

Os princípios bioéticos e os direitos dos usuários de serviços de saúde

Bioethical principles and health-care services users' rights

Los principios bioéticos e los Derechos de los usuarios de servicios de salud

Wilza Carla Spiri*
Heloísa Wey Berti*
Maria Lúcia Duarte Pereira**

RESUMO: Nos serviços de saúde, especialmente no meio hospitalar, observa-se o uso corrente de uma terminologia rica em vocábulos técnicos complicados, neologismos e um linguajar típico do meio hospitalar na comunicação dos profissionais com os usuários, refletindo, em muitos casos, intenções de domínio e poder. O profissional de saúde, imbuído do poder de curar, tem *status* e prestígios especiais que, quando negados, podem desencadear abuso de poder, caracterizado por sentimentos de ameaça quando questionado, e tomada de decisões unilaterais sobre o que considera melhor para o paciente, sem uma discussão mais ampla sobre as condições do paciente e suas possibilidades. A enfermagem, como parte do sistema de saúde, tem importante papel na reflexão sobre essas questões, tendo como premissa assegurar, aos usuários do serviço de saúde a garantia do cuidado sob sua responsabilidade de forma equitativa. Diante dessas considerações, o presente estudo tem o propósito de realizar uma análise da lei que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no estado de São Paulo e os aspectos referentes às questões éticas como a autonomia, beneficência, justiça, respeito à liberdade e ao valor da vida das pessoas.

DESCRITORES: Bioética; Enfermagem; Direito dos usuários de saúde

ABSTRACT: In health services, especially in a hospital setting, the habit of using a terminology rich in complicated vocabulary with neologisms and jargon typical of the hospital setting is very common in the communication between professionals and patients, guardians and relatives and in many cases reflect intentions of exercising power and dominion. Health professionals, imbued with the capacity of curing, have special prestige and status which if denied may lead to a power abuse, characterized by threat sensations when their opinions are questioned and by unilateral decisions on what is considered best for the patient, without a broader discussion about the patient's conditions and options. Nursing, as part of the health-care system, has an important role on reflecting about these questions, aiming to grant to all health-service users the guarantee of an equitable care providing. Based on these reflections, the proposal of the present study is to analyze the law on health-service users' rights and health policies in São Paulo State, as well as aspects of ethical questions like autonomy, beneficence, justice, respect for liberty and for the value of human life.

KEYWORDS: Bioethics; Nursing; health-service users' rights

RESUMEN: En los servicios médicos, especialmente en un ambiente hospitalario, el hábito de usar una terminología marcada por un vocabulario complicado, con neologismos y la jerga típicos del ambiente hospitalario, es muy común en la comunicación entre los profesionales y los pacientes, los cuidadores y los parientes y en muchos casos refleja intenciones de ejercer el poder y el dominio. Los profesionales de salud, imbuidos con la capacidad de curar, tienen un prestigio y un condición especiales que si están negados pueden conducir al abuso de poder, caracterizado por sensaciones de amenaza cuando sus opiniones son cuestionadas y por decisiones unilaterales sobre qué se considera lo mejor posible para el paciente, sin una discusión más amplia sobre las condiciones y las opciones del paciente. El cuidado, como parte del sistema de cuidados de salud, tiene una importante función en la reflexión sobre estas cuestiones, buscando conceder a todos los usuarios de servicios de salud la garantía de una oferta equitativa de cuidados. De acuerdo con estas reflexiones, el objetivo de este estudio es analizar la ley sobre los derechos de los usuarios de servicios de salud y las políticas sanitarias en el estado de São Paulo, así como aspectos de cuestiones éticas como la autonomía, la beneficencia, la justicia, el respeto por la libertad y por el valor de la vida humana.

PALABRAS-LLAVE: Bioética; Enfermería; Derechos de los usuarios de servicios de salud

* Professoras Doutoradas do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu — UNESP, Botucatu, SP.

E-mail: wilza@fmb.unesp.br E-mail: weybe@fmb.unesp.br

** Professora Doutora da Universidade Estadual do Ceará — UECE.

E-mail: mlduarte@fortalnet.com.br

INTRODUÇÃO

A bioética tem sua origem nos Estados Unidos, com a proposição do termo “bioética” tendo sido feita por Van Rensselaer Potter, em 1971, em sua obra *Bioethics: bridge to the future*, seguida pela proposição de Andre Hellers, no mesmo ano, de fundar o Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics. O primeiro define a bioética como “uma ciência da sobrevivência”, o segundo, como “uma ética das ciências da vida, considerada no nível humano”, definição esta que é a que tem prevalecido.

