



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**Faculdade de Ciências da Saúde**

**Programa de Pós-Graduação em Bioética**

**Uma Análise Bioética Sobre o Processo de  
Empoderamento do Usuário como Ferramenta para  
Inclusão na Saúde**

**SHEILA PEREIRA SOARES**

**Brasília, 07 de Dezembro de 2012**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Bioética**

**Uma Análise Bioética Sobre o Processo de  
Empoderamento do Usuário como Ferramenta para  
Inclusão na Saúde**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

**SHEILA PEREIRA SOARES**

**Orientador: Prof. Dr. Volnei Garrafa**

**Coorientador: Prof. Dr. Miguel Ângelo Montagner**

**Brasília, 07 de Dezembro de 2012**

Soares, SP.

Uma Análise Bioética Sobre o Processo de Empoderamento do Usuário como Ferramenta para Inclusão na Saúde.

Sheila Pereira Soares – Brasília, 2012.

160 p.

Orientador: Professor Dr. Volnei Garrafa

Coorientador: Professor Dr. Miguel Ângelo Montagner

Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Bioética. Universidade de Brasília – UnB. 2012.

Introdução; 1. Fundamentação Teórica; 2. O Conceito de Empoderamento; 3. Objetivos; 4. Percurso Metodológico; 5. Resultados e Discussão; 6. Considerações Finais e Conclusões; Referências Bibliográficas; Apêndices; Anexos.

**SHEILA PEREIRA SOARES**

**Uma Análise Bioética Sobre o Processo de Empoderamento do  
Usuário como Ferramenta para Inclusão na Saúde**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Aprovada em:07/12 /2012.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Volnei Garrafa**  
Universidade de Brasília (UnB)  
Presidente

---

**Prof. Dr. Miguel Ângelo Montagner**  
Universidade de Brasília (UnB)  
Membro

---

**Prof. Dr. Antonio Macena de Figueiredo**  
Universidade Federal Fluminense (UFF)  
Membro Externo

---

**Prof. Dr. Jorge Alberto Cordón Portillo**  
Universidade de Brasília (UnB)  
Suplente

*Dedico este trabalho a todas as pessoas intimamente ligadas à minha vida, que no período de desenvolvimento deste me ajudaram com paciência, carinho e compreensão, demonstrando que a superação nos momentos difíceis vale à pena e que realmente se importam e torcem pelo meu sucesso. Dedico também a Bioética, pois agora não existem mais cortinas de fumaça e buracos de fechaduras para expiar. As portas e janelas estão abertas, e a luta por uma educação empoderadora que liberte o sujeito da ignorância somente começou. Os princípios bioéticos nada mais são que fios de esperança para o alcance da cidadania.*

Muitos “educadores” acham que é seu dever comunicar o máximo do que sabem. Entretanto, ensinar não é somente comunicar. É fazer pensar, é estimular para a identificação e resolução de problemas. Significa, sim, que a estrutura de qualquer mensagem deve conduzir à problematização e ao raciocínio. O educador deve ser um comunicador dialógico e não um transmissor unilateral de informações. Ser um bom educador não é agir como um “*showman*” e, menos ainda, como um persuasivo doutrinador. Significa desenvolver “empatia”, colocar-se no lugar do outro e, com ele, problematizar o viver, a saúde e a doença para que, ao mesmo tempo em que aprende novos conteúdos, desenvolva ao máximo sua habilidade de pensar, decidir e agir.

**Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Educação em Saúde - Planejando as Ações Educativas (Teoria e Prática) NES / PROG. HANS. - CVE 1997 p. 42.<sup>1</sup>**

## AGRADECIMENTOS

Algumas pessoas marcam a nossa vida para sempre, umas porque nos ajudam na construção, outras porque nos apresentam projetos de sonhos e outras ainda porque nos desafiam a construí-los. Por esses motivos, agradeço a todos que contribuíram para a concretização deste sonho, mas gostaria de registrar algumas pessoas, sem ordem de importância, que foram imprescindíveis em minha vida.

Primeiramente a Deus, o Grande Criador.

À minha família, em especial à minha mãe Maria Lucia Pereira Soares por quem tenho o mais profundo carinho e meu filho Guilherme Soares Pereira de Melo pelo amor e compreensão em todos os momentos. Ao meu Avô José Luiz Neto "*in memoriam*" grande homem, merecedor de todo o respeito e admiração.

Aos meus amigos e servidores do Pronto Socorro do Hospital Regional de Taguatinga pela amizade, apoio e pelo carinho, em especial a Ana Porto Macedo. Aos participantes deste estudo, por possibilitar a coleta de dados.

Ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, pelo desafio em mim semeado e confiança depositada. A todos os professores que fazem parte deste Programa e que ministraram aulas prazerosas e ricas, participando do processo de aprendizagem, disseminando seus conhecimentos.

Ao meu amado Orientador Professor Doutor Volnei Garrafa, pela disponibilidade, incentivo e presteza em todas as horas dispensada para a elaboração desta tese. Um exemplo de inteligência, retidão de caráter, competência, solidariedade e pluralidade de conhecimento. Declaro que foi uma honra trabalhar ao seu lado, minha admiração eterna.

Ao Coorientador Professor Doutor Miguel Ângelo Montagner pela paciência, cuidado, compreensão, competência, rigor e humildade com que orientou. Pessoa de grande valor moral e ético.

Aos colegas de turma do mestrado em Bioética, em especial aos amigos Luciana Rodriguez, Eder Tavares, Cremildo João Baptista e Telma Noletto.

Meu muito obrigada.

## LISTA DE SIGLAS

**AIDS** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**AIS** - Ações Integradas de Saúde

**ANS** - Agência Nacional de Saúde

**ANSS** - Agência Nacional de Saúde Suplementar

**ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**CAP** - Caixas de Aposentadoria e Pensão

**CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa

**CLT** - Consolidação das Leis Trabalhistas

**CONASEMS** - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

**CONASP** - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

**CONASS** - Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

**DM** - Diabetes Mellitus

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**FUNRURAL** - Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural

**HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana

**HRT** - Hospital Regional de Taguatinga

**IAP** - Institutos de Aposentadoria e Pensões

**INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

**INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social

**LOPS** - Lei Orgânica da Previdência Social

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PIASS** - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

**PNUD** - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

**SAMU** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**SESDF** - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal



**SUCAM** - Superintendências de Campanhas de Saúde Pública

**SUCAM** - Superintendência de Campanhas da Saúde Pública

**SUDS** - Sistema Único Descentralizado de Saúde

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UNESCO** - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1. Dados sócio-demográficos dos usuários pesquisados, referentes à idade, cor, sexo, estado civil, religião, local de residência, escolaridade.</b>	<b>73</b>
<b>Tabela 2. Dados sócio-demográficos dos usuários pesquisados, referentes à profissão e renda.</b>	<b>74</b>
<b>Tabela 3. Dados dos usuários pesquisados, referentes ao processo de internação: tempo de espera, clínica de internação, tempo de internação e acomodação.</b>	<b>75</b>
<b>Tabela 4. Dados relacionados com a forma de atendimento na unidade percebido pelos usuários sobre o cumprimento aos direitos do paciente</b>	<b>79</b>
<b>Tabela 5. Avaliação dos usuários sobre o atendimento dos profissionais na unidade.</b>	<b>82</b>
<b>Tabela 6. Dados sócio-demográficos dos profissionais médicos referentes à idade, cor, sexo, estado civil e escolaridade.</b>	<b>84</b>
<b>Tabela 7. Dados relacionados com a forma de atendimento na unidade percebido pelos profissionais médicos sobre o cumprimento aos direitos do paciente.</b>	<b>85</b>
<b>Tabela 8. Avaliação dos profissionais médicos sobre o atendimento aos usuários na unidade</b>	<b>89</b>
<b>Tabela 9. Dados sócio-demográficos dos profissionais enfermeiros referentes à idade, cor, sexo, estado civil e escolaridade.</b>	<b>91</b>
<b>Tabela 10. Dados relacionados com a forma de atendimento na unidade percebido pelos profissionais enfermeiros sobre o cumprimento aos direitos do paciente</b>	<b>93</b>
<b>Tabela 11. Avaliação dos profissionais enfermeiros sobre o atendimento aos usuários na unidade</b>	<b>95</b>
<b>Tabela 12. Dados sócio-demográficos dos profissionais técnicos de enfermagem referentes a idade, cor, sexo, estado civil e escolaridade.</b>	<b>96</b>
<b>Tabela 13. Dados relacionados com a forma de atendimento na unidade percebido pelos profissionais técnicos de enfermagem sobre o cumprimento aos direitos do paciente</b>	<b>98</b>
<b>Tabela 14. Avaliação dos profissionais técnicos de enfermagem sobre o atendimento aos usuários na unidade</b>	<b>100</b>

