

Infecções Hospitalares no Brasil – Responsabilidade Jurídica no país

Maria Fernanda Dias Mergulhão*

Sumário

1. Aspectos gerais; 2. Infecção Hospitalar – adversidade do evento; 3. As Medidas Preventivas de Cunho Sanitário – negligência; 4. As Medidas Preventivas de Cunho Científico: negligência; 5. A Responsabilidade Jurídica no Brasil pelas Infecções Hospitalares; 6. O atraso brasileiro na adoção do padrão adotado por países desenvolvidos; 7. O Estatuto do Paciente – diploma normativo necessário; 8. Considerações finais.

Resumo

As infecções hospitalares são uma das principais causas de mortes no Brasil. Hospitais e clínicas têm responsabilidade civil objetiva pelo risco potencial no desenvolvimento da atividade em oferecer *locus* seguro aos pacientes. O Brasil revela número três vezes superior ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde – OMS nas intercorrências pelos óbitos decorrentes de infecções hospitalares. A transparência na divulgação de dados hospitalares por infecção hospitalar no Brasil é deficitária e a acreditação hospitalar é facultativa.

Abstract

Hospital infections are one of the main causes of death in Brazil. Hospitals and clinics have objective civil liability for the potential risk in the development of the activity of offering safe place to patients. Brazil reports a number three times higher than that recommended by the World Health Organization (WHO) in the occurrence of deaths resulting from hospital infections. Transparency in the disclosure of hospital data on hospital infections in Brazil is deficient and hospital accreditation is optional.

Palavras-chave

Infecções Hospitalares. Mortes. Dados. Transparência. Acreditação Hospitalar.

* Promotora de Justiça do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, Pós-Doutora pela UERJ, Doutora e Mestre em Direito. Mestre em Sociologia Política pelo IUPERJ.

Keywords

Hospital Infections. Deaths. Data. Transparency. Hospital Accreditation.

1. Aspectos gerais

Nos hospitais e clínicas, públicos e privados, são comuns os óbitos decorrentes de infecções hospitalares. Pacientes internados no processo de cuidados com a saúde por distintas doenças ou tratamentos eletivos figuram nas expressivas estatísticas brasileiras por óbitos provenientes de sepse, pneumonia ou infecções urinária e sanguínea. Essas quatro causas são as mais frequentes na contaminação por infecção hospitalar.

Ainda que as estatísticas indiquem maior incidência de óbitos por infecções hospitalares por categoria de paciente ou espécie de comorbidade, a infecção hospitalar é potencialmente capaz de atingir todos os pacientes, independentemente da condição orgânica, evolução patológica e tratamento dispensado. Portanto, todos os pacientes podem ser vitimizados, fatalmente, por infecções hospitalares.

Importantes questões devem ser trazidas à baila, principalmente na imperiosa contextualização do Brasil no contexto global dos pacientes internados nos hospitais e clínicas brasileiras. Segundo o Ministério da Saúde, por seus Boletins Epidemiológicos e a Anvisa, por seus Relatórios sobre Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), no ano 2024, estima-se que cerca de 14% dos pacientes internados adquiriram infecções durante a estadia, e mais de 45 mil brasileiros morrem, anualmente, devido a infecções adquiridas no ambiente hospitalar.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta diretriz no sentido de que as mortes decorrentes por infecção hospitalar não devem ultrapassar o percentual de 5% quando comparadas à totalidade de pacientes em tratamento de saúde. No Brasil, no entanto, as estatísticas oficiais comprovam que os óbitos decorrentes de infecção hospitalar são quase três vezes superiores ao aceitável, cerca de 14%. Estima-se que 45 mil brasileiros morrem, anualmente, por infecções adquiridas no ambiente hospitalar, segundo a OMS.

A vexatória estatística brasileira – três vezes superior à média mundial – não se traduz em novas políticas públicas, quiçá ganha foro jurídico na esperada irresignação das autoridades constituídas no Brasil. Todos somos responsáveis por esse lastimável estado da arte. Trazer a lume os alarmantes dados estatísticos e as verdadeiras causas da infecção hospital no Brasil, no entanto, podem produzir mudanças desse cenário.

