

Nota Editorial: Este artigo corresponde ao 4º da série iniciada no Número 9 da REFERÊNCIA, cujo tema geral é “*Velhos e Novos Rumos de Enfermagem – da História da Enfermagem às Actuais Implicações Jurídicas da Profissão*”.

Enfermagem: Autonomia e Responsabilidade Profissional

Aliete Pedrosa *



No presente artigo, a autora define três dos grandes paradigmas de prestação de Cuidados de Saúde e suas implicações para o papel que a Enfermagem desempenhou, desempenha ou desempenhará em cada um deles. Aborda a questão das fronteiras profissionais com a Medicina. Trata da interdisciplinaridade da Enfermagem com o Direito, no sentido em que o Direito constitui uma disciplina essencial para o exercício consciente e seguro da Enfermagem e, bem assim, do aporte que a Enfermagem pode trazer para a permanente actualização do Direito face às sempre novas realidades que emergem no campo da Saúde. Finalmente, analisa a questão da Responsabilidade Profissional da Enfermagem, enquanto actividade profissional autónoma e/ou interdependente.

1. A Profissão de Enfermagem e a Evolução Histórica Recente dos Cuidados de Saúde

No que respeita à relação entre aquele que cuida e aquele que é cuidado, já no séc. IV a. C. a Escola Hipocrática tinha estabelecido os grandes princípios, consagrando, no chamado “*Juramento de Hipócrates*”, entre outros, os preceitos da BENEFICÊNCIA e da NÃO MALEFICÊNCIA. O Juramento Hipocrático manteve-se necessário e suficiente até ao advento da Democratização da Saúde e da conseqüente ou paralela alteração da realidade

diagnóstica, terapêutica, de reabilitação e reinserção, invadida por uma complexa tecnologia e por uma não menos complexa teia de profissionais, constituída na chamada *Equipa Terapêutica* — cujos profissionais integrantes, e não apenas os médicos, passaram a confrontar-se com questões como a Ética, a Deontologia e a Responsabilidade Profissional. Desses profissionais sobressaem, pelas características da sua actividade, os enfermeiros.

De facto, nos últimos cinquenta anos, a Medicina em particular e a prestação de Serviços e Cuidados de Saúde, em geral, sofreram uma dramática mudança de paradigma. Até aos anos 50 do séc. anterior, em pleno rescaldo da II Guerra Mundial, as doenças e o seu cuidado e tratamento

* Licenciada em Enfermagem; Enfermeira do Centro de Saúde de Celas – Coimbra; Pós-graduada em Direitos Humanos e Democratização e em Direito da Medicina, respectivamente pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

obedeciam ao *paradigma hipocrático*, isto é, as doenças, mesmo quando graves e mortais, eram tratadas em casa, desde que as famílias tivessem as condições e os meios necessários. Se os não tinham, os doentes iam para Instituições Hospitalares de tipo caritativo, religioso, mutualista ou outros, onde eram acolhidos e tratados gratuitamente até à morte. Em Portugal, como já vimos, esse papel coube, em grande parte, às Misericórdias.

O paradigma hipocrático implicava a obrigação de oferecer ao doente tudo o que a Arte Médica (Ciência e Prática) indicava como sendo o melhor. Este dever do *melhor tratamento* não tinha outras restrições senão a limitação dos conhecimentos científicos sobre a etiologia e a patologia de muitas doenças, a ausência de tratamentos eficazes e a eventual escassa preparação profissional dos médicos (formados em escolas antiquadas e fechadas aos novos saberes), assim como à ausência de uma Enfermagem personalizada, continuando o cuidado dos doentes a cargo, sobretudo, de familiares – habitualmente mulheres.

Terminada a II Guerra Mundial, o paradigma hipocrático começa a dar lugar ao *paradigma democrático*, tendo por base a entrada em força do Estado no Universo da Saúde, sob as orientações da OMS – organismo da então recém-criada Organização das Nações Unidas.

No Pós-Guerra, deu-se uma prodigiosa explosão de novos conhecimentos científicos e de novas técnicas nas áreas da Saúde, em que se incluem descobertas farmacológicas, o desenvolvimento da Indústria Farmacêutica (que pôs termo à *farmácia galénica*), as técnicas de anestesia e ressuscitação, a saga da Imagiologia (radiológica, ultrassonográfica, radioisotópica, computadorizada, etc.), as técnicas médicas e cirúrgicas de transplantes, a descoberta da estrutura do ADN, a Biologia e a Genética Moleculares, o desenvolvimento de um sem-número de novas técnicas cirúrgicas, a utilização da Informática, que vieram trazer para o Universo da Saúde uma prática de fundamentos científicos cada vez mais rigorosa, multifacetada e exigente, mas, também, mais eficaz.

Esta revolução científica e tecnológica gerou uma prestação de Cuidados, Tratamentos e Serviços

dispendiosa e mesmo in comportável para os seus utilizadores, determinando que novos conceitos sociais e políticos viessem dar entrada no cenário da Saúde:

- As Sociedades Democráticas reconhecem como um direito civilizacional que nenhum dos seus membros possa ser privado do acesso aos Cuidados de Saúde por não dispor de meios financeiros para pagar os seus custos (*princípio da equidade*);
- Deste valor ético, o Corpo Social deduziu o princípio de que todos os cidadãos devem participar, através dos seus impostos, no financiamento dos custos da Saúde (*princípio da solidariedade*).