Além das contribuições de Potter e Heller, Reich define a bioética como “o estudo sistemático das dimensões morais — incluindo visão, decisão, conduta e normas morais das ciências da vida e do cuidado da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar”.

Para Garrafa (1995), “bioética é a ética aplicada à vida, e se apresenta como a procura de um comportamento responsável de parte daquelas pessoas que devem decidir tipos de tratamento, pesquisas ou posturas com relação à humanidade”.

A bioética caracteriza-se por ser uma ciência na qual o homem é sujeito, e não apenas objeto, pela interdisciplinaridade, ou seja, é um campo de ação e de interação de várias disciplinas, e não apenas da área da saúde, interação portanto de diferentes profissionais e estudiosos do conhecimento humano, os quais têm um papel a desempenhar na discussão bioética, uma vez que esta, ao abordar a vida e a saúde humanas, interesse de todos os homens, requer para tal discussão o conhecimento de todos esses profissionais (Segre, 1995).

A bioética adotou princípios ou, como preferem diversos estudiosos, referenciais para análise dos dilemas e/ou conflitos de valores que sur-

gem nos relacionamentos humanos. São eles: autonomia, beneficência, não maleficência, e justiça.

O termo autonomia é derivado do grego *autos* (próprio, eu) e *nomos* (regra, domínio, governo, lei) portanto, inclui noção de autogoverno, liberdade de direitos, escolha individual, agir segundo a própria pessoa (Segre, 1995).

Para Pessini (1996), uma ação é considerada autônoma quando passa pelo consentimento informado.

O princípio da autonomia só será possível quando existirem elementos emocionais e racionais de opção, em outras palavras, quando existir liberdade frente a ao conflito emoção–razão. Liberdade, aqui, pressupõe uma opção, que implica liberdade para se realizar. A liberdade permite um pensamento, proporcionando uma ação com pensamento. “A liberdade e a opção para uma determinada finalidade estruturam um campo de relação que é o alicerce da autonomia” (Segre, 1995).

O princípio da justiça “consiste em garantir a distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços de saúde” (Pessini, Barchifontaine, 1995), e constitui a consciência da cidadania e luta pelo direito a saúde.

Garrafa, Oselka e Diniz (1997) propõem a equidade como princípio instrumentalizador do direito à saúde, e a definem como “o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais”. Esse princípio, associado à responsabilidade e à justiça, fará valer o direito à saúde.

É importante destacarmos aqui a alteridade, proposta por Correia (1996) como critério fundamental e abrangente da bioética, pois, segundo o autor, o ser humano é o fundamento de toda reflexão e prática bioética.

O paradigma principialista não é o único na bioética, é no entanto o mais utilizado para solucionar problemas de justiça, à qual, segun-

do Correia (1996), “a constituição moderna se torna particularmente sensível [...] porque ajuda enormemente na solução dos problemas — fronteira das novas tecnologias biomédicas que pressupõe experiência, intuição e sensibilidade moral”.

Ferraz (1997) faz uma associação da qualidade de consumidor do paciente, não comparando-o a um consumidor qualquer, mas reforçando que o paciente é sujeito de uma gama de direitos, os quais, na maioria das vezes são ignorados “ante o completo paternalismo (mais propriamente chamado de autoritarismo) que vigora em nossa área”.

A cidadania é um direito fundamental do paciente, direito que no entanto, na maioria das vezes, lhe é negado. A garantia da cidadania deve ser vista como indicadora da qualidade dos serviços de saúde, e relaciona-se a questões referentes a autonomia, privacidade e sigilo profissional (Fortes, 1996).

Discutir a assistência de enfermagem à luz da bioética torna-se imperativo em nosso meio, pois a “ética não se resume apenas à reflexão, ela tem que ser simultaneamente ação” (Gonçalves, 1994), levando-nos a crer que nosso cotidiano é pleno de situações que exigem análise e tomada de decisão e onde podemos encontrar constantes dilemas éticos.