No ano de 2013 foi publicado o Programa Nacional de Segurança do Paciente através da portaria n. 529, de 1º de abril de 2013, importante marco para a prevenção das infecções hospitalares. Nessa linha, “a partir de 2013, a Fiocruz, o Ministério da Saúde e a Anvisa publicaram protocolos básicos de segurança do paciente. Os seis protocolos – Identificação do paciente; Prevenção de úlcera por pressão; Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; Cirurgia segura; Prática de higiene das mãos em serviços de saúde; e Prevenção de quedas – fazem parte do Programa

Nacional de Segurança do Paciente, cujo objetivo é prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos nos serviços de saúde públicos e privados” (ARMOND, 2016, p. 27).

2. Infecção Hospitalar – adversidade do evento

A infecção hospitalar pode ser considerada, efetivamente, um evento adverso e inesperado? Estaria inserida nas hipóteses de exclusão do nexo de causalidade equiparável aos casos fortuitos ou força maior? Relembre-se que referidas hipóteses excluem o dever indenizatório por prescindirem da conduta humana e do seu elemento volitivo.

De modo geral, as infecções hospitalares, e os consequenciais óbitos humanos, são associadas à fragilidade orgânica do paciente, ora pela causa ou condições pretéritas (idade, estágio de uma doença), ora pela impotência do corpo humano não suportar o *locus* hospitalar, como local necessário à permanência do paciente em estado de convalescença. Dentro dessa clássica divisão binária, pouco se atribui a outros fatos subjacentes à ocorrência de infecções hospitalares no Brasil.

Paradoxalmente, a maioria dos casos que geram infecções hospitalares, e os óbitos decorrentes dessa infecção, ocorrem pela ausência de medidas preventivas de cunho sanitário e científico, em desalinho com as diretrizes mundiais da arte de cuidar. Atribuir ao paciente a sua própria finitude, ou o agravamento do seu quadro clínico, por infecção hospitalar sob as perspectivas da fragilidade orgânica, idade, ou gravidade da doença ocultam, em verdade, evento que não é adverso e que não é inesperado, quando assumido o risco da sua ocorrência.

O *locus* deve ser seguro e impassível de qualquer espécie de contaminação, já que qualquer espécie de gravame causado ao paciente, que agrave à sua condição, deveria ser intolerável, o que não ocorre na maioria avassaladora dos casos. Pacientes brasileiros têm abreviadas suas vidas por fatores externos que não deram causa. O estado de impotência e vulnerabilidade são incontestáveis à condição de ser e estar paciente.

3. As Medidas Preventivas de Cunho Sanitário – negligência

No Brasil, em hospitais públicos e privados, diversas medidas preventivas de cunho sanitário ainda são negligenciadas e se inserem no elenco das causas de infecção hospitalar. Dentro desse gênero podem ser citadas a ausência ou incorreção na higienização das mãos dos profissionais de saúde, a ausência e insuficiência de bactericidas e o uso inadequado de antibióticos, ora na eleição da espécie, ora na utilização por tempo excessivo, como fatores que contribuem para que a imunidade orgânica seja reduzida e se torne apta a ser contaminada por novos micro-organismos.

Somadas a essas primárias medidas de sanitização do ambiente hospitalar, constata-se a ausência de controle preventivo com vistas à inoccorrência de novos fatos danosos ao paciente. As estatísticas são crescentes e os mesmos fatos são

rotineiramente estampados em dados oficiais. Distinguem-se, apenas, o recorte temporal e os pacientes que foram ceifados dos maiores bens jurídicos: a vida e a saúde humana.

Em países desenvolvidos, a tecnologia é utilizada para coadjuvar os gestores na administração hospitalar à inibição de fatos relacionados à infecção hospitalar. No Brasil *interna corporis*, nos ambientes hospitalares, discutem-se obituários, e suas causas, apresentando sazonalmente processo de reestruturação organizacional para eliminação ou redução do gravíssimo problema, que é a infecção hospitalar.

Não é demais frisar que o Brasil oscila entre as 9ª e 10ª posições de arrecadação do produto interno bruto (PIB) que, em última análise, impõe concluir que se trata de um dos países mais ricos do globo e um dos que de longa data discute-se a abissal desigualdade social e as mazelas do progresso: do clientelismo à corrupção; dos privilégios à reparação por quotas; da injusta divisão de terras no contexto agrário à iniquidade na causa indígena; na redução da verba destinada ao SUS – Sistema Único de Saúde.