## RESUMO

A Constituição Brasileira de 1988 universalizou o acesso das pessoas à atenção à saúde no país. Para operacionalização deste fundamento legal foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), conceitualmente descentralizado e que leva em consideração a hierarquização na priorização das ações para o atendimento das pessoas. Nestes quase 25 anos de funcionamento do SUS, alguns aspectos avançaram significativamente. Outros pontos, contudo, merecem especial atenção no sentido de melhor compreensão dos problemas existentes, especialmente a forma como os usuários vem sendo tratados. Neste sentido, o objetivo do presente estudo foi identificar através do público alvo (usuários e profissionais de saúde - médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) os possíveis motivos que geram o desrespeito aos direitos dos usuários que procuram o sistema público de saúde no Brasil, podendo causar ineficácia na qualidade do atendimento e tendo como pressuposto a ausência de empoderamento pelo usuário. A pesquisa se fundamentou no aprofundamento histórico dos conceitos de cidadão e cidadania ao longo do tempo, chegando à questão central do estudo que incide no empoderamento do usuário/cidadão para ter seus direitos realmente reconhecidos, atendidos e respeitados. A metodologia utilizada constou de quatro diferentes questionários aplicados a 90 usuários do Pronto Socorro do Hospital Regional de Taguatinga, Distrito Federal, e outros 90 questionários distribuídos proporcionalmente entre médicos (40 no total), enfermeiros (10) e técnicos de enfermagem (40) que lá trabalham. Além de um “Diário de Campo” no qual foram registradas as intercorrências que aconteceram durante o período de aplicação dos questionários e observação direta do processo de recepção e atendimento dos usuários que procuraram o sistema, foi também desenvolvida uma entrevista semi-estruturada com alguns profissionais da amostra que se mostraram especialmente interessados no assunto. A conclusão do estudo foi que existem muitos problemas de comunicação entre os usuários e os profissionais que atendem ao SUS, gerando uma série de distorções e insatisfações, entre eles: todos os usuários afirmaram que não são chamados pelo nome, enquanto a maioria dos profissionais afirma o contrário; os usuários disseram que não são informados sobre o nome e efeitos dos medicamentos prescritos, no entanto os profissionais responderam que passam na maioria das vezes estas informações; grande parte dos usuários respondeu que médicos e enfermeiros não atendem seus chamados prontamente e que não utilizam linguagem fácil de ser entendida, enquanto os profissionais responderam exatamente o contrário; os usuários registraram que os profissionais não lhes pedem permissão para atuar sobre seus corpos, ao passo que os profissionais afirmaram em sua maioria que solicitam permissão. Um ponto comum encontrado nas respostas dos dois grupos foi o desconhecimento e não utilização da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. A ferramenta teórica utilizada para a interpretação e discussão dos dados obtidos no estudo foi a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco, especialmente os artigos que versam sobre a “Dignidade Humana e Direitos Humanos (artigo 3), o “Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual (artigo 8), a “Privacidade e Confidencialidade” (artigo 9), a “Não-Discriminação e Não-Estigmatização” (artigo 11) e a “Responsabilidade Social e Saúde” (artigo 14).

**PALAVRAS CHAVES:** Sistema Único de Saúde. Bioética. Direitos do Paciente. Cidadania. Empoderamento.

## ABSTRACT

The 1988 Brazilian Federal Constitution universalized the people access to health care in the country. To implement this legal basis it was created the Unified Health System (SUS), conceptually decentralized and that takes into consideration the hierarchy in the prioritization of the actions to the people medical care. In almost 25 years of SUS functioning, some aspects markedly improved. In other aspects, however, special attention needs to be paid to a better comprehension of the existing problems, specially the way the users have been treated. In this respect, the objective of the present study was to search through target audience (users and health professionals – doctors, nurses and nursing technician) if it happens disrespect to the users rights who look for the Public Health System in the Federal District, what can cause ineffectiveness in the quality of the service, having as assumption the lack of users empowerment. The search was based in historical deepening of the concepts of citizen and citizenship over time, arriving to the central issue that focus in the empowerment of the user/citizen to have their rights truly acknowledged, met and respected. The used methodology was of four questionnaires applied to 90 users of the Taguatinga Hospital Emergency, Federal District, and other 90 questionnaires proportionally distributed among doctors (a total of 40), nurses (10) and nursing technicians (40) that work there. Besides a “Field Diary” in which it was registered occurrences that happened during the questionnaire application period and direct observation of the reception and attendance process of users that looked for the system, a semi-structured interview was also developed with some professionals of the sample who became especially interested in the subject. The study conclusion was that there are several communication problems between users and professionals that attend to SUS, generating a series of distortions and discontent, such as: all the users stated that they are not called by their names, while most of the professionals state the opposite; the users said that they are not informed of the name and effects of the prescribed medicine, however the professionals replied that, most often, they give those information; a great part of the users answered that doctors and nurses do not answer their calling promptly and do not use easy understanding language, yet the professionals responded exactly the contrary; the users registered that the professionals do not ask for permission to analyze their bodies, while most of the professionals affirmed they ask for permission. A common point found in the answers of the two groups was the lack of knowledge and no use of the Bill of Health Users Rights. The theoretical tool used to comprehend and discuss the data obtained through the study was the Unesco Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, especially the articles on “Human dignity and human rights” (article 3), the “Respect for human responsibility and personal integrity” (article 8), the “Privacy and confidentiality” (article 9), the “Non-discrimination and Non-stigmatization” (article 11) and the “Social responsibility and health” (article 14).

**KEY WORDS:** Unified Health Sistem. Bioethics. Patien Rights. Citizenship. Empowerment.

# SUMÁRIO

## INTRODUÇÃO

<b>1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>20</b>
1.1. BREVE TRAJETÓRIA DOS CONCEITOS DE CIDADÃO E CIDADANIA AO LONGO DO TEMPO	20
1.1.1 Conceito de cidadania na visão greco-romana	20
1.1.2 O processo de cidadania: principais documentos internacionais	24
1.1.3 A cidadania no Brasil	28
1.1.4 A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) fortalecendo o direito do cidadão brasileiro	33
1.1.5 Acesso à saúde, cidadania e bioética	41
<b>2. O CONCEITO DE EMPODERAMENTO</b>	<b>47</b>
2.1 O EMPODERAMENTO COMO FERRAMENTA TEÓRICA DA BIOÉTICA	51
2.1.1 Os Direitos do Paciente: o direito à Informação e à educação como ferramentas de empoderamento na saúde	53
2.2 ATITUDE EMPODERADORA DO PROFISSIONAL DA SAÚDE	58
2.3 O EMPODERAMENTO DO USUÁRIO DO SISTEMA DE SAÚDE	60
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>63</b>
3.1 OBJETIVO GERAL	63
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	63
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO</b>	<b>64</b>
4.1 MÉTODOS E TÉCNICAS DA PESQUISA	64
4.1.1 Participantes da pesquisa e abordagem dos sujeitos	67
4.1.2 Ordenamento dos Dados para Análise	70
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>71</b>
5.1 QUESTIONÁRIO I – USUÁRIOS	72
5.2 QUESTIONÁRIO II – MÉDICOS	83
5.3 QUESTIONÁRIO III - ENFERMEIROS	91

<b>5.4 QUESTIONÁRIO IV – TÉCNICOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>96</b>
<b>5.5 FORMULÁRIO I – ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS</b>	<b>101</b>
<b>5.6 REFLEXÃO GERAL SOBRE OS RESULTADOS DA PESQUISA</b>	<b>110</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES</b>	<b>114</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>118</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>133</b>
<b>Apêndice 1 - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>134</b>
<b>Apêndice 2 - Questionários I, II, III e IV e Formulário I</b>	<b>137</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>152</b>
<b>Anexo 1 – Carta dos Direitos do Usuários da Saúde</b>	<b>153</b>
<b>Anexo 2 - Endereços de exemplos de Projetos de Educação Empoderadora que deram certo</b>	<b>157</b>
<b>Anexo 3 - Termo de Aprovação pelo CEP/SES/DF</b>	<b>159</b>

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação é fruto de uma pesquisa que tem por tema “Uma Análise Bioética Sobre o Processo de Empoderamento do Usuário como Ferramenta para Inclusão na Saúde”. A bioética em todo seu processo histórico tem evoluído de maneira a valorizar a liberdade de escolha, a reflexão no campo do saber, a educação, a análise e discussão da ética e da moral, reforçando o exercício da alteridade, da tolerância e do respeito à pluralidade em todos os aspectos seja político, cultural, econômico ou social. Ela reforça a convivência pacífica entre os povos, trabalhando o exercício da justiça, a autonomia, a beneficência e a não maleficência, sendo que para a prática destes princípios se faz necessário o respeito no convívio entre os díspares. Partindo do princípio que a harmonia é inerente à pluralidade, uma sociedade não é construída somente por iguais. Todos são cidadãos, e devem ter o entendimento que o exercício da cidadania deve ser adotado como elemento primordial que merece ser discutido nos aspectos normativos e descritivos no mundo moderno. Daí o porquê desse direito estar incluso no campo da filosofia moral e também nos estudos bioéticos.

