, na essência dessa relação complexa e melindrosa voltada para a busca do bem. Quando a relação é marcada pelo respeito, pela afeição, pela transparência, atinge um elevado e primoroso grau de compreensão e tolerância

mútua. Não a ponto de consentir erros de parte a parte, mas de tornar a falha compreensível, digna de perdão da parte ofendida ou de uma respeitosa tolerância. No entanto, o que mais irrita o cliente e a família é a indiferença, o autoritarismo e a arrogância aliada à sua concepção de excelência técnica.⁽¹²⁾

É claro que no caso da denúncia em foco não há espaço para tolerância ou conformismo. É preciso averiguação escrupulosa e, se confirmada a veracidade da acusação os responsáveis pelo dolo precisam submeter-se à sanção moral e penal.

Ao considerarmos que o próprio diretor do CRM afirma a existência de irregularidades — pois não houve acompanhamento médico no pós-operatório —, nos apoiamos naqueles elementos descritos pela literatura para caracterizar a responsabilidade médica: habilitação legal para o exercício da profissão, a prática de um ato doloso, a culpa decorrente de negligência, de imprudência ou de imperícia, o dano real, efetivo e concreto e o nexos causal.⁽⁶⁾ Este último corresponde à relação entre a causa e o efeito. Ou seja: é o elo entre o ato e o dano.

A denúncia em pauta encerra todos esses requisitos e, mais especificamente, aponta para a ocorrência de erro médico por negligência. Não é demais recordar que a negligência se caracteriza por uma ação indolente, relapsa, passiva, inerte, omissa. Sua prática implica responsabilidade legal e moral, submetendo-se, o autor, às sanções do Código Penal e do Código Civil brasileiro, do CPDC e do Código de Ética profissional.

Para completar a análise do gráfico 01 trazemos à baila 03 acusações que colocam o enfermeiro na condição de agente doloso, e que correspondem ao percentual 18% do total de denúncias. A narrativa que ilustra esse quantitativo está inserida na categoria “**Contexto, cenário e fatos sobre a morte em surdina**”

Um número excessivo de óbitos de recém-nascidos na maternidade (...) na cidade de (...) mobilizou toda cúpula da saúde municipal e estadual, quando declarou a morte de 11 bebês em menos de 10 dias do mês de junho. A descoberta foi realizada pela vigilância epidemiológica municipal que vinha catalogando todos os casos na unidade. O serviço também atingiu índices

preocupantes. Existem suspeitas de que as mortes podem ter ocorrido por infecção hospitalar ou como consequência de partos realizados por enfermeiras sem a presença dos médicos, e que das 11 mortes, apenas 3 teriam sido registradas em certidões de óbito para que o índice de mortalidade não aumentasse.

FONTE: *Tribuna do Cidadão*, 13 de julho de 2001.

A denúncia põe em xeque três aspectos de suma importância que precisam ser levados em conta no decurso de processo ético e/ou jurídico: a possibilidade de infecção hospitalar, de ocorrência de má-práxis de enfermagem e de falsidade ideológica.

No que diz respeito a infecção hospitalar, é preciso averiguar se a maternidade possui uma Comissão de Controle da Infecção Hospitalar (CCIH). Este órgão tem função consultiva, deliberativa e de fornecedora, à instituição, dos métodos científicos de vigilância epidemiológica capazes de se adequar a cada realidade hospitalar, assim como o material teórico que orienta a construção e a reforma de estruturas físicas, a compra e manutenção de maquinários, a orientação do uso adequado de produtos e noções de como realizar a educação continuada com os profissionais de saúde. Cabe a CCIH a responsabilidade de detectar problemas de causa infecciosa, divulgar resultados e intervir para modificar situações de risco.⁽¹³⁾

Caso a instituição alvo da denúncia possua CCIH é preciso investigar o funcionamento desse órgão, quais os índices de infecção hospitalar (IH) nessa instituição e que procedimentos foram realizados, quais os resultados obtidos para incluir ou excluir a possibilidade dos óbitos terem sido causados por IH.

Se a hipótese de negligência da CCIH for comprovada a instituição será responsabilizada, salvo em caso de direito regressivo. A imputação da instituição procede porque é da sua competência prover os investimentos administrativos capazes de barrar a propagação direta ou indireta de micróbios com grande virulência e impedir a introdução ou propagação de doenças infecciosas e as consequências orgânicas decorrentes desse processo. Assim, o descuidar desse investimento se constitui desrespeito à Medida Sanitária Preventiva inclusa no Código Penal brasileiro que, em seu artigo 268, pune aquele que infringir

determinação do poder público destinada a impedir introdução ou propagação de doença.⁽¹⁴⁾

Em relação a atuação do enfermeiro nessa instituição é preciso reforçar que este profissional tem as suas funções estabelecidas no artigo 11 da Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406. De acordo com estes instrumentos legais é da competência do enfermeiro não obstetra: prestação de assistência de enfermagem a gestante, parturiente, puérpera e ao recém nascido; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; execução e assistência obstétrica em situação de emergência, execução do parto sem distócia. Em relação ao enfermeiro obstetra, compete-lhe prestar assistência à parturiente e ao parto normal, identificação das distócias obstétricas e tomada de providência até a chegada do médico e, se necessário, a realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local. Fica esclarecido que só naqueles casos em que o trabalho de parto foge à normalidade é que o enfermeiro encaminha a parturiente para o médico obstetra. Outrossim, é do conhecimento público a Portaria 2.815/98 do Ministério da Saúde que reafirma a legitimidade da atuação do enfermeiro na área da saúde da mulher, autorizando a realização do parto normal pelo enfermeiro obstetra e o pagamento dos procedimentos através da tabela do SUS. Portanto, a reclamação popular de falta da supervisão médica não tem respaldo legal.