Estes dois princípios, o da *equidade* no acesso e o da *solidariedade* nos custos, não implicam necessariamente que as Instituições prestadoras de Cuidados de Saúde devam ser ou tenham que ser Públicas. O importante é que, sejam elas do sector público, do sector privado ou do sector de economia social, sejam *pagas por fundos públicos*, através de convenções ou de contratos, e que *todo o processo seja transparente e controlável* para o público que as utiliza e que, em grande parte as financia (Serrão in SERRÃO & NUNES, 1999, pp.155-157).

No *paradigma democrático*, entre médico, enfermeiro e restantes prestadores de Cuidados de Saúde, por um lado, e os doentes que os procuram, por outro, interpõe-se um Governo através da Administração Pública. Este paradigma estreou-se no Reino Unido com o National Health Service (“*Serviço Nacional de Saúde*”), criado em 5 de Junho de 1948, dois anos após a publicação da National Health Service Act. Com esta Lei e consequente implementação pretendia-se pôr em prática os valores da *equidade* e da *solidariedade*.

No entanto, a interposição do Estado entre quem presta Cuidados de Saúde e os doentes pode revestir, revestiu e reveste múltiplos aspectos que suscitam dificuldades éticas e legais aos Profissionais de Saúde. Como diz Daniel Serrão,

“O Estado, ao assumir a responsabilidade pelos custos, através dos impostos, extinguiu o princípio da solidariedade para a saúde, como

decisão livre e voluntária do cidadão, porque a tornou obrigatória e de certa forma diluída no dever geral dos cidadãos pagarem impostos ao Estado para os Governos financiarem os custos de bens comuns. E, em consequência, passou a ter poder — e não apenas administrativo — na prestação de cuidados de saúde, porque, como é óbvio, quem paga é quem manda

(SERRÃO & NUNES, 1999, p. 157).

A pertinência destas observações fica reforçada se nos dermos conta de que estamos a assistir a uma nova mudança de paradigma no seio dos Cuidados de Saúde. O *paradigma democrático* deu origem a um prodigioso aumento da esperança de vida, a padrões muito exigentes de bem-estar social e económico e à consequente diminuição, quase catastrófica, da natalidade. Esses factos viriam provocar a queda do Estado-Providência, com consequências evidentes na Segurança Social, na Educação e na Saúde. Com a derrocada do Estado-Providência e o aumento sucessivo dos Custos de Saúde, os Estados Europeus e respectivos Governos vêm ensaiando novos modelos e quadros legislativos que, procurando não pôr em causa os princípios da *equidade* e da *solidariedade*, implicam novos tipos de financiamento, novas formas de organização, novas modalidades de gestão e, possivelmente, novas formas de relacionamento inter-profissional. Talvez possamos dizer que estamos perante o *paradigma neo-liberal*, o que, como em todos os momentos de mudança, causa perturbação e movimentos de adaptação. Este *paradigma neo-liberal* não tem, necessariamente, que seguir o sistema vigente nos E.U.A. (onde vigora o *paradigma liberal*).

Há, como diz Vital Moreira (MOREIRA, 2004),

“uma alternativa ainda fiel aos postulados básicos do modelo social europeu no que respeita à garantia universal de direitos sociais por parte do Estado, pondo porém em causa os modelos da sua organização e gestão pública e admitindo inclusive, dentro de certos limites, confiar a sua prestação a entidades privadas, mediante financiamento e controlo público, passando o Estado a ser financiador em vez de prestador” [...].

continuando, porém,

“a basear-se nas noções de direitos sociais e de responsabilidade pública pela sua satisfação, em geral pela sua prestação, no mínimo pelo seu financiamento”.

As primeiras reacções a este novo paradigma entrevêm-se nas declarações de altos dirigentes da Ordem dos Enfermeiros, a propósito das alterações do quadro legislativo da Saúde, *“claramente marcado — dizem — por opções economicistas — gestão hospitalar, empresarialização e alteração do funcionamento dos centros de saúde, entre outras”*, que irão determinar, *“inevitavelmente, profundas mutações na organização dos serviços e nas práticas de prestação de cuidados de saúde”* (*Tempo Medicina*, 11 de Novembro de 2002, pp. 6 e 28-29).

Mas, como diz o mesmo Vital Moreira (*idem*), *“há um problema de limite dos recursos financeiros para enfrentar as crescentes exigências dos serviços públicos. Não se vê, por exemplo, como é que se pode evitar o aumento das despesas de saúde, face ao envelhecimento da população, aos riscos acrescidos (acidentes de viação, efeitos do tabaco, droga, sida, etc.) e ao encarecimento dos meios de diagnóstico e de tratamento”*, dada a sua cada maior sofisticação — acréscimo.

Ao invés do *paradigma hipocrático*, baseado na confiança entre o doente e o médico e prestadores de cuidados, por si escolhidos, ou na beneficência, o *paradigma democrático* está associado, em grande medida, à ideia de *função pública*, com uma plêiade de técnicos (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, etc., etc.) e uma panóplia de meios técnicos sofisticados, em geral mal distribuídos e ainda mais mal geridos, sob uma cultura de *“falta de autonomia e de avaliação e [de] responsabilização das unidades prestadoras”* (MOREIRA, 2004), criando o melhor argumento contra os serviços públicos: o *desperdício* e a *ineficiência*. E um outro: a impossibilidade de uma escolha livre e real, com a consequente impessoalidade e conflitualização das relações entre quem recorre aos serviços e quem os presta.