Um dos temas abordados pela bioética é o empoderamento do sujeito visando à transformação deste no processo de compreensão da dinâmica social e a sua inserção e participação na elaboração das políticas públicas, inclusive no campo da saúde, foco de estudo desta pesquisa. O empoderamento é uma ferramenta importante para a assimilação e reflexão sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, priorizado sempre por meio do diálogo - bastante utilizado pelos educadores e multiplicadores do conhecimento - imprescindível para fortalecer o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto, o profissional de saúde se torna peça chave no resgate do respeito à autonomia dos pacientes, fomentando e contribuindo para a otimização de um modelo de atenção voltado para a valorização do ser humano e melhoria da qualidade de vida do cidadão.

Empoderar é estimular a participação cívica por meio da educação solidária ,com o intuito de formar cidadãos ativos, responsáveis, conhecedores e executores dos direitos e das responsabilidades. A prática do empoderamento deve partir da educação e do exercício de uma bioética coletiva, preocupada com o bem-estar do outro e abandonando a fragmentação social que bloqueia a progresso social e

estimula o egocentrismo humano. Até mesmo a educação, somada a uma legislação adequada, não consegue reduzir as desigualdades sociais e a exclusão social. Faz-se necessária uma educação realmente produtiva, capaz de desconstruir, construir e reconstruir uma cidadania ativa <sup>2</sup>.

A Constituição Brasileira de 1988 assegura a todos os brasileiros, naturalizados e estrangeiros residentes no País, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança, à saúde, à educação, entre outros. O princípio da isonomia deve ser respeitado por todos: os iguais devem ser tratados de forma igual e os desiguais de forma desigual dentro de suas necessidades, conforme o princípio da equidade. Porém, no Brasil, esta prática tem se tornado distorcida; a lei por si só não é capaz de sustentar e concretizar a prática da cidadania.

Por estes motivos, a adoção da educação empoderadora é de extrema importância, principalmente diante dos problemas notórios do acesso à saúde no Brasil, que tem sido motivo de preocupação da sociedade, significando a necessidade de ultrapassar a mera proclamação de direitos. Cabe aqui ressaltar que no Brasil durante a maior parte do século XX não foi dada a devida atenção aos investimentos no sistema de saúde, sobretudo nas décadas de 1970 e 80, tendo em vista que os regimes autoritários vigentes não permitiam o desenvolvimento e fortalecimento das instituições de saúde pública.

Mesmo diante das dificuldades enfrentadas, o sistema de saúde do Brasil passou por mudanças decorridas de processos de transformações internas, tendo sua origem na chamada Reforma Sanitária. Tal reforma foi concretizada por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, que criou o Estado de direito capaz de assegurar o bem-estar do cidadão e a eficácia dos serviços prestados pelas instituições públicas e privadas, destacando a área da saúde e a criação do SUS. Mudanças internacionais também corroboraram para a ampliação e desenvolvimento de novas biotecnologias direcionadas a área de saúde brasileira, como a descoberta de novos fármacos e equipamentos utilizados nos tratamentos de inúmeras doenças, por exemplo.

Desta forma o direito à saúde se tornou um princípio de valor constitucional. O acesso à saúde emergiu como uma preocupação, devendo estar plenamente integrado às políticas públicas governamentais. Assim, a criação do Sistema Único de Saúde teve o objetivo de assegurar maior eficiência e acessibilidade aos serviços de saúde, estabelecendo normas organizativas e operacionais. A mudança do



modelo assistencial de saúde buscou resgatar a cidadania, o reconhecimento e respeito pelo ser humano, a participação do cidadão no desenvolvimento da sociedade e melhoria da qualidade de vida, com promoção, prevenção, recuperação e reinserção social. Foram adotados princípios e diretrizes como a universalidade, a equidade, a integralidade, a regionalização, hierarquização e descentralização, a resolutividade, a participação social e a complementaridade com o setor privado, como formas de modernizar e permitir a autonomia da gestão em saúde nos diferentes estados, respeitando as peculiaridades. O modelo hospitalocêntrico passou a ser considerado obsoleto por não agregar os valores acima elencados.

Porém, são enormes e notórios os entraves enfrentados pelos cidadãos comuns para a obtenção da efetiva concretização do direito à saúde, fato que tem gerado a judicialização da saúde. Para Raw<sup>3</sup> a mudança na saúde pública somente será possível quando o governo e sociedade adotarem uma visão construtiva e focalizarem na melhoria da educação, respeitando a correlação entre educação, saúde pública e desenvolvimento. A educação transforma uma sociedade, mudando a realidade das pessoas e o conhecimento dá poder aos sujeitos transformando-os em cidadãos capazes de gerir suas vidas com responsabilidade e autonomia, fenômeno este que será denominado neste trabalho como empoderamento, considerado um elemento essencial e pertinente na pauta da abordagem e discussão bioética, pois é de interesse individual e coletivo do cidadão no contexto organizacional da saúde.

Por ser a bioética uma disciplina autônoma e multidisciplinar que estuda a conduta humana nos aspectos éticos e morais relacionados às áreas das ciências e da saúde, não se limita apenas em abordar questões morais referentes ao início e fim da vida, questões deontológicas, suicídio, eutanásia e outras formas adotadas para antecipar a morte, assim bem como transplantes de órgãos e experiências em seres vivos utilizados como cobaias. A bioética também tem se preocupado em analisar as práticas referentes às condutas de profissionais de saúde frente aos indivíduos por estes assistidos. A relação entre o profissional de saúde e o usuário tem sido tema de interesse de muitos estudiosos, com o objetivo de aprimorar o diálogo por meio de ações e técnicas que melhorem a qualidade na relação. Segundo Caprara e Rodrigues<sup>4</sup> uma boa relação entre profissional e paciente tem efeitos positivos na satisfação e na qualidade dos serviços prestados, além de influenciar diretamente na melhora do estado de saúde da pessoa assistida. Como

afirma Gracia<sup>5</sup> o médico tem se posicionado de forma paternalista, justificando sua postura apenas no princípio da beneficência, assumindo o papel de autoridade máxima, não trabalhando com a tríade bioética: beneficência, autonomia e justiça.

A estrutura deste trabalho está constituída de Introdução, cinco capítulos e Considerações Finais. Logo na introdução, é feita uma apresentação estrutural do trabalho defendendo uma bioética plural que respeita as diversidades de cada local, assim bem como as particularidades de cada indivíduo. A bioética é colocada como uma ferramenta capaz de analisar o conhecimento técnico, mas também de observar, ouvir e valorizar as vivências do outro, partindo do individual para compor um conjunto, isto é o coletivo. O presente estudo procura mostrar a importância de associar a bioética à educação como forma de estreitar os laços entre os diferentes saberes. E que por meio do empoderamento dos sujeitos sociais, estes sejam capazes de refletir sobre as ações benéficas e maléficas praticadas pelos componentes de uma sociedade, podendo assim se tornar participantes ativos do processo, exercendo e gozando de cidadania, cumprindo seus plenos direitos e deveres civis e políticos como cidadãos. Em seguida, é focalizado o campo da saúde em relação aos princípios básicos da bioética que devem ser aplicados na educação, mostrando que se tornar um sujeito ético é se preocupar com o outro e não somente consigo mesmo. O trabalho procura demonstrar que os profissionais da saúde, em função de suas atividades, devem trabalhar com a educação, priorizando os aspectos bioéticos e de cidadania por estes estarem correlacionados, respeitando assim os direitos dos usuários do sistema de atenção sanitária.

O primeiro capítulo concentra-se nos conceitos de cidadão e cidadania ao longo do tempo, relatando a trajetória em vários pontos de vista, percorrendo a visão greco-romana até chegar à visão brasileira do que é ser cidadão. É destacada neste tópico, também, a criação de documentos internacionais que fortaleceram o processo de cidadania em todo o mundo, além da legislação específica para a saúde no Brasil desde a Reforma Sanitária até a criação do SUS, enfatizando a presença do discurso bioético no desenvolvimento das políticas públicas de saúde levadas a efeito no país.

No segundo capítulo é definido o conceito de empoderamento em diferentes ângulos, segundo alguns autores, com destaque para o empoderamento como ferramenta teórica da bioética no sentido de proporcionar poder ao cidadão, poder de escolha e decisão. Esse tópico aborda ainda os direitos do paciente, o acesso à

informação e à educação como formas de empoderar as pessoas, sempre com um discurso centrado na saúde, destacando também a importância do empoderamento dos profissionais da saúde e dos usuários.

O terceiro capítulo apresenta o objetivo geral da pesquisa e os objetivos específicos. Já o quarto capítulo descreve a trajetória metodológica adotada, os métodos e técnicas aplicados para realização do projeto, destacando a delimitação da amostra, as características dos participantes, o desenvolvimento do trabalho de campo e como se procedeu ao ordenamento dos dados para análise. Finalizando, o quinto capítulo focaliza os resultados e a discussão pertinente, proporcionando reflexão e análise sobre a existência de conexão entre os objetivos propostos. O conjunto da pesquisa procura revelar um tema aparentemente comum, mas que tem a ambição de se aprofundar em uma dimensão social específica. Com o desenvolvimento e os dados obtidos, o estudo revela que a questão da educação empoderadora pode representar uma transformação radical no cenário do País ao longo dos anos. A revolução provocada pela educação afeta a vida em sociedade e incide sobre a qualidade da representação política, a distribuição de renda, o desenvolvimento econômico e a justiça social.