Segundo Pavelqueires, Rozendo e Collet (1995), esta situação de tomada de decisão envolve uma série de determinantes presentes nas relações que estabelecemos com os colegas, a equipe multidisciplinar, os superiores, os clientes e seus familiares.

Muitas vezes a opção pode derivar dos preceitos estabelecidos nos Códigos de Ética, que nem sempre são conhecidos em sua totalidade e nem abrangem todas as questões morais que podem surgir no desenvolvimento das atividades diárias.

Schneider et al (1995) referem que muitas vezes não nos damos conta de estarmos violando direitos

fundamentais do paciente, e que a enfermagem tem ainda um longo caminho a percorrer no sentido de alcançar o respeito pela autonomia do paciente.

Segundo Boemer e Sampaio (1997), a enfermagem pode estar contribuindo com o paciente no exercício de sua autonomia, pois considera as relações humanas com uma visão holística do homem. Considera também que o enfermeiro, de posse de um poder não-institucional que lhe é conferido pela sua proximidade com o paciente e sua família, pode explicar o conflito muitas vezes velado na relação entre dois princípios importantes da bioética, o da beneficência e não-maleficência, que o médico advoga para si, e o da autonomia, que diz respeito ao paciente.

Koseki e Bruera (1996) referem que a autonomia existe quando os pacientes agem intencionalmente, com entendimento e sem influências controladoras, significando que a pessoa tem independência de vontade e ação, que tem controle sobre o curso de sua vida, este aspecto deriva do respeito à dignidade do ser humano, que mesmo na situação de paciente continua sendo ser humano e, mais que isto, cidadão.

Na relação profissional-paciente, muitas vezes hierarquizada e complexa, começa a haver uma preocupação para que estes princípios sejam conhecidos e praticados. Um avanço em relação a essa relação está na Lei 10.241, de 17 de março de 1999, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no estado de São Paulo.

Portanto, nos propomos neste estudo a realizar uma análise desta lei e dos princípios bioéticos que devem nortear nossa conduta profissional.

Análise dos direitos dos usuários e princípios bioéticos

O artigo primeiro, parágrafo único, declara: “A prestação dos servi-

ços e ações de saúde dos usuários, de qualquer natureza ou condição, no âmbito do Estado de São Paulo, será universal e igualitária”.

Esse artigo reforça o direito constitucional de “saúde como direito do cidadão e dever do Estado”.

Correia (1996) faz uma ampla discussão do conceito, considerando a alteridade como princípio fundamental e ressaltando que na área da saúde existe uma política que se caracteriza por um modelo de assistência centralizador e discriminatório, em que os indivíduos possuem os mesmos direitos civis e distintos direitos à saúde, vigorando uma política de insu- mos básicos totalmente dependente dos produtores multinacionais, observando-se a ausência de uma política de recursos humanos e um sistema de compra e venda de serviços em que os principais agentes prestadores são os grandes grupos mercantilistas da saúde.

Finaliza dizendo que essa relação injusta faz com que 70% da população no Brasil apenas sobreviva.

Koseki e Bruera (1996) reforçam a idéia do princípio da justiça, declarando que todos os pacientes tenham igual acesso ao cuidado e às mesmas oportunidades de obter os cuidados de saúde que necessitam.

A enfermagem, como parte do sistema de saúde, deve assegurar que os pacientes tenham garantia do cuidado sob sua responsabilidade de forma equitativa.

Artigo segundo, itens I, II, III, XV e XVI: “São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo, ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso; ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome; não ser identificado ou tratado por: números, códigos ou de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso”, “ser acompanhado, se assim o desejar, nas consultas e intervenções

por pessoa por ele indicada” e “ter a presença do pai nos exames pré-natais e no momento do parto”.

Na Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, Seção II, artigo 196, é referido que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O código de ética dos profissionais de enfermagem, no capítulo I, artigo terceiro, declara que “o profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza”.

Ainda, o código de ética médica em seu capítulo I artigo primeiro, explicita que “A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza”.

Assim, o princípio da justiça, que permeia os documentos citados, é claro quanto à dignidade, respeito e a não discriminação inerentes à ação dos profissionais de saúde em seu cotidiano de trabalho.

No artigo segundo, item IV, é declarado que os usuários devem “ter resguardado o segredo sobre seus dados pessoais, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública”.