No exercício da enfermagem obstétrica o profissional está sujeito à possibilidade de homicídio culposo caso haja assistência inadequada no pré-parto. A ineficácia do cuidado pode ser exemplificada com o descuidar do controle do foco fetal, da evolução do trabalho de parto, da vigilância do recém-nato nas primeiras 12 horas de vida e da tomada de decisões que se fizerem necessárias. Ocorrendo qualquer uma dessas possibilidades o agente expõe-se à ação moral do CEPE e à ação do Código Penal nos seus artigos 121 a 128 que tratam dos crimes contra a vida: o homicídio, o induzimento, a instigação ou o auxílio ao suicídio, o infanticídio e o abortamento.⁽¹⁵⁾

Na denúncia que recortamos, cabe chamar a atenção para a possibilidade do enfermeiro obstetra constituir-se o vetor de moléstia infecto-contagiosa grave se, por ventura, não zelar pela assunção de condutas elementares como lavar as mãos antes e após a execução de procedimentos junto ao cliente e não usar, corretamente, avental,

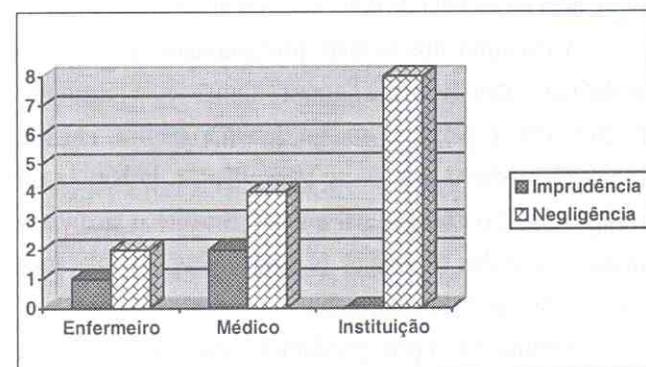
máscaras, gorros, luvas, para evitar a exposição do cliente aos riscos de infecção.

No que concerne a falsidade ideológica, o Código Penal, em seu artigo 299, considera crime o ato de “omitir, em documento público ou particular, declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar verdade sobre fato juridicamente relevante”.⁽¹⁶⁾

Tecidas essas considerações acerca da denúncia envolvendo atuação de enfermeiro, cumpre-nos dizer que esse profissional utiliza-se de conhecimento próprio, da valorização e da execução de ações independentes das ações médicas. O crescente número de intervenções específicas e independentes e o papel de viabilizar e concretizar o cumprimento de muitos elementos da prescrição médica condiciona essa categoria aos mesmos riscos potenciais da equipe médica. Toda injúria, dano ou falência desencadeado no ambiente hospitalar serão considerados atos ilícitos e exigirão reparação individual.

Para concluir a análise passamos a enfocar o gráfico 02 que encampa os percentuais relativos às queixas de imprudência ou negligência praticadas por enfermeiro, médico ou instituição de saúde.

GRÁFICO 2
DEMONSTRATIVO DO PERCENTUAL E QUALIFICAÇÃO DOS DANOS SEGUNDO O AGENTE QUE O COMETEU



Ao denúncias reportaram-se a danos por imprudência ou por negligência e não sugeriram a prática de imperícia por nenhum dos agentes.

Das 03 acusações contra o enfermeiro, 01 (33%) foi por imprudência decorrente de administração de medicação sem prescrição médica, e 02 (67%) por negligência da assistência.

A Lei nº 7.498 e o Decreto nº 94.406 que estabelecem as funções dos profissionais de enfermagem autorizam a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programa de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde. Apenas naquelas situações de perigo iminente de vida é que se deve acatar e executar a prescrição médica feita à distância.⁽¹⁷⁾

De acordo com o CEPE, em seu artigo 16, a enfermagem deve “assegurar ao cliente uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia, imprudência ou negligência”. A infração desse artigo é apurada em processo ético instituído pelo Conselho Regional de Enfermagem. E, constatada a culpa, o profissional será punido conforme os critérios inseridos no Capítulo das Infrações e Penalidades, contido na Resolução COFEn 240. Dependendo da gravidade do dano causado a outrem, o agente responderá a processo ético submetendo-se ao Código de Infrações e Penalidades, e poderá responder a processo civil, submetendo-se aos artigos 159, 1056, 1523, 1525 ou 1545 do Código civil. Poderá, ainda, responder a processo criminal, submetendo-se aos artigos 18 e 29 do Código Penal Brasileiro.^(16, 15)

Entre as 06 acusações feitas ao médico, 02 (33%) referem-se a imprudência exemplificadas com terapêutica inadequada para o caso clínico e assistência de forma apressada e impessoal, ignorando a subjetividade do cliente. E 04 (67%) acusações tratam de negligência do tipo omissão de assistência ou da falta de diligência nas ações praticadas.