## **1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **1.1 BREVE TRAJETÓRIA DOS CONCEITOS DE CIDADÃO E CIDADANIA AO LONGO DO TEMPO**

#### **1.1.1 Conceito de cidadania na visão greco-romana**

A intenção de realizar um resgate histórico sobre os conceitos de cidadão e cidadania faz parte da tentativa de responder algumas indagações: O que é ser cidadão? O que é ter cidadania? Como um cidadão pode e deve exercer a cidadania? Qual a relação entre cidadão, cidadania e direito social?

Mesmo que o conceito hodierno relacionado com essa temática não tenha mais vínculos com os conceitos do passado, uma análise histórica do assunto permite entender melhor seu processo evolutivo. Neste sentido, justifica-se um estudo crítico a respeito, que torna possível aproximar os conceitos de cidadania com as implicações sociais e democráticas inerentes e relacionadas com os direitos humanos contemporâneos e sua relação com a epistemologia bioética. O presente estudo não pretende realizar um levantamento completo do tema devido sua amplitude e complexidade, mas limitar-se-á a alguns conceitos emitidos por estudiosos especializados e defensores dos direitos sociais, civis e humanos que em determinados momentos históricos percorreram este caminho em defesa da universalidade de direitos entre as pessoas.

Nessa caminhada existem várias bifurcações que direcionam a visão do cidadão para diferentes perspectivas: sociológica, política, jurídica, econômica, cultural e religiosa. O objeto da pesquisa, contudo, centrará na evolução histórica da cidadania até os dias de hoje, com uma finalidade central: estudar a participação do cidadão nas políticas de saúde e a busca da saúde por meio do empoderamento dos sujeitos sociais participantes do processo. Para compreender o conceito de Cidadania, é preciso antes entender que esta palavra encontra-se diretamente associada à outra – Cidadão. É exatamente sobre estes conceitos que serão expostos, que de alguma forma se tentará chegar a uma reflexão do que é ser cidadão, analisando “a noção de indivíduo” inserido e participante de uma cidade e governo, observando as dimensões culturais e históricas, e respeitando os lugares e o tempo em que estes aconteceram<sup>6</sup>. Como afirmam Pinsky e Pinsky<sup>7</sup> (p.9):

Cidadania não é uma definição estanque, mas um conceito histórico, o que significa que seu sentido varia no tempo e no espaço. É muito diferente ser cidadão na Alemanha, nos Estados Unidos ou no Brasil (para não falar dos países em que a palavra é tabu), não apenas pelas regras que definem quem é ou não titular da cidadania (por direito territorial ou de sangue), mas também pelos direitos e deveres distintos que caracterizam o cidadão em cada um dos Estados-nacionais contemporâneos.

Segundo Pinsky e Pinsky<sup>7</sup>, mesmo dentro de cada Estado-Nacional o conceito e a prática da cidadania vêm se alterando ao longo dos últimos 200-300 anos; e isso acontece tanto em relação a uma abertura maior ou menor do estatuto de cidadão para sua população ou ao grau de participação política de diferentes grupos, quanto aos direitos sociais e à proteção social oferecida pelos Estados aos que dela necessitam.

A origem etimológica da palavra cidadão provém do latim *civita* que significa cidade, podendo também ser associada à palavra grega *politikos* que significa aquele que habita na *pólis* (antiga Cidade-Estado), sendo este um significado tradicional<sup>8</sup>. O filósofo grego Aristóteles defendia que, para que exista a cidadania e o cidadão, obrigatoriamente deve existir uma cidade, pois não existem cidades sem cidadãos, assim como não existem cidadãos sem cidades. Neste sentido, as *póleis* deveriam conceber seus cidadãos e permitir condições de bem-estar, pois este é o estágio final e natural do agrupamento humano - desde os mais primitivos até os mais complexos - que por questões de segurança e sobrevivência adotaram medidas administrativas, políticas e econômicas com o intuito de preservar o interesse coletivo<sup>9</sup>.

No conceito aristotélico, a cidade deveria ser entendida como núcleo de organização política e administrativa de um agrupamento auto-suficiente e que deveria se movimentar em benefício exclusivo do seu povo. As *póleis* tinham a obrigação de prover aos seus cidadãos as melhores condições de existência. O filósofo considerava, ainda, que o homem era um animal social, necessitando assim viver em grupos, caso contrário deveria ser considerado um selvagem, uma besta ou uma divindade superior aos seres humanos<sup>9</sup>.

Para Aristóteles o que constitui um cidadão é sua participação ativa no exercício do poder público, isto é, ter o direito de voto nas Assembléias em sua pátria. Não bastava apenas ter nascido no território, pois não era a residência que definia um cidadão, mas deveria ter função cívica. Neste caso, as crianças eram

consideradas **cidadãos em esperanças**, vistas ainda como imperfeitas pela idade, ao passo que os velhos eram considerados *cidadãos rejeitados* por sua caducidade. Os estrangeiros, por sua vez, eram completamente desconsiderados e se assemelhavam aos escravos que não eram vistos como residentes e tampouco como cidadãos: eram indivíduos desprovidos de autonomia e subjugados ao poder de seus proprietários, simples habitantes de uma determinada área geográfica. Por outro lado, os infames e banidos da sociedade não existiam na lista de cidadãos ou habitantes das cidades. As mulheres, por sua vez, possuíam alguns direitos individuais no âmbito doméstico, limitados pela dominação masculina e viviam à margem da vida pública<sup>8</sup>. Segundo Aristóteles<sup>9</sup> (p. 34):

(...) Pois não se deve julgar que sejam cidadãos todos aqueles de que a Cidade não pode prescindir. (...) jamais um Estado bem constituído fará de um artesão um cidadão. Caso isso ocorra, pelo menos não devemos esperar dele o civismo (...) esta virtude não se encontra em toda parte; ela supõe um homem não apenas livre, mas cuja existência não o faça precisar dedicar-se aos trabalhos servis.

Ainda assim, Aristóteles afirmava que ser cidadão dependia do gênero de governo e constituição adotada por cada Estado; para alguns bastava ter nascido no território, para outros bastava residir e ser admitido na jurisdição e na deliberação. Em outros costumes, somente ter nascido de pais cidadãos já os tornava participantes desta classe (laços de sangue). Em alguns lugares onde o número de homens era reduzido, alguns eram aceitos como cidadãos. No mesmo sentido, também os bastardos eram admitidos por questões de segurança das cidades (serviço militar) e outros ainda eram aceitos como cidadãos por concessão dos governantes como recompensa por serviços prestados ao Estado. Contudo, sempre se afirmou naquela época que estes artifícios utilizados pelos governos apenas criavam várias espécies de cidadãos, mas os verdadeiros eram somente aqueles que participavam dos cargos públicos e possuíam funções cívicas, sendo considerados intelectuais capazes de decidir sobre assuntos pertinentes ao Estado<sup>9</sup>.

Então, baseando-se no conceito aristotélico, a cidadania pertencia apenas aos indivíduos que detinham os direitos políticos, isto é, governar ou ter o poder de interferir nas decisões de governo por meio das Assembleias Gerais. Certos grupos que não possuíam estes direitos eram destituídos de cidadania, como os escravos, mulheres e artesãos, conforme já dito acima. Cidadão era aquele que possuía participação legal na autoridade deliberativa e na autoridade judiciária, atividades

relacionadas aos regimes democráticos, pois nas oligarquias apenas os ricos poderiam ser eleitos e participar das magistraturas. Já no regime aristocrático, somente os indivíduos de melhor caráter e mérito poderiam ser considerados cidadãos e fazer parte da magistratura. Sendo assim, havia poucos cidadãos nas *póleis* gregas; ser cidadão era privilégio de uma minoria, era garantia de *status* social e não apenas garantia de direitos políticos. É indispensável destacar, que, diante do discurso filosófico de Aristóteles, cidadania estava associada à nacionalidade; neste sentido compreende-se que todo cidadão tinha nacionalidade, mas nem todos que tinham nacionalidade eram cidadãos, isto porque para serem considerados cidadãos e detentores de direitos políticos alguns requisitos deveriam ser preenchidos<sup>9</sup>.

Os romanos tinham um conceito mais ampliado de cidadania e cidadão. Na Roma Antiga era permitido o título de cidadão apenas àqueles em que nela nascessem, residissem, fossem homens livres e tinham direito de votar. Porém, devido às grandes conquistas territoriais ao longo dos anos e principalmente no período pós Guerra dos Aliados que ocorreu no ano 49 a.C , por meio do documento denominado “Édito de Caracala” foi ampliada a cidadania romana para todos os homens livres que viviam em Roma, Itália e cidades próximas pertencentes ao governo romano. Isto favoreceu o aumento do número de inscritos no exército, quando um grande contingente de pessoas se ofereceu para o serviço militar de forma solidária, tornando-os aliados do governo romano, além de aumentar a arrecadação de impostos<sup>10</sup>.