Há de se frisar que no ano de 2024 o gasto público com saúde no Brasil representou cerca de 4% do PIB – produto interno bruto, percentual relativamente estável comparativamente aos anos anteriores, já que a média estabelecida globalmente é de 6,5% do PIB, segundo a OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico.

Quando a temática se relaciona aos índices de infecção, impõe-se apresentar aspectos sociopolítico do Brasil, e ressaltar que essa espécie de mortalidade humana, e de agravamento dos quadros de saúde, não são restritos aos hospitais públicos ou mais precarizados, como a princípio poderia se concluir. Nessa ordem de ideias, assinala-se que em todas as clínicas e hospitais brasileiros são constatados altíssimos índices de infecção hospitalar que culminam com mortes e agravamento da saúde de pacientes de distintas condições etária, grau de enfermidade, higidez orgânica, raça, etnia ou condição social.

4. As Medidas Preventivas de Cunho Científico: negligência

O ato médico é privativo do profissional da saúde, regularmente habilitado, segundo diretrizes e conselho profissional, segundo a Lei n. 12.842, de 10 de julho de 2013, que define as atividades privativas dos médicos e estabelece diretrizes para a atuação profissional na área da saúde. Portanto, cabe a esse profissional, em atenção às respectivas especialidades, o tratamento com a saúde humana, respeitados os limites do exercício da autonomia do paciente.

Elencar medidas preventivas de cunho científico à inoccorrência de infecções hospitalares não se insere na intromissão do plano de tratamento da saúde humana traçado pelo médico, suprimindo a autonomia profissional, muito menos importa em indesejável interferência na anamnese. Trata-se de diretriz geral, comprovada em

campo, que ampara o profissional da saúde como medida adicional de importante observância durante a convalescença do paciente.

Nessa quadra, o uso de antibióticos por período prolongado não só pode produzir resistência antibacteriana ao medicamento, como pode também gerar redução na imunidade orgânica, fragilizando o paciente para a contaminação por infecção hospitalar. Da mesma forma, o uso contínuo, e prolongado, de cateter pode culminar com infecção urinária. Tais fatores podem produzir, respectivamente, o agravamento do quadro clínico do paciente, ora pela impotência do antibiótico no combate bacteriano, ora pela soma de fatores que somado ao fato primitivo potencializa o estado geral do paciente.

O mesmo se aplica às distintas pneumonias e sepse, causas comumente verificadas em ambientes de internação hospitalar que, somados à primitiva causa, tornam-se mais potentes e se apresentam como causa preponderante do agravamento da comorbidade, ou do evento morte do paciente.

5. A Responsabilidade Jurídica no Brasil pelas Infecções Hospitalares

No Brasil são irrelevantes os casos de responsabilidade jurídica relacionados às infecções hospitalares, ora no âmbito civil, ora no âmbito criminal, quando comparados às taxas oficiais. Numericamente, são casos inexpressivos e incapazes de apresentar qualquer processo de mudança cultural, organizacional ou pedagógica.

Some-se a esses fatores a grande dificuldade de contatar a negligência subjacente à infecção hospitalar, ora de cunho sanitário, ora de cunho científico. Mesmo no correlacionamento de dados oficiais, a expressão “infecção hospitalar” não consta da maioria dos casos, ainda que constatada causa externa e completamente dissociada da comorbidade primitiva do paciente.

Na hipótese da infecção hospitalar, como evento eminentemente externo, acredita-se que a grande maioria dos casos se circunscrevem na responsabilidade civil objetiva, já que a atividade de risco decorre das condições a que o paciente se encontrou sujeito no afã de se submeter a um tratamento de saúde em *locus* inapropriado.

O artigo 927, *caput* e parágrafo único do Código Civil em vigor prevê que “Aquele que, por ato ilícito (arts.186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo. Parágrafo único - Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.” Destaque-se que a atividade “naturalmente de risco” se subsume aos riscos provenientes de tratamento de saúde, eis que as medidas negligenciadas pela administração hospitalar em conjunto, ou não, com os médicos são condutas típicas de assunção de risco, cuja probabilidade de dano é realística, e não improvável. Os danos material e moral serão mensurados com base em aspectos individualizantes do paciente, cujas provas sejam imprescindíveis à constatação da infecção hospitalar como causa de extermínio da vida, ou do agravamento da saúde humana.