Entre os técnicos mais representados no *paradigma democrático* contam-se os enfermeiros.

Em Maio de 2004 o número total de enfermeiros inscritos na Ordem era de 43860, sendo 81% (35803) mulheres e 19% (8175) homens, correspondendo a uma média de 4,2 enfermeiros por 1000 habitantes (*Público*, 11 de Maio de 2004, p. 31), continuando a tradição fundadora, ao afirmar-se como uma actividade profissional de cariz vincadamente feminino.

Mesmo tendo em conta que a média da União se situa em 5,9 enfermeiros por 1000 habitantes, o número de profissionais inscritos em Portugal na respectiva Ordem faz da Enfermagem uma Classe Profissional particularmente visível e operante na Sociedade, com uma especial representação e responsabilidade política, social e cívica na prestação de Cuidados de Saúde, e, bem entendido, na respectiva concepção, planeamento e gestão.

O *paradigma neo-liberal*, longe de ser uma ameaça para os profissionais de Enfermagem, pode constituir mais uma oportunidade de afirmação da Profissão, baseada desde Florence Nightingale na acção, na criatividade e na preocupação por um Sistema de Cuidados de Saúde cada vez mais eficiente.

Esta reflexão impõe-se pelas raízes histórico-culturais de cada um dos paradigmas descritos e pelas condicionantes sócio-económicas e demográficas que determinam as mudanças e inflexões que vão surgindo. A política pode modular essas mudanças e inflexões, mas não as pode impedir. E tudo isso é de crucial importância para a reflexão que se segue, dadas as diferentes consequências que cada paradigma implica para o papel social e profissional da Enfermagem.

2. Enfermagem e Direito: Uma Abordagem Interdisciplinar

Tempos houve em que os enfermeiros se encontravam em situação de risco jurídico secundário, sendo vistos e vendo-se a si mesmos como estando à prova de julgamento. Muito poucos faziam um seguro de responsabilidade civil profissional e, pior ainda, poucos ou nenhuns ganhavam salário que

chegasse para pagar as custas e honorários de um processo por acusação de má prática, negligência ou condutas profissionais censuráveis. Se um paciente alegava ter sido lesado pela actuação profissional de um enfermeiro e punha a questão em Tribunal, a responsabilidade primeira recaía na entidade empregadora e ou no médico, mesmo que fosse ou tivesse sido a prática do enfermeiro a causa real do dano — o que correspondia, sem dúvida nenhuma, a um estatuto de menoridade profissional.

Mas no novo mundo da Enfermagem Científica de hoje, quer sob o *paradigma democrático* quer, ainda mais, sob o *paradigma neo-liberal*, a Responsabilidade Profissional, em todos os seus planos, constitui uma linha orientadora, quer para formular um plano de acção de Enfermagem quer para a expansão do papel do enfermeiro.

Num sistema cada vez mais interactivo, competitivo e multifacetado de Cuidados de Saúde, Básicos, Curativos, de Reabilitação e de Reinserção, públicos, sociais e privados, a Enfermagem terá que se preocupar com a saúde e o bem-estar das populações, seja como profissão liberal seja como uma actividade que implica uma parceria saudável com outros colegas e com outros profissionais de Saúde, cada um deles com as suas atribuições e competências. E como os Cuidados de Saúde são cada vez mais complexos e os profissionais de Enfermagem cada vez mais autónomos, a consequência é o aumento da Responsabilidade dos enfermeiros no contexto da sua Profissão.

Esta Responsabilidade implica a necessidade do profissional de Enfermagem dispor dos conhecimentos teóricos e instrumentais necessários à salvaguarda dos seus direitos e dos direitos dos outros. Implica que todos os *curricula* profissionais e os programas de formação permanente reconheçam o Direito como uma componente essencial da prática de Enfermagem. Sem isso, faltará sempre a força positiva do Direito nos processos de tomada de decisão, e quem fica a perder são os enfermeiros e os doentes.

É importante que a Enfermagem aprofunde o estudo do Direito com o mesmo esforço e a mesma dedicação com que estuda as outras disciplinas relacionadas com o desenvolvimento e a expansão

da Teoria da Enfermagem. Mas há que ter ainda em conta, como MUNCHINSON *et al.* (1978, p. 2), que “o estudo do Direito [em Enfermagem] esteve demasiado tempo limitado à procura de respostas para questões menores, relacionadas com maneiras de proceder ou, então, à questão de saber a quem atribuir a responsabilidade pela conduta danosa de um profissional de Enfermagem”. De facto, sem um raciocínio legal que suporte a tomada de decisões, os profissionais de Enfermagem perdem também o apoio em conceitos profundos do Direito, o que acaba por ter um efeito psicológico perturbador, ao fazer incidir a principal atenção dos enfermeiros nos aspectos punitivos da Ciência Jurídica.