Ao conquistar a cidadania romana o indivíduo passava a ter direito a voto, eleger-se para a magistratura, casar-se e adquirir propriedades, bem como ser credor e vendedor. Poderia, também, participar de cultos religiosos, sacrificar e mover ações judiciais. A perda da cidadania romana acontecia apenas quando um dos genitores fosse estrangeiro ou escravo. Assim, o filho gerado teria a mesma condição do pai ou mãe não romano, os criminosos (condenados a penas graves) não eram considerados cidadãos, perdiam a cidadania, pois deixavam de ser homens livres. Aqueles que viviam nas cidades colonizadas por romanos, por sua vez, não tinham o direito de votar e eram inelegíveis, assim como os peregrinos. Após muitos anos, com as reformas políticas, os romanos concederam aos estrangeiros e aos escravos libertos o título de cidadão, permitindo também sua participação popular nos conselhos e Assembléias, com exceção dos endividados e

pobres que, mesmo sendo considerados cidadãos, permaneciam na ignorância política por não terem acesso à educação, ficando alienados<sup>10</sup>.

### 1.1.2 O processo de cidadania: principais documentos internacionais

É impossível descrever cidadania sem citar alguns documentos elaborados ao longo do tempo e considerados “divisores de águas” fundamentais para a libertação do indivíduo, por meio do reconhecimento de que todos são seres humanos independente da cor, religião, sexo, gênero, nacionalidade, naturalidade e classe social. Este histórico passa pelos pensadores greco-romanos e chega ao Iluminismo de Kant, defensor de direitos fundamentais como a liberdade individual e coletiva de forma harmônica. Kant afirmava que **a educação é que transforma o homem em homem**, e este é fruto da educação que recebeu (Grifo nosso). Segundo ele somente a educação leva o homem a ser racional, disciplinado e dominador dos seus instintos. Dizia, ainda, que o poder somente pertence e pode ser exercido por indivíduos que possuam independência econômica, política e cognitiva<sup>11,12</sup>.

Fruto deste pensamento e de todo o movimento iluminista, em meados do século XVIII ocorreu a Revolução Francesa. Em meio às lutas de classes e mudanças políticas e sociais na sociedade francesa, aconteceu a abolição da servidão e dos direitos feudais, sendo adotado o pensamento de outro iluminista - Jean-Jacques Rousseau - que defendia os princípios universais: **liberdade, igualdade e fraternidade**. Nesta época foi adotada a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão aprovada pela Assembléia Nacional Constituinte da França, em 1789, destacando em seu Art. 1º: *Leshommesnaissent et demeurent libres et égauxendroits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune*<sup>1</sup>(MARCAGGI, 1904 p.1)<sup>13</sup>.

Outro documento fundamental para o reconhecimento do homem como ser possuidor de direitos é a Declaração de Independência dos Estados Unidos da América promulgada em 1776, que considera todos os homens iguais, possuidores

---

<sup>1</sup>Tradução própria da autora: Art.1.º Os homens nascem e são livres e iguais em direitos. As destinações sociais sópodem fundamentar-se na utilidade comum.



de alguns direitos inalienáveis, dentre estes o direito a vida, a liberdade e a felicidade. Em seguida, as guerras mundiais despertaram na comunidade internacional um repúdio pelo descaso e desrespeito aos direitos humanos. Finda a Segunda Guerra, constatou-se uma inquietude em diversos países, no sentido de serem desenvolvidos documentos e tratados preservando e protegendo os direitos humanos na dimensão internacional. Durante as duas referidas guerras os indivíduos foram destituídos de sua cidadania, e conseqüentemente perderam sua condição de cidadãos; como prisioneiros de guerra não possuíam autonomia e direitos enquanto permanecesse esta situação<sup>14</sup>.

Imediatamente após o término da Segunda Guerra Mundial, a recém criada Organização das Nações Unidas (ONU), com representação dos países fundadores, criou e homologou a Declaração Universal dos Direitos do Homem, em 1948, documento tido até hoje como referencial para o campo aqui em estudo.

Posteriormente, outros documentos foram elaborados, como o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ambos adotados 1966 na XXI da Assembléia Geral das Nações Unidas, além do Estatuto de Roma de 1998, que criou o Tribunal Penal Internacional, órgão responsável por julgar indivíduos que cometeram crimes contra a humanidade. É quase impossível não associar cidadania a direitos humanos e justiça social, em que os direitos e deveres de cada pessoa devem ser respeitados, privilegiando a autonomia individual e coletiva<sup>14</sup>.

Com as mudanças no contexto político e social de cada Estado a cidadania passou a ser vista não somente no âmbito político, mas estudada na esfera jurídica e social, partindo dos direitos civis. Em 1949 Marshall, sociólogo britânico, elaborou a primeira teoria sociológica de cidadania em que estabelecia os direitos do cidadão: civis (conquistados no século XVIII), políticos (alcançados no século XIX) e sociais (conquistados no século XX); defendendo o cidadão como participante de uma comunidade política, gozando de plenos direitos civis (liberdades individuais), dos direitos políticos (participação) e dos direitos sociais (trabalho, educação, saúde, moradia)<sup>15</sup>. Como descrito a seguir:

O **elemento civil** (...) difere dos outros porque é o direito de defender e afirmar todos os direitos em termos de igualdade com os outros e pelo devido encaminhamento processual. Isto nos mostra que as instituições mais intimamente associadas com os direitos civis são os tribunais de justiça. Por **elemento político** se deve entender o direito de participar no

exercício do poder político, como um membro de um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo. As instituições correspondentes são o parlamento e conselhos do Governo local. O **elemento social** se refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança, ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. As instituições mais intimamente ligadas com ele são o sistema educacional e os serviços sociais (MARSHALL, 1967 p. 63-6)<sup>15</sup>. (*Grifo nosso*).

Marshall analisou a evolução da cidadania em sua obra intitulada "Cidadania e Classe Social" publicada em 1950, partindo do princípio que a cidadania é dinâmica e não estática, que evolui de acordo com a evolução de uma organização ou Estado. Ele segue uma sequência lógica que está interligada e fortalecida por meio da democratização, sendo iniciada pela **cidadania civil** (igualdade perante a lei, direito ao trabalho, à fé, à propriedade e de movimentar-se), seguida pela **cidadania política** (conquistada por meio de lutas trabalhistas e de classes sociais, tendo como consequência o sufrágio universal, permitindo o direito do voto aos trabalhadores e mulheres) e finalmente pela **cidadania social** (assegurada pelo Estado e representada pelo direito de viver em segurança e bem estar de acordo com as normas da sociedade) esclarecendo que a cidadania social não anula a individual. Conceitua Cidadania como sendo um *status* (prestígio) pertencente a todos os membros de uma determinada comunidade, compartilhando dos mesmos direitos, deveres, obrigações e proteção de uma lei comum<sup>16</sup>.

Afirmava ainda o autor que, se todos os cidadãos são iguais perante a lei, tendo o direito de votar e ser votado, **deveriam ser bem informados sobre seus direitos para poderem usufruir de seus direitos civis, políticos e sociais**, responsabilizando o Estado de oferecer educação e condições de vida favoráveis a um bom desenvolvimento intelectual, pois um indivíduo desprovido de educação não tem como fazer escolhas e exercer seus direitos, deixando assim de desempenhar seu papel como cidadão. Para ele, a cidadania moderna nasce das lutas, em seguida alcança o prazer, liberdade e chega até a lealdade do bem comum. A cidadania conceituada por Marshall era constituída por um tripé, em que os três elementos eram interdependentes. Não existem direitos políticos sem direitos civis e sociais; assim como os direitos sociais partem dos direitos civis e políticos, a participação do cidadão constrói uma sociedade democrática<sup>16</sup>.

A ordem do nascimento destes três elementos em um Estado, não define um modelo único, mas é obrigatória e essencial para a existência deles de forma conjunta, caso contrário não se pode determinar um Estado democrático<sup>17</sup>. Neste sentido, Fleury e Ouverney<sup>18</sup> (p.2) afirmam que “a cidadania é a dimensão pública dos indivíduos, vistos como autônomos, isolados e competitivos na dimensão privada, mas integrados e cooperativos na comunidade política”. Na mesma linha de pensamento Habermas<sup>19</sup> afirma que é impossível exercer a cidadania na ausência de liberdade, porém a liberdade somente existe em uma democracia que permite a participação política de todos os cidadãos.

Esta visão moderna é completamente diversa daquela defendida nos conceitos de Aristóteles que acreditava que o Estado não deveria permitir a participação dos simples mortais na administração, isto é, que participassem da magistratura, pois este posto estava reservado aos que detinham a sabedoria e somente os cidadãos legítimos tinham seus direitos garantidos. Com uma visão de cidadania como sendo uma condição social, Rivas (*apud* Baltodano)<sup>20</sup> parte do princípio que para ser cidadão o indivíduo deve ter participação ativa na comunidade em todos os aspectos: econômico, político, cultural e social.