No que tange à responsabilização criminal, trata-se de responsabilidade em que o dolo ou a culpa sejam imprescindíveis de serem provados no bojo de uma conduta essencialmente humana, no caso em espécie. Assim, há de ser provada uma conduta dolosa ou culposa do médico ou do gestor hospitalar potencialmente capazes de causar o evento maior, a infecção hospitalar, como causa contributiva da enfermidade, ou causa preponderante e inserta na categoria de ato ilícito da responsabilidade civil.

6. O atraso brasileiro na adoção do padrão adotado por países desenvolvidos

A ausência de métodos rígidos e uniformes de controle e erradicação da infecção hospitalar aliada à falta de transparência de dados são causas preponderantes a que não sejam minimizados os impactos dessa espécie de obituário entre os brasileiros.

Distintas razões podem ser apontadas à não implementação das melhores técnicas de gestão objetivando reduzir os altos índices de infecção hospitalar. Acredita-se que a principal se relaciona à contenção de custos, uma vez que instituir comitês permanentes, tais quais os preconizados para as medidas de *compliance*, e investir em tecnologia, principalmente a digital, para aferir controle preventivo, são medidas habitualmente constatadas em países considerados desenvolvidos.

7. O Estatuto do Paciente – diploma normativo necessário

É urgente a edição do Estatuto do Paciente no Brasil apto a promover menos dissensos na relação médico-paciente, promovendo maior estabilidade social. Dissídios judiciais não só poderiam ser evitados, como também seriam menos divergentes, minimizando a propositura de recursos especiais perante o Superior Tribunal de Justiça, na forma do artigo 105 da Constituição da República em vigor.

No Estatuto do Paciente os direitos e obrigações dos pacientes restariam elencados, assim como as garantias inerentes à condição de ser paciente, já que essa condição é comum a todas as pessoas, em qualquer estágio da vida, independentemente de qualquer condição externa afeta ao humano.

A lei de âmbito nacional publicada pelo Congresso Nacional, no sistema bicameral, com a ulterior sanção presidencial, mediante prévia participação da sociedade civil são etapas imprescindíveis à elaboração do idealizado Estatuto do Paciente numa sociedade democrática e plural, como a brasileira.

Medidas de garantia, e transparência, têm espaço nesse importante Estatuto, tais como a previsão de normas de conduta de administradores hospitalares, padrões comportamentais inaceitáveis que configurariam ato ilícito, e mesmo infrações penais, e principalmente, a divulgação de dados para que o paciente tenha pleno conhecimento, e liberdade de contratar a prestação do tratamento de saúde humana em *locus* cujas condições sejam públicas.

8. Considerações finais

As mortes e agravamento da saúde de pacientes brasileiros por infecção hospitalar em índices alarmantes é realidade inaceitável não só pelas altas taxas, mas principalmente por permanecerem altas e em ascensão na estatística oficial. A adoção do manancial tecnológico e informatizado, já utilizado em países desenvolvidos como forma preventiva de impedir o desenvolvimento dessa gravíssima infecção, é medida de extrema relevância, que deve ser imediatamente aplicada no Brasil.

Dessa forma, urge a imposição de critérios definidos para a acreditação de todos os hospitais e clínicas brasileiras, sem prejuízo da fiscalização promovida pela Anvisa, assim como a publicação do Estatuto do Paciente, como forma de serem transparentes os direitos e obrigações do paciente, minimizando conflitos administrativos e judiciais. Considere-se que no Brasil uma das demandas mais expressivas é a relacionada às questões do tratamento da saúde humana, apesar de todos os esforços na composição dos litígios na fase pré-processual.