Ora, a actividade de Enfermagem está orientada para a acção e o seu ponto alto reside na capacidade de raciocínio e de decisão, já que na prática profissional não há soluções *prêt-à-porter* para os novos problemas que vão surgindo no dia-a-dia. Nenhum processo mágico garante a resposta adequada a todas as situações: há muito pouco de absoluto em que o profissional de Enfermagem se possa apoiar; o que existe é uma infinidade de variáveis que há que peneirar e pesar antes de passar à acção.

Na avaliação das situações que tem a seu cargo, o profissional de Enfermagem baseia-se num conjunto muito vasto de conhecimentos para poder chegar a um juízo clínico que tome em linha de conta a situação do paciente, o seu meio de origem, os procedimentos alternativos de intervenção e os riscos calculados que necessita de correr para fazer uma escolha. No entanto, o juízo clínico nem sempre é suficiente, só por si, para chegar a uma decisão esclarecida. É necessário atender também a outras dimensões, como os padrões e tradições profissionais, os Protocolos Internos e as Políticas Institucionais, o Direito Estatutário, o Direito Administrativo, o Direito do Trabalho e o Direito Comum.

A própria resposta dos pacientes à actuação do profissional de Enfermagem pode ser avaliada numa perspectiva interdisciplinar. É que, para além da avaliação que o profissional faz do ou dos actos por que é responsável, há que contar ainda com a

avaliação feita pelos diversos grupos profissionais, pelos organismos da Classe, pela Hierarquia Administrativa, pela Entidade Empresarial e, em casos mais raros, pelos Tribunais. No entanto, o objectivo essencial de um juízo clínico de Enfermagem não é a preocupação obsessiva com os riscos de ameaças ou de acusações mas, antes, a avaliação dos cuidados prestados ao paciente na tentativa de os otimizar.

Sendo inegável que um excesso de zelo por parte do Direito, se tender a passar a pente fino a conduta profissional do enfermeiro, pode criar limitações à prática profissional, é inquestionável que a intervenção dos Tribunais pode contribuir para avaliar e modificar o estado da Profissão e criar os precedentes (jurisprudência) aplicáveis a uma futura ampliação do papel da enfermagem.

No momento em que estabelece as bases legais do exercício de uma Profissão, no caso a de Enfermagem, o Direito define também as fronteiras legais dessa prática, enumerando as respectivas áreas funcionais. E, simultaneamente, estabelece as formas de controlo, ao criar instâncias administrativas com o poder de exercício de acção disciplinar para todos os casos em que a conduta de um dado profissional ponha em perigo a segurança e o bem-estar dos seus destinatários ou ponha em causa a honorabilidade da Profissão. No caso que me ocupa, a Ordem dos Enfermeiros constitui uma das instâncias acima referidas. A Ordem avalia as qualificações dos associados ou candidatos a tal, determina as formas de licenciamento, tendo, correlativamente, o poder de negar, revogar, suspender ou recusar uma licença, bem como o de colocar um licenciado sob vigilância profissional ou de, por qualquer outra forma, exercer a sua disciplina de acordo com os respectivos Regulamentos; tem, ainda, perante o público em geral, a obrigação de examinar e sancionar os casos de incompetência ou de má prática por parte dos enfermeiros (Decreto-Lei nº 104/98).

Algumas Escolas já começaram a dar conta da importância de incluir, no 4º ano dos seus Cursos de Licenciatura em Enfermagem, a disciplina de “Direito em Saúde” (E. S. Enfermagem de Santa Maria – Porto) ou, melhor ainda, a disciplina de

“*Aspectos Jurídicos da Profissão*” (Curso de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, do Instituto Politécnico de Saúde do Norte). São ainda muito poucas, a julgar pela exaustiva pesquisa que levei a cabo aos respectivos Planos Curriculares (v. Bibliografia: *Internet*), mas acredito que inevitavelmente todas as outras irão, mais tarde ou mais cedo, incluir este tema nos seus *curricula*.

A Enfermagem dos nossos dias defronta-se permanentemente com novas teorias e novas tecnologias, cuja finalidade é facilitar a manutenção da saúde, melhor compreender os factores que a podem perturbar e otimizar os tratamentos disponíveis para a restaurar (MURCHINSON *et al.*, 1978, p. VII).

Para muitos enfermeiros, esta contínua evolução da sua Profissão constitui um desafio excitante e exigente. Este desafio nem sempre tem sido estendido ao Direito, no que o Direito tem a ver com os Cuidados de Saúde e, concretamente, com a Enfermagem — o que, como acima referi, talvez se possa atribuir ao costume infeliz de abordar o papel da Lei pela negativa, quando ela se aplique aos Prestadores de Cuidados de Saúde. Demasiadas vezes, encara-se a Lei mais como uma forma de regular a má prática, e eventualmente puni-la, ou, então, sob as formas de proteger-se dela ante um público, utente ou cliente, suposta ou realmente hostil.

Parto, pelo contrário, da premissa de que o Direito constitui uma contribuição muito positiva para o planeamento e implementação dos Cuidados de Saúde. De facto, o Direito deve constituir um dos pilares fundamentais de uma actividade de Enfermagem independente. Deverá, ainda, definir a conduta de Enfermagem; daí a importância de inserir a Profissão numa rede de princípios reguladores e do estabelecimento de padrões que sirvam para avaliar o comportamento e o desempenho profissionais dos enfermeiros.

O meu propósito é desenvolver uma forma de encarar o Direito e as suas relações com a prática de Enfermagem como uma Ciência orientada para o comportamento profissional, constituindo uma ciência interdisciplinar da própria Enfermagem.