Segundo Koseki e Bruera (1996) o sigilo é definido como a obrigação de guardar as promessas como pedra angular das relações entre os profissionais de saúde e os pacientes. Implica na presença constante de estar ao lado e na realização da promessa expressa ou subentendida.

Fortes (1996) discute a questão do sigilo iniciando pela afirmação de que se o profissional de saúde

não preservasse o sigilo, não teria garantias de sinceridade das informações e revelações fornecidas por seu cliente, o que certamente causaria prejuízo à relação estabelecida entre os dois. Recorda que o sigilo dos profissionais de saúde se relacionava anteriormente à prática liberal efetuada em consultórios. A partir da utilização de locais coletivos: clínicas e hospitais, em que várias pessoas têm acesso ao prontuário do paciente, o segredo passa a ser compartilhado por estas pessoas. Isto não exime a todos de protegê-lo, nem desobriga o gestor de criar condições administrativas para que o respeito ao direito do usuário prevaleça.

Não se deve minimizar o potencial desrespeitador do direito à confidencialidade que pode ser causado pela disseminação do poder de informações, especialmente com o avanço da informática no setor saúde, pois os sistemas de registros devem abrigar medidas que garantam o segredo das informações que contêm.

A preocupação em manter o sigilo não pode ser levada ao extremo de atuar em prejuízo de seu titular, pois deve ser estabelecido em benefício do usuário e não do profissional de saúde ou estabelecimento. Além disso, não se pode sonegar informações devidas ao usuário sob alegação de que estão submetidas ao sigilo profissional.

Fortes (1996) reforça que também existe exceção legal para o administrador com relação à manutenção do sigilo, quando este refere-se à apuração de crimes relacionados à prestação de socorro médico ou omissão de socorro, pois nestes casos o segredo não pode obstruir a ação da justiça, tentando por motivos corporativos proteger supostas infrações cometidas no âmbito dos serviços de saúde.

O capítulo IV, artigo 29, do código de ética dos profissionais de

enfermagem (1993) estabelece como dever: *“manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em lei”*.

Observa-se que está clara a necessidade de manutenção do sigilo. Não devemos porém desconsiderar que *“a proximidade da equipe de enfermagem com o paciente, no cotidiano hospitalar, lhe possibilita um vínculo que lhe confere certo poder”* (Boemer, Sampaio, 1997). Neste aspecto, a enfermagem não tem o direito de se utilizar de sua função ou cargo para denegrir o paciente, pelo contrário, pode, a partir de sua relação, contribuir para que o direito do paciente seja salvaguardado.

O artigo segundo, item V, proclama que o usuário tem direito de *“poder identificar as pessoas responsáveis direta ou indiretamente por sua assistência, através de crachás visíveis, legíveis e que contenham: nome completo, função, cargo e nome da instituição”*.

O direito a clara informação sobre quem o assiste é fundamental para garantia da autonomia do usuário e para o estabelecimento de vínculo durante sua assistência. As pessoas têm direito a informação, independentemente de sua condição.

A possibilidade de identificação dos profissionais e instituição assegura ao usuário reconhecer quem se responsabiliza pelas ações de saúde às quais se submete durante sua estada nos serviços.

Artigo segundo, itens VI, XXI e XXII, refere que o usuário tem o direito de *“receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre: hipóteses diagnósticas; diagnósticos realizados; exames solicitados; ações terapêuticas; riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas; duração prevista do tratamento proposto; no caso de procedimentos de diagnósticos terapêuticos invasi-*

vos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e conseqüências indesejáveis e a duração esperada do procedimento; exames e condutas a que será submetido; a finalidade dos materiais coletados para exame; alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes no serviço de atendimento ou em outros serviços; o que julgar necessário”, *“ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa”* e *“receber anestesia em todas as situações indicadas”*.

Nestes itens pode-se concentrar a atenção no direito à verdade.

A verdade não significa simplesmente uma comunicação fria de dados e informações objetivas, pois é necessário tempo, oportunidade e condições adequadas para a transmissão desses, inclusive com o desenvolvimento de ações por equipes multidisciplinares.

O enfermeiro, como o membro de uma equipe multidisciplinar que mais tempo permanece junto ao paciente, poderá munir-se de empatia e prudência para adaptar-se às necessidades de cada doente, ajudando-os a se apropriar de suas verdades.