As infecções hospitalares devem ser desmistificadas para a análise da sua real identificação: a causa negligente – sanitária ou científica. Deve-se promover o protagonismo do paciente, não só como figura central em todos os tratamentos da saúde humana, mas por sua indissociável vulnerabilidade. Há de se reconhecer, sobretudo, que o paciente deposita credibilidade na ausência de risco do ambiente hospitalar e ali se submete permanecer internado na expectativa de promoção de sua condição físico-orgânica. Definitivamente, o paciente, na grande maioria dos casos, não tem qualquer ingerência acerca das condições sanitárias do *locus* hospitalar.

Há de se interromper o ciclo dos agravamentos de saúde e mortes evitáveis por infecção hospitalar, adotando-se padrões rígidos e permanente política de gestão, primando, sobretudo, pela transparência de dados ao paciente, não só pela incidência do Código de Defesa do Consumidor, considerada a relação do tratamento de saúde *sui generis*, mas sobretudo pelo paciente figurar como protagonista no iminente, e imperioso, Estatuto do Paciente.

Referências bibliográficas

- ALBUQUERQUE, Aline. *Direitos humanos dos pacientes*. Curitiba. Ed. Juruá. 2016.
- ANDRÉ, Victor Conte (coord). *Responsabilidade Médica*. Curitiba: Ed. Juruá. 2020.
- ARENDT, Hannah. *A Condição Humana*. 13ª edição. São Paulo: Editora Gen/Atlas. 2017.
- ARMOND, Guilherme. *Segurança do Paciente*. Rio de Janeiro: Ed. DOC Content. 2016.
- BRASIL. Código Civil. Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. D.O.U.: Brasília, DF, 11 jan. 2002.
- BRUSTOLIN, Leomar Antônio (org). *Bioética*. São Paulo: Ed. Paulus. 2010.
- BYK, Christian. *Tratado de Bioética*. São Paulo: Ed. Paulus. 2015.

CIMINO, Valdir. *Humanização em Saúde: humanizar para comunicar ou comunicar para humanizar?* São Paulo: Ed. Contracorrente. 2016.

DALVI, Luciano. *Curso Avançado de Biodireito*. Florianópolis: Editora Conceito. 2008.

DANTAS, San Tiago. *Programa de Direito Civil – parte geral*. Rio de Janeiro: Ed. Rio. 1977.

DEODATO, Sergio. *Direito da Saúde*. Portugal: Ed. Almedina. 2012.

DWORKIN, Ronald. *Domínio da Vida*. São Paulo: Ed. Wmfmartinsfontes. 2019.

MEDICI, Andre Cezar. *Do Global ao Local – os desafios da saúde no limiar do século XXI*. Belo Horizonte: Ed. Coopmed. 2011.

MEIRELES, Rose Melo Venceslau. *Autonomia Privada e Dignidade Humana*. Rio de Janeiro: Ed. Renovar. 2009.

MELLO, Cleyson de Moraes. *Direito Civil – parte geral*. Rio de Janeiro: Freitas Bastos editora. 2017.

MIRANDA, Pontes de. *Tratado de Direito Privado. Tomo LIII*. São Paulo: ed. Booksellef. 2008.

MORAES, Alexandre. *Direitos Humanos Fundamentais*. São Paulo: Ed. Atlas. 10ª edição. 2013.

SHAFIK, Minouche. *Cuidar uns dos Outros. Um novo contrato social*. Rio de Janeiro: Ed. Intrínseca. 2021.

SARMENTO, Daniel. *Dignidade da Pessoa Humana*. Belo Horizonte. Ed. Fórum. 2016.

_____, Daniel. *A Ponderação de interesses na Constituição Federal*. Rio de Janeiro: Ed. Lumen Iuris. 2000.

SOUZA, Henrique freire de Oliveira. *Responsabilidade Civil*. Rio de Janeiro: Ed. Espaço Jurídico. 2017.

SOUZA, Wendell Lopes Barbosa de. *A Responsabilidade Civil Objetiva fundada na Atividade de Risco*. São Paulo: ed. Atlas. 2003.

SPINSANTTI, Sandro. *Ética Biomédica*. São Paulo: Ed. Paulinas. 1990.

VARELA, João de Matos Antunes. *Das Obrigações em Geral*. v. I. 10ª ed. Coimbra: ed. Almedina. 2012.

WEBER, César Augusto Trinta. *O Ato Médico e a Responsabilidade Penal*. Porto Alegre: Ed. EdPUCRS. 2012.