Só quando a Enfermagem compreender o Direito poderá estar em condições de controlar e dirigir a sua própria prática.

O profissional de Enfermagem desperto para a Ciência do Direito está em condições de reconhecer que, fazendo o risco que assume parte integrante e inevitável de uma prática de nível superior, o conhecimento do Direito Estatutário e do Direito Comum (sobretudo na dimensão da Reparação do Dano) pode não só reduzir os riscos assumidos mas oferecer também as bases para uma decisão de Enfermagem legalmente correcta. Está ainda apto a aceitar que, sempre que esteja colocado numa situação de conflito de interesses, a Lei tem a primazia — mesmo que essa Lei vá contra as políticas institucionais, contra os padrões e tradições da Profissão ou contra as convicções filosóficas e políticas do enfermeiro. E estará, finalmente, apto a compreender que, sejam as suas acções executadas sob prescrição médica ou resultem da sua actividade profissional autónoma, a Responsabilidade Profissional do enfermeiro, pelos actos que pratica, não sofre alterações.

Nem todos os profissionais se podem medir pela mesma bitola e nem todos seguem à risca os padrões definidos pela Classe e pelo Direito. Um dos pilares em que assenta uma Profissão consiste, precisamente, em dispor dos meios necessários para garantir a competência dos respectivos membros através do estabelecimento de regras e limites à actividade de quem, em nome da Profissão, oferece os seus serviços ao Público. No Estatuto Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº 104/98) estão incluídos os padrões de comportamento dos respectivos profissionais, os quais podem ser invocados contra uma dada conduta profissional, tanto pelos utentes como pelos pares, e dar azo a julgamento e sanção disciplinar ou judicial consoante o caso.

O estabelecimento desses padrões é sempre um processo em contínua mudança, quer por parte da Enfermagem e de outras Profissões da Saúde, quer por parte do Direito, na medida em que os costumes, exigências sociais, superstições e crenças (sejam elas *tradicionais* ou *científicas*) e tudo o que se entende por saber e por norma estão

dependentes da cultura, do momento histórico e do tipo de tecnologias disponíveis, assim como das expectativas e exigências da Comunidade. Cabe aqui prestar uma especial atenção ao contributo de Madeleine Leininger para uma Teoria da Enfermagem baseada na diversidade e universalidade cultural dos cuidados. Para ela, “os indicadores culturais obtidos a partir do conhecimento das visões do mundo, da estrutura social, da história, dos factores ambientais e das descobertas obtidas na prestação de cuidados profissionais e genéricos ajudarão o enfermeiro a, em conjunto com os pacientes, tomar decisões que visem cuidados culturalmente congruentes” (LEININGER, 1998, p. 35). Esta visão reforça a necessidade de atendermos ao Direito, naquilo que ele tem de normativo, de cultural e de mutável, em paralelo com o destino da Enfermagem.

O Direito e a Enfermagem constituem disciplinas orientadas para aquilo que se entende por *social*, isto é, ambas (mas não apenas elas) se encontram comprometidas com o bem-estar da Sociedade em geral e das comunidades em particular. Segundo MURCHINSON *et al.* (1978, p. 39), o Direito e a Enfermagem têm muitas semelhanças sociais:

- Ambas encaram o bem-estar como uma procura das melhores condições possíveis para o indivíduo e para o grupo ou grupos sociais;
- Ambas intervêm quando se verifica uma alteração negativa no estado de bem-estar, manifesta através de uma dada conduta. E cada uma delas, quando isso acontece, põe em marcha os mecanismos necessários para repor o equilíbrio individual e ou social;
- Ambas têm em conta as ciências sociais e comportamentais, no sentido de compreenderem o comportamento individual e comunitário e de procurarem o tipo de acções necessárias para modificar com êxito os comportamentos perturbados e perturbadores.

Tratando-se, evidentemente, de Disciplinas distintas, isso não impede que a Enfermagem recorra ao Direito para alargar os seus horizontes

teóricos, nem que o Direito forneça à Enfermagem uma base mais lógica e mais autorizada para o processo de tomada de decisões.

Da mesma forma que noutras áreas afins, não deverá entender-se o Direito como *algo aplicável à Enfermagem* mas, antes, no sentido em que pode formar uma *síntese* com a própria ciência da Enfermagem. Sendo ambas ciências em constante transformação, dependentes das circunstâncias históricas, sociais, políticas e tecnológicas, pode dizer-se que, se o Direito pode fornecer à Enfermagem uma base mais lógica e mais autorizada para o processo de tomada de decisões, também a Enfermagem pode fornecer ao Direito as bases lógicas e a autoridade científica necessárias ao processo de *aggiornamento* legislativo, sobretudo em questões particularmente sensíveis da prática profissional, evitando o sucessivo acumular de vazios jurídicos provocado pela introdução de novas práticas e novas tecnologias.