A exemplo dos demais profissionais da Saúde, o médico que atua de forma danosa submete-se a julgamento ético, civil e penal. O código de ética médica, em seu artigo 29 proíbe a prática de imprudência, imperícia ou negligência. E o Código Civil e Penal Brasileiro alcança o médico em todos os artigos já assinalados em relação a responsabilidade do enfermeiro.

Finalmente, a precariedade do sistema de saúde, a extrema condição de pobreza de grande parte da população brasileira vulnerável às moléstias mais variadas, as longas filas de pacientes a espera de atendimento e a indisponibilidade de profissionais para atender a demanda propiciaram as 08 (100%) denúncias contra instituições alegando negligência, assunto já tratado no início dessa análise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

São muitas as circunstâncias que predis põem as instituições assistenciais e o profissional da Saúde a uma prática inadequada, que pode se caracterizar como um delito penal, caso a vítima seja colocada em uma situação de perigo direto e iminente de vida.

No estudo em tela os percentuais relativos às acusações populares de negligência praticada por profissionais e instituições se sobressaem em relação àqueles percentuais relacionados com a denúncia de imprudência.

A matriz teórica deste estudo estabelece que tanto a conduta negligente como aquela imprudente respondem às sanções impostas pelo Código Penal Brasileiro, Código Civil Brasileiro, Código de Proteção e Defesa do Consumidor e pelo Código de Ética do profissional infrator.

À luz dessa legislação, a responsabilidade profissional submete-se ao aspecto contratual, o que faz com que a relação profissional-paciente adquira a característica de um contrato de locação de serviços. Assim, quando a conduta profissional adquire a conotação de má-praxis, o agente causal é passível de ação legal e moral, conforme o dano causado à vida ou a saúde de outrem. Além do que, a má-praxis pode ser motivo de ação civil de indenização reparadora do dano causado ao paciente.

Ao que nos parece, urge que todo profissional da Saúde zele pela observância dos seus deveres de conduta que consiste em manter-se atualizado com os avanços científicos e tecnológicos, abster-se da omissão de socorro e da delegação de alguma atribuição que lhe seja específica, respeitar o direito de autonomia e de consentimento livre e esclarecido do paciente.

Por fim, resta-nos reforçar que se um indivíduo procurar um serviço de saúde e, por diversos motivos, o seu direito à saúde for lesado, ele tem a seu favor a legislação e a solidariedade da coletividade, pois, o dano causado a um paciente repercute, negativamente na sociedade e todos os cidadãos passam a se sentirem ameaçados e passíveis de, mais cedo ou mais tarde, sofrerem os mesmos danos. Disso resulta que, na melhor das hipóteses, o profissional incriminado perde a credibilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendes C. Indenização por dano oriundo de erro médico. *Bioética*, 1994; 2(2):188-93.
2. Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975. p. 33.
3. Moraes IN. Erro médico. São Paulo: Maltese; 1999. p. 33-8.
4. Madalosso RM. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional. *Rev. Latinoam Enfermagem*, 2000; 8(3):12-4.
5. Conselho Federal de Enfermagem. Comissão de Ética de Enfermagem nas Instituições. Resolução nº 240. Belo Horizonte: COREn; 2000. p. 13-6, 21-26.
6. França GV. Medicina legal. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 389-403.
7. Oliveira J. Código civil. São Paulo: Atheneu; 1991. p. 37.
8. Brandão R. O erro médico na função pública. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/revista/bio2v2/emfunpub.html>>. Acessado em: 12 ago. 2002.
9. França GV. Comentários ao Código de ética médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994. p. 30.
10. Fortes PAC. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisão, autonomia e direitos do paciente, estudo de caso. São Paulo: EPU; 1998. p. 89-97.
11. Bonfim BC. Código de defesa do consumidor. Rio de Janeiro: Edições Trabalhistas; 1991. 77 p.
12. Gomes JCM, França GV. Erro médico. *Bioética*, Brasília 1998; 6(2):247-8.
13. Ministério da Saúde(BR). Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. Procedimento de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde. 2º ed. Brasília; 1994. p. 11-30.
14. Mirabete JF. Código Penal interpretado. São Paulo: ATLAS; 1999. p. 1484.
15. Schmidt MJ, Oguisso T. O exercício da enfermagem sob o enfoque das normas penais e éticas. In: Santos EB. Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 287-304.
16. Brasil. Leis, Decretos. **Código penal**. Decreto-Lei nº 2.818 de 7-12-1940, atualizado pela Lei nº 7, 209 de 11-7-1984. 23. ed. São Paulo: Saraiva; 1985. p. 112-3.
17. Ribeiro GS, Costa SFG, Lopes MEL. Legislação de enfermagem: um guia para o profissional e o estudante. João Pessoa: Idéia; 2000.