A informação verdadeira é imprescindível para que o paciente possa se manifestar de forma esclarecida acerca das ações que, segundo Fortes (1996), modificarão sua integridade física e psíquica.

A informação deve ser adaptada às circunstâncias do caso e às condições sociais, psicológicas e culturais, utilizando-se um padrão de informação orientado a cada indivíduo. (Fortes, 1996)

O usuário tem direito de receber a melhor qualidade possível de atenção, fundado numa sólida base de conhecimentos e proporcionado por pessoas que podem

empregar essas bases de conhecimento aplicando juízos e raciocínios acertados e um sistema de valores claro e conveniente.

O enfermeiro deve estar consciente dos incrementos no conhecimento e complexidade do usuário, e preparar-se para responder de maneira igualmente qualificada e fundamentada.

Consentir é um ato de decisão, que deve ser livre e isento de coação física, psíquica ou moral. Um elemento importante do consentimento é a temporalidade.

O consentimento não é imutável, pode ser modificado ou revogado a qualquer momento por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas sanções morais ou administrativas, também assegurada no código de ética dos profissionais de enfermagem, capítulo IV, artigos 26, 27, 30, 31 e 35 e nesta lei ao usuário, no artigo segundo, item VII, que declara ser direito “consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados”.

O artigo segundo, item VIII, confere ao usuário o direito de “acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico”, nos termos estabelecidos por lei complementar.

O prontuário deve ser único e escrito de forma a propiciar uma boa compreensão, desde o instante da entrada no hospital, saída e eventuais reinternações. Portanto, deve ser escrito com letra legível, sem uso de abreviaturas, rasuras ou qualquer coisa que descaracterize a escrita original.

Ao ter acesso ao prontuário, o usuário deve ter um profissional da área responsável pelo atendimento, para esclarecer dúvidas surgidas.

O código de ética dos profissionais de enfermagem nos esclarece, no capítulo IV, artigo 26, que é dever “prestar adequadas informações

ao cliente e família a respeito da assistência, possíveis benefícios, riscos e consequências que possam ocorrer”.

No código de ética médica, capítulo V, artigo 59, está explícito: “não deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento. Salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, esta deve ser feita ao seu responsável legal”.

Segundo Fortes (1996), “torna-se desnecessário que as informações sejam fornecidas de forma exclusivamente técnica. Informar alguém tecnicamente não é esclarecer, muitas vezes é desinformar. Cabem informações simples, aproximativas, inteligíveis e leais, ou seja, dispostas dentro de padrões de entendimento acessíveis à compreensão psicológica, intelectual e cultural do usuário, não sendo necessário precisar especificações técnicas”.

O prontuário é, portanto, um meio de comunicação entre os profissionais que atuam junto ao paciente e família, oferece dados para estudos, auxilia no diagnóstico, prognóstico e terapêutica, proporciona continuidade de trabalho, serve como documento para auditoria institucional ou de serviços, avaliação de qualidade da assistência prestada, fornece dados confidenciais para defesa legal do usuário, instituição e equipe multiprofissional.

Como forma legal de defesa, deve-se anotar todas as ocorrências com objetividade e clareza, sempre com a identificação pessoal, assinatura e carimbo, contendo o nome do profissional e seu registro profissional.

Os aspectos referidos acima corroboram com o item IX, artigo segundo, que declara que o usuário tem o direito de “receber por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o seu número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão”.

O artigo segundo, itens XII e XII, refere que o usuário tem o direito de “receber receitas com o nome genérico das substâncias prescritas, datilografadas ou em caligrafia legível, sem a utilização de códigos ou abreviaturas, com o nome do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão, com assinatura do profissional” e “conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestem a origem, sorologias efetuadas e prazos de validade”.

Embora a prescrição de medicamentos e hemoderivados seja na maioria das vezes de alçada do médico, envolve diretamente as ações de enfermagem, principalmente porque deve-se ter muito claro todos os aspectos concernentes a sua execução para não incorrer em erros na consecução do seu trabalho.

Para o paciente, este princípio da autonomia, que estabelece o direito à informação, é, segundo Fortes (1996), um princípio constitucional, pois somente assim o indivíduo pode manifestar seu consentimento de forma esclarecida sobre as ações praticadas. Reforça também que além da responsabilidade individual de cada profissional em informar aos usuários sobre questões que lhes são mais afeitas, cabe ao administrador dar condições à equipe de saúde para disponibilizar informações sobre os direitos à atenção em saúde.