3. A Questão das Fronteiras Profissionais

Em trabalhos anteriores (PEDROSA, 2001, pp. 40-41; PEDROSA, 2004, pp. 77-78), esforcei-me, sem êxito, por encontrar na Literatura, na Legislação e nas Instâncias Internacionais de Saúde uma definição operacional do conceito de Enfermagem, que evite as tautologias, os truísmos e os vazios de conteúdo das definições correntes. Não vou aqui repetir-me. Mas mantenho a afirmação de que é necessário formular um constructo lógico que, sem os espartilhar, contenha e circunscreva o conceito e o conteúdo funcional da Profissão de Enfermagem, para que cada um dos intervenientes na cadeia de Cuidados de Saúde saiba exactamente o que lhe é exigido, *pondo termo a questiúnculas menores que em nada dignificam quem as alimenta e quem se deixa envolver nelas.*

Apesar de defender a urgência dessa formulação, tenho de reconhecer que não é tarefa fácil partir de uma definição como qualquer das actuais, que assentam por igual a muitos dos

Profissionais de Saúde, para uma outra que separe claramente, por sua vez, a prática Médica da prática de Enfermagem.

Por exemplo, na definição legal da prática Médica e da prática de Enfermagem há sempre (e sempre haverá?) fronteiras por definir quanto às funções que cabem ao médico e às funções que cabem ao enfermeiro. Cabe perguntar: há ou haverá mesmo funções da exclusiva jurisdição do médico ou da exclusiva jurisdição do enfermeiro? Ou quer um quer outro poderão assumir funções semelhantes, desde que possuam o conhecimento e as aptidões para o exercício competente e seguro daquilo que fazem?

Falo de fronteiras comuns, não do “núcleo central” de cada uma das Profissões. Mas, ainda assim, o problema não fica por aqui. A ambiguidade das fronteiras entre as duas práticas é de tal ordem que cada Estado legisla à sua maneira, alargando ou estreitando as faixas que delimitam ambas as Profissões. Mas, independentemente da sensibilidade dos diferentes Estados, a Enfermagem vem estendendo progressivamente a sua prática a áreas anteriormente exclusivas, mas não propriamente “nucleares” da prática Médica. “Onde essa dicotomia não fizer qualquer sentido, já não há razão para manter a dicotomia tradicional entre a Medicina e a Enfermagem” (MUNCHINSON *et al.*, 1978, p. 21). “Onde essa dicotomia não fizer qualquer sentido” quer dizer: à parte o que é genuinamente “da Medicina” e o que é genuinamente “da Enfermagem”. Esta questão carece de um aprofundamento, não com a finalidade medíocre de resolver um eventual conflito de interesses entre as duas Profissões mas, antes, no sentido de oferecer o melhor serviço possível ao público. Um Sistema de Cuidados de Saúde bem estruturado precisa, cada vez mais, de pessoas devidamente qualificadas para dar resposta às necessidades crescentes de uma dada Comunidade — e deveria ser essa, e não outra, a base de partida para a resolução do problema da sobreposição de funções, que nem sequer é um exclusivo das Profissões Médica e de Enfermagem.

O conhecimento do conceito e da definição legal de prática médica, mais estável e mais claramente estabelecidos ao longo dos tempos,

poderá facilitar a compreensão das relações actuais entre a Medicina e a Enfermagem e a clarificação de termos, conceitos e práticas utilizados por ambas.

Um desses termos é o “*diagnóstico*”. Dependendo do conceito que esse termo implicar em Cuidados de Saúde, podemos interrogar-nos sobre até que ponto o direito e a responsabilidade de fazer um “diagnóstico” são uma função exclusiva da profissão médica:

- Se o *diagnóstico* for entendido como um *exame crítico com o conseqüente juízo clínico*, torna-se difícil compreender como é que uma pessoa dotada dos conhecimentos adequados para avaliar um caso possa dar conselhos em relação à saúde de alguém sem primeiro fazer o diagnóstico;
- Se o conceito de *diagnóstico* for entendido como o *reconhecimento e identificação de uma doença, através dos sintomas que apresenta*, então parecerá mais uma questão da prática Médica — sem necessariamente excluir outros profissionais de Saúde devidamente preparados (MUNCHINSON *et al.*, 1978, p. 24).

Para além da questão terminológica comum, existe todo um universo de manejo de técnicas diagnósticas e interpretação dos seus resultados e, bem assim, um conjunto de técnicas terapêuticas cujas fronteiras com a actividade estritamente médica são cada vez mais ténues. Como diz Patrícia Benner,

“a função de diagnóstico e de vigilância do doente foi acrescida com o número cada vez mais importante de tratamentos sofisticados apresentando margens de segurança estreitas. A[os] enfermeira[s] capaz de detectar sinais de alarme precoces é um elemento crucial de uma unidade de cuidados intensivos, e, ainda mais, nos serviços gerais onde os aparelhos de precisão não são sistematicamente utilizados. Este fenómeno de reconhecimento precoce de mudanças de estado do doente deve ser estudado [...] para clarificar aquilo que facilita o desenvolvimento desta competência e medir o seu impacto sobre a recuperação e cura do doente” (BENNER, 2001, p. 91).

4. Autonomia e Responsabilidade

A autonomia não foi imposta aos enfermeiros. Foi uma conquista árdua e difícil. Desde o início que a Enfermagem Profissional Científica Moderna lutou por obter um estatuto condigno, impondo a si mesma *curricula* que lhe garantissem o desenvolvimento intelectual e científico contínuo e lhe assegurassem o direito e a obrigação de participar no desenvolvimento dos Sistemas de Saúde. Essa autonomia trouxe aos profissionais de Enfermagem o direito a serem *responsáveis* pelos seus actos. Assumir essa responsabilidade é honrar a *autonomia* conquistada.