No mundo contemporâneo, este conceito está sendo ampliado gradativamente por se entender que a cidadania é conquistada no cotidiano das pessoas, considerada um bem de valor individual e intransferível, definida como “exercício pleno dos direitos políticos, civis e sociais, culminando em uma liberdade completa que associa igualdade e participação na sociedade de forma intangível”, sendo que esta liberdade completa não é perfeita por ser a sociedade detentora de imperfeições (CARVALHO, 2002 pp. 9-10)<sup>8</sup>. Ainda segundo Carvalho<sup>21</sup> a teoria de Marshall sugere que a cidadania é um fenômeno histórico que vem sendo construído ao longo do tempo até chegar ao objetivo final que seria a cidadania plena, mas que não se aplica a todos os países por ser um processo histórico com especificidades de cada Estado.

Outras fontes apresentam o conceito de cidadania como sendo “a condição de cidadão”, e entende-se por cidadão “o indivíduo no gozo dos direitos civis e políticos de um Estado”<sup>22</sup>(p.120). Este conceito permanece até os dias de hoje, não tendo sido alterado nos dicionários da língua portuguesa com publicações mais recentes disponíveis no Brasil. Contudo, Sousa e Loureiro<sup>23</sup> afirmam que cidadania é o direito a ter direitos, e exercer cidadania significa o dever de lutar por estes

direitos, mas que somente isto não basta, é primordial que a cidadania também represente a necessidade de reconhecimento de novos direitos. Pinsky e Pinsky<sup>24</sup> reconhecem que conceituar cidadania é algo complexo, porém afirmam que ser cidadão é ter direito à vida, à propriedade, à igualdade, isto é ter direitos civis, porém não se abstendo dos direitos políticos.

Nunca se falou tanto sobre cidadania em nossa sociedade como nas últimas décadas, à procura por respeito, direitos sociais, políticos, uma vida saudável e principalmente por valorização do ser humano. A busca por princípios e valores éticos como equidade, igualdade e solidariedade por parte dos indivíduos tem contribuído para que ocorram mudanças e desenvolvimento de políticas públicas que valorizem a educação voltada à formação de cidadãos e à promoção da saúde, o respeito às individualidades e a proteção do meio ambiente. A cidadania é exercida quando o Estado, a sociedade e a família participam em conjunto, onde cada participante cumpra seu papel de forma a valorizar os direitos e deveres de cada um. Na visão de Marshall<sup>15</sup> a cidadania no século XIX pouco evoluiu para minimizar as desigualdades sociais, porém, criou condições para uma discussão e criação de políticas que exigissem direitos iguais a todos os participantes de uma sociedade no século XX.

### **1.1.3 A cidadania no Brasil**

Reportando a reflexão à realidade brasileira desde a época da colonização e escravidão é interessante realizar um breve estudo retrospectivo sobre a evolução da transformação do indivíduo em cidadão. Este tema é central para se entender melhor a história do processo de cidadania no Brasil. Além desse aspecto, é necessário observar o significado de “coisificar” e como isto impede a formação do cidadão, visto que uma “coisa” teoricamente não pensa, não sente, nem se manifesta, apenas aceita a interferência dos outros de forma passiva como acontecia com os escravos e outros indivíduos considerados não cidadãos.

De acordo com Mattos<sup>25</sup> no Brasil colônia a condição jurídica dos escravos seguia o direito romano: aquele que nascesse do ventre escravo era escravo. Vistos como coisas, poderiam ser vendidos, trocados, deixados de herança pelos seus senhores como outros bens. Por esta condição de “coisa” não eram sequer aceitos

como testemunhas em processos judiciais. O Estado mantinha a dominação dos escravos por meio da destituição de todos os direitos e por tentar desumanizá-los na tentativa de convencê-los que eram seres incapazes de refletir e contestar qualquer argumento de seus senhores.

Esta situação permaneceu por longos anos, até a promulgação das primeiras Cartas Constitucionais que lentamente foram modificando o quadro, chegando, por fim, a reconhecer a todos como cidadãos já no século XX. Todo este processo iniciou com a primeira Constituição Brasileira - denominada na época de Constituição do Império - outorgada em 1824 e que manteve em suas escritas a escravatura, especificamente o Artigo 6º, não contemplando os escravos como cidadãos brasileiros, deixando-os alijados da vida social, pública ou política. Pela primeira vez os direitos e deveres dos cidadãos brasileiros estavam definidos e legitimados, conforme descritos em seus artigos 91 e 92. Somente os indivíduos considerados cidadãos brasileiros é que participavam da vida política<sup>26</sup>.

Em 1826, o Brasil e Inglaterra ratificaram um tratado sobre tráfico de escravos ocorrido em 1825 extinguindo este comércio. Desde então todos os escravos que adentrassem no território brasileiro seriam livres, embora muitos escravagistas tivessem continuado a traficar escravos clandestinamente. Em 1831 foi declarado no Brasil que todos os escravos importados da África eram livres, exceto os pertencentes a serviços de embarcações de países onde a escravidão ainda era permitida; aqueles que fugiam do território ou embarcação estrangeira eram devolvidos aos seus reclamantes e reexportados para fora do Brasil<sup>25</sup>.

Também em 1831 foi revogada a escravidão indígena no Brasil. Mais adiante, frente a inúmeros movimentos abolicionistas apoiados por grande parte da população, foi sancionada em 13 de maio de 1888 a Lei Áurea, que extinguiu a escravidão no Brasil, tendo sido precedida pela Lei do Ventre Livre e pela Lei dos Sexagenários<sup>25</sup>. A Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891<sup>27</sup> somente considerava cidadãos aqueles indivíduos que se encaixavam em determinados quesitos, conforme descrito em seus artigos 69 e 70.

Diferentemente da Constituição de 1891, a Constituição de 1934 estabelecia o voto universal, não-obrigatório e não-secreto; porém continuaram excluídos das eleições os menores de 21 anos, as mulheres, os analfabetos, os soldados e religiosos. Em 1937 uma nova constituição foi promulgada sob o regime ditatorial de Getúlio Vargas, na qual os direitos políticos dos cidadãos foram suprimidos.

Somente o presidente tinha autonomia para nomear governadores e prefeitos (forma indireta de eleger os governantes), Nesta ocasião foi também aprovada a pena de morte e foram suspensas as imunidades parlamentares, além de definida a prisão e exílio de opositores<sup>23, 24, 25</sup>.

Esta situação permaneceu até final de 1945. Em 1946, uma nova constituição foi promulgada, resgatando os direitos individuais, abolindo a pena de morte, extinguindo a censura e aprovando as eleições diretas. Com isso os estados, municípios e os três poderes obtiveram novamente a autonomia e independência. O voto tornou-se obrigatório, universal, porém os analfabetos, os soldados, religiosos e menores de 18 anos ainda permaneceram excluídos, não podendo exercer este ato<sup>28, 29, 30</sup>.

O Judiciário brasileiro - instituição aqui interpretada como sendo um instrumento legal responsável por manter o equilíbrio dos interesses individuais e coletivos - conceituou também a cidadania como condição do morador de uma determinada cidade ou país, isto é, onde o indivíduo mantém residência. Esta interpretação é diferente da **cidadania natural**, na qual o indivíduo foi concebido naquele território, podendo assim participar sem restrições da vida política por ser brasileiro nato. A **cidadania legal**, portanto, é aquela em que indivíduos nascidos em território estrangeiro, mas que fixaram residência no Brasil e se naturalizaram, também possuem direitos políticos, mesmo que limitados para algumas funções e cargos públicos<sup>31</sup>.

Analisando a palavra cidadania neste contexto, observa-se que o conceito se limita apenas ao exercício dos direitos políticos, isto é, votar e ser votado, reportando de certo modo aos conceitos aristotélicos. Tal visão jurídica limitava o uso da palavra de maneira a excluir muitos indivíduos que, apesar de serem brasileiros natos, de residirem em cidades do território nacional e de cumprirem com deveres e responsabilidade civis e sociais, não poderiam ser considerados cidadãos por não terem direito ao voto e serem inelegíveis, como por exemplo, os analfabetos. Esta situação permaneceu desde o Brasil colônia até meados de 1985 quando foi promulgada a Emenda Constitucional nº 25, de 15 de maio de 1985, regulamentada pela Lei 7.332, de 1º de junho de 1985 em seu art. 18 que concedeu o direito (facultativo) aos analfabetos de votar, continuando estes, porém, na posição de inelegíveis até os dias de hoje<sup>32</sup>.