Os itens, XIV, XVIII e XIX do artigo segundo declaram: “ter assegurado, durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e na satisfação de suas necessidades fisiológicas: a sua integridade física, a privacidade, a individualidade, o respeito aos seus valores éticos e culturais, a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal e a segurança do procedimento”, “receber do profissio-

nal adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para melhoria do conforto e bem estar” e “ter um local digno e adequado para o atendimento”.

Fortes (1996) analisa estas questões e refere que a privacidade significa que os indivíduos detêm o direito de decidir manter informações pessoais sob seu exclusivo controle, ou comunicar a quem, quando, onde e em que condições devem ser reveladas. A privacidade engloba as manifestações da esfera íntima, a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas. Cabe ao planejamento dos serviços de saúde, desde a etapa da concepção arquitetônica do espaço reservado aos usuários, passando pela distribuição de equipamentos e mobiliários, contemplar o princípio de privacidade.

Isto significa também gerar condições administrativas para que se mantenham a privacidade e o segredo.

Este dever não se limita aos segredos revelados confidencialmente, mas a tudo quanto a equipe de saúde toma conhecimento no exercício de sua atividade, mesmo havendo desconhecimento do próprio detentor do segredo. Esta comunicação pode ser oral ou escrita, exibição de imagens, fotografias, radiografias ou documentos em geral.

O código de ética dos profissionais de enfermagem, capítulo IV, artigo 28, refere ser “*dever do profissional da enfermagem respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente*”. Portanto, em conformidade com o direito do paciente.

No gerenciamento da assistência, a enfermeira deve ter participação para assegurar esse direito, pois na maioria das vezes a responsabilidade pela estrutura da unidade faz parte das suas atividades diárias. Ter a preocupação em proporcionar privacidade deve ser ação conjunta com outros profissionais, pois mesmo com uma planta física adequa-

da, há invasão à privacidade com a presença em momentos não desejados pelo paciente ou mesmo a exposição deste a um certo número de pessoas, podendo constrangê-lo e privá-lo desse direito.

O cumprimento dos direitos mencionados na legislação em discussão são fundamentais à prática de saúde, pois pressupõem o referencial da beneficência, ao qual todos os profissionais da área de saúde têm o compromisso legal, moral e ético de cumprir. Segundo Sgrecia (1988) não há ato livre que não comporte uma responsabilidade, e esta responsabilidade é inerente ao trabalho em saúde.

Considerações finais

Nos serviços de saúde, especialmente no meio hospitalar, observa-se o uso corrente de uma terminologia rica em vocábulos técnicos complicados, neologismos e um linguajar típico do meio na comunicação dos profissionais com os usuários, refletindo, em muitos casos, intenções de domínio e poder. Segundo Boltanski (1979), o poder, para ser exercido, requer de seus detentores a posse de saber e de segredos inacessíveis aos dominados. E assim, o profissional de saúde, imbuído do poder de curar, tem *status* e prestígios especiais que, quando negados, podem desencadear abuso de poder, caracterizado por sentimentos de ameaça quando questionado e tomada de decisões unilaterais sobre o que considera melhor para o paciente sem uma discussão mais ampla sobre as condições do paciente e suas possibilidades (Gauderer, 1998).

Certamente, na medida em que os usuários forem ampliando o conhecimento sobre seus direitos e tendo mais condições para o exercício de sua cidadania, deixarão a condição de submissão e assumirão de modo mais efetivo seu

papel de sujeitos autônomos, exigindo respeito e dignidade em relação a si e aos outros.

Propostas humanizadoras têm sido apresentadas por grupos e comissões de humanização do atendimento hospitalar, os quais vêm desenvolvendo trabalho intenso, buscando conscientizar o pessoal da área sobre os direitos dos pacientes e sugerindo mudanças nas rotinas hospitalares vigentes, tais como: o conteúdo do “termo de responsabilidade” que o paciente ou familiares devem assinar como condição para internação; os rígidos horários estabelecidos para visitas aos pacientes e tantas outras mais.