A Classe de Enfermagem, ao assumir-se como Profissão autónoma, embora inter-complementar de outras, sobretudo a Médica, chamou para os profissionais a responsabilidade pelo desempenho de actos profissionais autónomos. Esta Responsabilidade Profissional consiste na capacidade, necessidade e obrigação que o profissional tem de *responder*, perante as instâncias adequadas, pelos actos por si praticados no desempenho da sua Profissão. Essas instâncias são:

- Poder Judicial, nas suas vertentes Civil e Penal;
- Poder Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros;
- Poder Disciplinar da entidade empregadora:
 - Administração Pública, quando o profissional seja funcionário público ou afim;
 - Entidade Patronal (Direito do Trabalho), quando o profissional é contratado por entidade privada.

Em geral, a Responsabilidade Civil aplica-se sempre que, na ausência de dolo (vontade de produzir dano deliberadamente), se verifica um dano corporal ou outro infringido a terceira pessoa no contexto da actividade profissional.

Habitualmente está associada a *negligência*, a qual comporta duas vertentes:

- Desprezo, indiferença ou incúria grosseira perante os seus deveres profissionais e as *leges artis* (negligência culposa, passível de apreciação em Direito Civil e Penal);

- Descuido ou esquecimento involuntário da prática de determinados actos que se supõe estarem ao alcance do profissional, mas que este, sem disso ter verdadeira consciência, não logrou praticar (negligência não culposa ou inconsciente, passível de apreciação em Direito Civil).

A Responsabilidade meramente Civil pode e deve estar *coberta* por um Seguro Profissional. As verbas cada vez mais avultadas atribuídas indemnizatoriamente pelos Tribunais às pessoas comprovadamente lesadas por intervenções profissionais em Saúde fizeram com que seja imperiosa a obtenção de um Seguro Profissional de Grupo, no âmbito de protocolos entre a Ordem dos Enfermeiros e Companhias de Seguros, como única forma de tornar acessível ao filiado individual o prémio de um Seguro que pode atingir, em certos casos julgados em sede de Direito Civil, valores indemnizatórios da ordem das largas dezenas de milhar de euros (PEDROSA, 2001, p. 46).

Mas o Profissional não pode contentar-se com o facto de estar a coberto de prejuízos financeiros quando subscrever um Seguro Profissional. É sua obrigação manter um padrão de cuidados e serviços compatível com a permanente actualização técnica e científica que a sua Profissão exige — sendo o recurso à *arma* do Seguro Profissional um acontecimento que deverá ocorrer o mínimo de vezes, se possível nunca.

A Ordem dos Enfermeiros, por decisão da Assembleia-Geral de 25 de Maio de 2002 (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 26 de Abril de 2003), subscreveu um seguro colectivo de Responsabilidade Civil Profissional com uma Seguradora Mútua, com o fim de “*proporcionar aos enfermeiros uma cobertura das consequências decorrentes do exercício da actividade profissional*”. E acrescenta: “*O exercício diário da enfermagem, apesar de todo o cuidado e competência que caracteriza a prática dos cuidados de enfermagem, envolve o risco de acidentes provocados sobre terceiros*”. Esse seguro, destinado a abranger todos os membros *activos* e com *cédula válida*, visa, ainda, “*contribuir para a manutenção dos elevados padrões de qualidade*

que caracterizam a prática dos cuidados de enfermagem, através de uma maior tranquilidade na sua prática”.

A Responsabilidade Penal verifica-se sempre que há dolo, e só muito raramente é aplicada aos Profissionais de Saúde no desempenho da sua profissão. Há, no entanto, algumas conhecidas excepções à parcimónia com que o Direito costuma aplicar aos Profissionais de Saúde a jurisdição penal. Os casos mais conhecidos e mediáticos são aqueles que são induzidos precisamente pelo carácter mais ou menos apelativo de certas causas, quase sempre mais políticas do que sanitárias. É o caso do aborto e da eutanásia. De facto, os meios de comunicação social tanto induzem os Profissionais de Saúde a colaborar no aborto e na eutanásia como são os primeiros a fazer disso um grande escândalo, quando são detectadas situações de colaboração em qualquer dos casos. O Profissional de Saúde deve, pois, limitar-se a cumprir a Lei e observar a Ética no desempenho da sua Profissão e deixar à porta do local onde a exerce todas as influências mediáticas ou convicções políticas. De outro modo, arriscar-se-á a agir por conta própria e a sujeitar-se a incorrer em Responsabilidade Penal.

Mesmo que absolvido por falta de provas ou por qualquer outra argumentação que eventualmente colha, o Profissional sofre um processo caro, penoso e, não raramente, mediatizado até à exaustão.

Esta Responsabilidade Penal é também, em geral, muito tortuosa porque há, por outro lado, largas complicitades envolvidas na prática de actos ilícitos mas mediaticamente quase abençoados, ou defendidos por determinadas organizações de pressão política e de opinião. O problema é que quando a questão legal se põe ela acaba por recair preferencialmente sobre *bodes expiatórios*, ou seja, profissionais menos defendidos social, política e economicamente, ou menos *hâbeis* no *savoir faire* de determinados actos ilícitos.