Este tema tem gerado polêmicas, pois existem linhas de pensamento que defendem a anulação do voto dos analfabetos, por considerá-los como indivíduos hipossuficientes para assimilar a complexidade da vida política. Já os que defendem a manutenção do voto do analfabeto consideram que mesmo sem saber ler e escrever, estes indivíduos não estão alheios à vida social, política e econômica do país, sendo capazes de pensar e discernir sobre fatos ocorridos em suas comunidades. Isto significa exercício real de cidadania; conseqüentemente, nesta linha de ideias, estes indivíduos tornam-se cidadãos com direitos e deveres sociais e políticos<sup>33</sup>.

Um dos maiores defensores do direito de votar do analfabeto foi o então ministro do Tribunal Superior Eleitoral Walter Costa Porto (mandato de 1996 a 2001)<sup>2</sup> que em uma de suas obras “Dicionário do Voto”, publicada no ano 2000, explicou de forma clara e objetiva que o indivíduo analfabeto do mundo contemporâneo possui acesso a inúmeras informações por meios sofisticados de comunicações de massa, as quais em décadas passadas eram inacessíveis. Ponderou ainda o referido autor que este indivíduo tem capacidade de assimilar, dentro de suas limitações intelectuais, o contexto em que vive, tornando-se assim, um cidadão ativo <sup>33</sup>.

A cidadania segundo Resende Filho e Câmara Neto<sup>34</sup> não é nada mais que direito adquirido por meio de reivindicações das classes menos favorecidas ao longo de vários séculos. Ela não deixa de ser, portanto, uma construção diária que possibilita ao indivíduo usufruir da vida social e ter uma visão crítica desta, sendo que a educação é fundamental para dar vida ao cidadão e modificar comportamentos de uma sociedade, de forma a homogeneizar pensamentos e direitos. Como sempre enfatizou Rousseau<sup>35</sup> sobre a importância de educar as crianças, desta forma estas se tornariam autônomas e ajudariam a construir uma sociedade igualitária.

Somente por meio do processo de redemocratização do Brasil, decorrente de manifestações da sociedade sobre a real função do Estado, que em outubro de 1988 foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil que retomou o pleno Estado de Direito Democrático pós-regime militar, restabelecendo e fortalecendo os direitos individuais e coletivos, bem como as liberdades públicas. À

---

<sup>2</sup>Professor da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília.

época o então deputado Ulisses Guimarães batizou-a de Constituição Cidadã por abordar e garantir direitos fundamentais individuais e coletivos, protegendo a família, a criança, o adolescente, o idoso, a mulher, o índio, o meio ambiente com sua diversidade e recursos naturais, o patrimônio genético do bioma brasileiro, além de abranger temas de cunho econômico como política urbana, agrícola, reforma agrária e outros.

A Carta Constitucional de 1988 é considerada avançada apesar de já ter recebido diversas emendas constitucionais para que se alcançasse a concretização de suas cláusulas pétreas, destacando o direito do voto aos analfabetos e maiores de 16 anos, eleições diretas, universal, obrigatória e secreta. A referida Carta Magna considera que:

**Art. 12. São brasileiros: I - natos:** a) os nascidos na República Federativa do Brasil, ainda que de pais estrangeiros, desde que estes não estejam a serviço de seu país; b) os nascidos no estrangeiro, de pai brasileiro ou mãe brasileira, desde que qualquer deles esteja a serviço da República Federativa do Brasil; c) os nascidos no estrangeiro de pai brasileiro ou de mãe brasileira, desde que sejam registrados em repartição brasileira competente ou venham a residir na República Federativa do Brasil e optem, em qualquer tempo, depois de atingida a maioridade, pela nacionalidade brasileira; **II - naturalizados:** a) os que, na forma da lei, adquiram a nacionalidade brasileira, exigidas aos originários de países de língua portuguesa apenas residência por um ano ininterrupto e idoneidade moral; b) os estrangeiros de qualquer nacionalidade, residentes na República Federativa do Brasil há mais de quinze anos ininterruptos e sem condenação penal, desde que requeiram a nacionalidade brasileira. § 1º Aos portugueses com residência permanente no País, se houver reciprocidade em favor de brasileiros, serão atribuídos os direitos inerentes ao brasileiro, salvo os casos previstos nesta Constituição (BRASIL, 1988)<sup>36</sup>.

Observa-se que ao contrário das anteriores, a Constituição de 1988 quando se refere à nacionalidade usa apenas a palavra “brasileiro” e não “cidadão brasileiro”, porém não restringe a efetividade dos direitos fundamentais, sendo a palavra “cidadania” citada no início do documento:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I - a soberania; II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana; (...) (BRASIL, 1988)<sup>36</sup>.

Sendo tema central no presente trabalho o enfoque à saúde na vida do cidadão brasileiro, é essencial destacar na Constituição Cidadã o direito à saúde para todos os cidadãos por força de vários artigos, diferentemente das constituições



anteriores que praticamente não abordavam o tema da saúde como direito das pessoas, do cidadão. O artigo 6º da Carta de 1988 afirma explicitamente o seguinte:

**Art. 6º** São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988)<sup>36</sup>.

Este direito assegurado protege universalmente o cidadão em qualquer situação em que a saúde individual ou coletiva necessite de atenção<sup>37</sup>. Conforme descrito nos artigos a seguir da Carta Magna de 1988:

**Art.196** - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

**Art.198** - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: **I** - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; **II**- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; **III** - participação da comunidade.(BRASIL, 1988)<sup>36</sup>.

A Constituição brasileira afirma ainda ser a saúde um direito de todas as pessoas, tendo criado também o Sistema Único de Saúde (SUS). É indispensável registrar, ainda, que este documento definiu a criação de leis que passaram a regular as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente em todo território nacional. Uma destas leis é a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que reafirmou em seus artigos 2º e 3º que a saúde é dever do Estado, não excluindo o dever do cidadão e da sociedade, além dos artigos 4º e 5º, que definem o SUS, seus objetivos e atribuições<sup>38</sup>. Outra lei importante para a construção e exercício pleno da cidadania é a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que permitiu a participação da comunidade na gestão do SUS por meio dos Conselhos de Saúde<sup>39</sup>.

#### **1.1.4 A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) fortalecendo o direito do cidadão brasileiro**

Pretende-se com este tópico apresentar uma resenha sobre a trajetória da saúde no Brasil até a criação do SUS, trajetória esta considerada árdua, que em seu percurso e durante todo o processo de construção evidenciou agudas divergências

no campo político, tecnológico, social, cultural e religioso. As mudanças na saúde brasileira sempre foram impulsionadas por movimentos sociais e pelo desenvolvimento de políticas públicas direcionadas as classes minoritárias, mas sempre de forma paternalista, tendo como pano de fundo a caridade.

No início, no Brasil colônia, inexistia um sistema de saúde. Os índios utilizavam ervas e rituais com fogo, fumaça e cantos para se protegerem das enfermidades. Os colonizadores, fazendeiros e viajantes consultavam os boticários e o restante da população ficava sem nenhuma atenção, exceto quando conseguiam assistência religiosa. Somente quando a família real portuguesa veio para o Brasil é que foram criadas as primeiras escolas de medicina, uma no Rio de Janeiro e outra em Salvador. No início do século XIX houve a implantação das primeiras medidas sanitárias demandadas pelo crescimento populacional nas cidades devido ao processo de industrialização, o qual desencadeou um quadro de desigualdade social, desemprego e epidemias<sup>40</sup>.

Nesta época somente os que podiam pagar tinham atendimento médico. Outra alternativa era as instituições de caridade sustentadas pela igreja e por doações, até então sem a participação do Estado. A maioria da população vivia em condições desumanas, o que favorecia o aparecimento e proliferação de doenças contagiosas, principalmente por não haver saneamento básico. Foi então que o presidente Rodrigues Alves nomeou o sanitarista Oswaldo Cruz para elaborar uma ação e exterminar com a peste e outras doenças que assolavam a cidade do Rio de Janeiro<sup>41</sup>.

A ação desenvolvida em conjunto com a polícia foi realizada de maneira bastante arbitrária: os cidadãos não eram informados sobre as decisões do Estado; eram apenas obrigados a acatar as ordens. Nasceu então um movimento denominado Revolta da Vacina. A população não aceitava que a vacinação fosse obrigatória, determinada pela Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que permitia que suas casas fossem invadidas pela polícia, seus móveis queimados em plena praça e seus imóveis (os casarões e cortiços) fossem demolidos por suspeita de abrigarem roedores causadores da peste<sup>41</sup>.

Oswaldo Cruz, apesar do inegável mérito de ter iniciado no país o processo de conscientização sobre a importância das imunizações, acabou afastado e seu sucessor Carlos Justiniano RibeiroChagas assumiu com o objetivo de manter a ação sanitária, na visão campanhista, aprimorada **com a inclusão da educação**

**sanitária da população de forma contínua sobre as medidas preventivas.** Esta ação apesar de causar desconforto aos cidadãos teve êxito no controle de determinadas doenças, entre elas a febre amarela. Criou instituições para combate específico de determinadas doenças, investiu em saneamento básico, assistência hospitalar e também criou a Escola Anna Nery, no Rio de Janeiro, sendo estas ações ampliadas para outros estados. Permaneceu o modelo campanhista até início dos anos 1960 quando as doenças na área urbana já estavam sob controle e era necessário o modelo se dirigir para o campo, recebendo o novo nome de Superintendências de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM - decorrente da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais, da Campanha de Erradicação da Malária e da Campanha de Erradicação da Varíola. Posteriormente este complexo passou a fazer parte da Fundação Nacional de Saúde<sup>40</sup>.