Transformações nessa realidade certamente implicarão em alterações efetivas nos comportamentos dos profissionais da saúde. Políticas sociais mais justas e equânimes, que valorizem os indivíduos e respeitem seus direitos, poderão alterar o modo de organização dos serviços, de divisão do trabalho em saúde, reduzindo ou eliminando a fragmentação e a impessoalidade do atendimento e intensificando os vínculos entre profissionais e população.

O princípio da beneficência pode, em variadas situações, não ser observado pelos profissionais de enfermagem, devido limitações impostas pelas legislações sobre seu exercício profissional (por exemplo, não poder efetuar internações). Também as limitações de recursos financeiros podem desencadear uma prática de cuidados tão preocupada em não causar danos que chega a confundir beneficência com não-maleficência (por exemplo, as freqüentes adaptações e improvisações na tentativa de se garantir alguma beneficência e evitar danos).

O conceito de justiça em saúde, que impõe a garantia da justa distribuição equitativa e universal dos benefícios produzidos em saúde, não tem sido observado. Exemplos de situações graves, ocorrem a cada

momento, como o acesso diferenciado aos serviços de saúde, aos recursos diagnósticos e terapêuticos e até mesmo a um leito decente para morrer.

As desigualdades no Brasil, mostradas pelas estatísticas, apontam a existência de milhares de famílias sem água tratada e sem esgoto sanitário. O analfabetismo atinge milhões de pessoas. São bastante elevadas as taxas de desemprego, e a renda inferior a um salário mínimo é observada em mi-

lhões de domicílios. Trata-se de uma população muito vulnerável às doenças e, conseqüentemente, necessitada dos serviços assistenciais para sua sobrevivência.

Embora sejam crescentes os questionamentos judiciais de pessoas que se sentem desrespeitadas em seus direitos, essa consciência de paciente-consumidor, titular de direitos, não está presente na maioria dos casos.

Atuando num cenário de injustiças no qual uns têm privilé-

gios e outros não, os profissionais de enfermagem devem assumir atitudes, reconhecendo-se sujeitos do processo de transformação da realidade que vivenciam.

Do exposto, destacam-se que as questões éticas referentes à autonomia, beneficência, justiça, respeito à liberdade e ao valor da vida das pessoas precisam ser enfrentadas e resolvidas por toda a sociedade, na qual também se inserem os profissionais de saúde. Trata-se da defesa dos direitos de todos os cidadãos.

REFERÊNCIAS

- Boemer M, Sampaio MA. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. *Rev Latinoam Enfermagem* 1997;5(2):33-38.
- Boltanski L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
- Correia FA. A alteridade como critério fundamental e englobante da bioética. In: Pessini L, Barchifontaine CP. *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Paulus; 1996. p.68-74.
- Ferraz OLM. Questionamentos judiciais e a proteção contra o paciente: um sofisma a ser corrigido pelo gerenciamento de risco. *Bioética* 1997; 5(1).
- Fortes PAC. Ética, cidadania e busca da qualidade na administração dos serviços de saúde. *Saúde em debate* 1996; 49 (50): 48-52.
- Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. *Bioética* 1997; 5(1): 27-33.
- Garrafa V. *Dimensão da ética em saúde pública*. São Paulo:1995 [Faculdade de Saúde Pública, série temática 4].
- Gonçalves EL. Situações novas e novos desafios para a bioética. *Bioética* 1994; 2(1): 13-18.
- Gauderer EC. *Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Record; 1991.
- Koseki NM, Bruera E. Decisão médica ética em casos de pacientes terminais. *Rev Brás Cancerol* 1996; 42(1): 15-29.
- Pavelqueires S, Rozendo CA, Collet NA. A ética na enfermagem. In: Caponi GA, Leopardi MT, Caponi SNC. *A saúde como desafio ético*. Florianópolis: Sefes; 1995. p. 160-168.
- Pessini L, Barchifontaine CP. *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Paulus; 1996.
- Schneider JF. Enfermagem e autonomia do paciente. In: Caponi GA, Leopardi MT, Caponi SNC. *A saúde como desafio ético*. Florianópolis: Sefes; 1995. p. 169-174.
- Segre M. Respeito e autonomia. *J Assoc Méd Bras* 1995; (1).
- Sgreccia E. *Manual de bioética*. São Paulo: Loyola; 1988.

Recebido em 20 de abril de 2006
Aprovado em 16 de maio de 2006