Há que ter em conta que a Responsabilidade Penal está, para o profissional ao serviço do Estado (funcionário público de carreira ou contratado), automaticamente articulada com a Responsabilidade Disciplinar em Direito Administrativo (Decreto-Lei nº 24/84 de 16 de Janeiro, art.º 6º a 9º).

É claro que ao profissional de Enfermagem dos nossos dias já não assenta a imagem tradicional do *anjo misericordioso*. E porque havia de assentar? Mas é também claro que todos os profissionais de Enfermagem têm orgulho no facto de a sua Profissão ter estado sempre ligada à ajuda, ao cuidado e ao serviço do próximo.

Este orgulho não deve obscurecer a capacidade de análise objectiva a respeito da sua própria conduta profissional nem da dos seus colegas, especialmente quando surge a necessidade de procurar uma relação causal entre aquilo que um profissional fez ou deixou de fazer e o dano apresentado por outrem. Pelo contrário, o profissional de Enfermagem deverá colocar-se na posição de saber avaliar, com conhecimento de causa, o que é eficaz e o que não é, o que é ou pode ser perigoso nos cuidados e serviços que presta aos seus pacientes e, finalmente, o que constitui *má prática* e o que é juridicamente ilícito.

Má Prática é, no entanto, uma designação muito vasta que, abrangendo embora todos os actos profissionais incorrectos, pode ir da pequena à grande *negligência*, à sobreposição das duas, ao acto ilícito e ao *dolo*.

Pode examinar-se a *má prática* sob os prismas *legal*, *ético* e *moral*, nem sempre sobreponíveis. Não basta prestar cuidados e serviços que exijam conhecimentos, aptidões ou domínio de técnicas de alto nível: é necessário, além disso, prestar esse tipo de cuidados e serviços tendo em conta o devido respeito e consideração pelos direitos do paciente; e, no caso de exercer cargos de chefia, é necessário que o enfermeiro tome as medidas adequadas para supervisionar eficazmente os membros da Equipa de Enfermagem que dirige.

Deixamos o desenvolvimento destes temas para o próximo e último artigo.

Bibliografia

BENTO, Maria da Conceição – *Cuidados e Formação em Enfermagem – Que Identidade?* Lisboa: Fim de Século Edições Lda., 1997. ISBN 972-754-112-7.

BENNER, Patrícia – *De Iniciado a Perito* (trad. port. de Ana Albuquerque Queirós, de *From Novice to Expert – excellence and power in clinical nursing practice*, 2001), Coleção Enfermagem, nº 3. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

Decreto-Lei nº 24/84 de 16 de Janeiro – Estatuto Disciplinar dos Funcionários e Agentes da Administração Central, Regional e Local.

Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Decreto-Lei nº 412/98 de 30 de Dezembro – Regime Legal da Carreira de Enfermagem

LEININGER, Madeleine – Conferência: Enfermagem Transcultural: imperativo da enfermagem mundial. *Enfermagem*, Lisboa – ISSN 0871-0775 – 2ª série, nº 10 (Abr.-Jun. 1998), pp. 32-36.

LOPES, Francisco Sá – *Enfermagem – Legislação*. Coimbra: Livraria Almedina, 1999.

MOREIRA, Vital – A Questão dos Serviços Públicos, *Público* (jornal diário), 31 de Agosto de 2004, p. 5.

MURCHINSON, I., NICHOLS, T.S., HANSON, R. – *Legal Accountability in the Nursing Process*. Saint Louis: The C.V. Mosby Company, 1978.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Carta-Circular de 26 de Abril de 2003.

PEDROSA, Aliete – *Velhos e Novos Rumos da Enfermagem – da história da enfermagem às actuais*

implicações jurídicas da profissão. Trabalho de Pós-Graduação em Direito da Medicina (5º Curso: 2000-2001), co-orientado pelos Mestres Maria Teresa Tomé e José Cunha-Oliveira. Centro de Direito Biomédico, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2001.

PEDROSA, Aliete – A Enfermagem Portuguesa – Referências Históricas. *Referência*, Coimbra, nº 11 (Março 2004), 2004, pp. 69-78.

Público (jornal diário), 11 de Maio de 2004, p. 31.

SERRÃO, Daniel e NUNES, Rui (Coord.) – *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora, 1998. ISBN 972 – 0 – 06033 – 6

Tempo Medicina (jornal), 11 de Novembro de 2002, pp. 6 e 28-29.

Internet

<http://www.sapo.pt/pesquisasapo/escolas superiores enfermagem>

<http://www.cespu.pt>; e-mail para ingresso: ingresso@cespu.pt. Instituto Politécnico de Saúde do Norte, Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, Licenciatura em Enfermagem (Portaria 1269/2003 de 5 de Novembro), Plano Curricular. Coordenadora do curso: Mestre Raquel Esteves.

No próximo e derradeiro artigo tratarei da aplicação do Direito, nas suas diversas vertentes, à actividade profissional concreta do enfermeiro, com particular relevo para os aspectos da Responsabilidade Profissional em Reparação do Dano.

Alguns casos mais mediáticos e jurisprudenciais do Direito da Enfermagem concluirão esta série de artigos em que procurei reflectir sobre as raízes históricas da Enfermagem e seus desenvolvimentos como disciplina humanista e científica e como Profissão de Saúde autónoma e responsável.