A saúde no Brasil permaneceu quase que inalterada até 1923 quando nova situação aconteceu em consequência de greves, manifestações por melhores condições de trabalho e por direitos trabalhistas por parte dos imigrantes europeus e outros trabalhadores das indústrias que não tinham quaisquer direitos como férias, pensão, aposentadoria, jornada de trabalho definida e assistência médica. Surgiu então o Decreto nº 4.682 - de 24 de janeiro de 1923 que projetou a Lei Eloy Chaves responsável pela criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) instituição mantida pelas empresas, especificamente ferroviárias, e que tinha a responsabilidade de prestar assistência aos operários e seus familiares, conforme descrito no art. 9º e 10 da referida lei<sup>42</sup>.

O Estado não tinha participação nas CAP e estas somente eram direcionadas aos trabalhadores urbanos. A Lei Eloy Chaves determinou o nascimento da Previdência Social no Brasil. Em 1930, na era Vargas, foi criado o Ministério da Educação e Saúde, ocorrendo mudanças nas CAP que passaram a se chamar Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) e serem administradas pelos sindicatos, incluindo a classe marítima. Os trabalhadores urbanos somente foram incluídos em 1960 com a criação do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural(FUNRURAL). Em 1934 a União por meio da nova Constituição passou a contribuir, de acordo com o artigo 121 da referida Lei e a participar das leis trabalhistas<sup>42</sup>.

Nesta época, entre os anos de 1940 a 1964, o Ministério da Educação e Saúde priorizava mais a educação que a saúde. No início dos anos 60 aconteceu a

unificação dos IAP e a criação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) criando-se assim um regime único em que todos os trabalhadores tinham direitos e deveres legais regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Contudo, permaneciam excluídos os trabalhadores rurais, domésticos e funcionários públicos. Neste íterim foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio<sup>43,44</sup>.

Em 1967, outra mudança foi anunciada: os IAP foram substituídos pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) ampliando a demanda no serviço de saúde, o que fez com que o Estado estabelecesse convênios com o serviço privado para atender os beneficiários. Diante de um sistema complexo que necessitava de ampliação administrativa, econômica e estrutural dos hospitais, foi criado em 1978 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Com o aumento da demanda, a rede privada se beneficiou, aumentando assim o número de leitos e atendimentos, o que reforçou a prática da medicina curativa. Poucos investimentos foram feitos com objetivos de prevenção e ações sanitárias, exceto pela criação da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM) que tinha como objetivo executar atividades de controlar e erradicar endemias, dentre elas a malária<sup>43, 44</sup>.

Um modelo médico baseado na medicina curativa, que permitia grandes lucros para a iniciativa privada, porém subsidiada durante quinze anos com recursos públicos, nunca iria concordar com mudanças nas políticas públicas de saúde, uma vez que a reformulação traria prejuízo à iniciativa privada. Somente a crise econômica do país fez com que a atenção médico-privatista direcionasse sua atenção para as classes que poderiam pagar pelo serviço, isto é, classe média e alta, criando assim a saúde suplementar, sustentada pelo pagamento de mensalidades para garantir o atendimento de forma contínua. Nessa situação, porém, o beneficiário não tinha cobertura total. Os que possuíam determinadas doenças eram excluídos e todos os que aderiam ao novo sistema tinham um tempo de carência, não cobertura, e somente poderiam iniciar o uso do sistema depois de cumprido este tempo. Isto acontece até os dias de hoje por meio dos convênios, associações, cooperativas e seguradoras de auto-gestão<sup>45</sup>.

O Ministério da Saúde era praticamente um órgão burocrático, mesmo já desvinculado do Ministério da Educação, não possuindo autonomia financeira. Poucos recursos eram repassados pelo governo, o que quase inviabilizava projetos em saúde pública. Enquanto isto a medicina curativa crescia cada vez mais por ser

sustentada pelo Ministério da Previdência. Neste contexto, em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde com finalidade de atuar de forma sistemática na área de saúde pública e privada, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e recuperação. No ano seguinte iniciou-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), responsável por expandir o atendimento ambulatorial em todo o território brasileiro<sup>46</sup>.

Ainda em 1975 houve uma crise econômica internacional que desestruturou a economia brasileira, levando o pobre a ficar mais pobre e rico a ficar mais rico, tendo como pano de fundo o aumento do desemprego, violência, mortes infantis e graves problemas sociais. Uma das consequências deste cenário foi o processo de decadência do modelo previdenciário que valorizava a medicina curativa centrada na atenção hospitalar. A crise econômica trouxe uma queda na arrecadação previdenciária. Com o desemprego aumentou o número de excluídos do sistema de saúde que não conseguia atender a demanda. Verbas da saúde foram desviadas para outros setores e não existia repasse dos recursos da união<sup>46,47</sup>.

Diante da crise, em uma tentativa de minimizar os danos na saúde e na previdência, em 1981 o governo criou o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), órgão interligado ao INAMPS, em que técnicos do movimento sanitário foram inseridos para fiscalizar as contas do governo e dos prestadores de serviços no intuito de combater as fraudes no sistema, além de buscar uma mudança e valorização da medicina preventiva ao invés da curativa. Com esta decisão o governo recebeu críticas por parte dos empresários “donos de hospitais” e também de muitos parlamentares que boicotaram o CONASP, deixando este projeto enfraquecido. Um novo modelo que incorporava a saúde, educação e previdência foi lançado em 1983 para amenizar este quadro e beneficiar o setor público e privado; este novo plano consistia em integrar a medicina curativa e preventiva, além da educação nas ações no campo da saúde, denominado Ações Integradas de Saúde (AIS)<sup>46, 47</sup>.

Em 1985, com a queda do regime militar que durava desde 1964, a democracia foi reconquistada por meio do movimento “Diretas Já” e outros movimentos sociais, exigindo mudanças em todos os setores, inclusive na saúde. Aconteceu, então, eleição para a presidência da república, e em decorrência destas mudanças, veio a criação de órgãos que passaram a permitir participação social como o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o

Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), culminando na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 quando foi lançado o alicerce da reforma sanitária e a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS). Neste mesmo ano a Assembléia Nacional Constituinte promulgou a Constituição de 1988, que entre seus inúmeros e importantes artigos criou e definiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e suas diretrizes, especificamente no Artigo 198<sup>46,47,36</sup>.

Com a criação do SUS o país declarou que todos os indivíduos são cidadãos e possuem direitos fundamentais, valorizando a saúde como um bem intangível. Este modelo de assistência à saúde prioriza a atenção e o bem-estar de toda a população, diferente do modelo anterior mantido pelo regime militar. Houve um resgate da cidadania, o cidadão passou a ter direito a voz, e os excluídos foram incluídos como cidadãos que podiam utilizar o sistema de saúde, como os trabalhadores rurais e os demais negligenciados até então pelo Estado, considerados em tempos anteriores cidadãos de segunda classe que dependiam de hospitais filantrópicos.

Como afirma Fleury<sup>48</sup> o indivíduo passou então a ter uma **cidadania universal**, todos os participantes desta comunidade passaram a ter direitos sociais, independente de estarem inseridos ou não no mercado de trabalho, com exceção apenas dos estrangeiros. Isso era diferente dos modelos anteriores nos quais ser cidadão estava condicionado a estar inserido no mercado, como explica Santos (*apud* Fleury)<sup>49</sup>, o que lhe proporcionava apenas uma **cidadania regulada**, havia uma condição para ser cidadão: estar inserido no mercado formal de trabalho. O novo modelo formalizou de maneira contratual a relação entre cidadão e Estado, garantindo assim os direitos jurídicos. Fleury<sup>50</sup> relata que antes, porém, os excluídos do mercado não tinham proteção social, exceto quando recebiam caridade de instituições públicas ou privadas, como os pobres e indigentes, considerados pela sociedade indivíduos que possuíam uma **cidadania invertida**, faziam parte da sociedade, porém não tinham uma relação formal de direitos com o Estado, considerados assim não-cidadãos.

Com a Constituição de 1988 o novo modelo incluiu a saúde, a previdência e a assistência social em um conjunto de direitos sociais assegurando e garantindo a proteção e bem-estar do cidadão, por meio de políticas sociais e econômicas. Os menos privilegiados ainda eram tratados de forma desigual, entendendo que

desigualdade em saúde significava distribuição desigual de bens e serviços, diferenças nas ofertas de serviços nos níveis de saúde entre grupos socioeconômicos distintos, desigualdades ambientais e demográficas. Como afirma Sagar (*apud* Duarte *et al*, p.20)<sup>51</sup> “parece ser lógico que os pobres sejam menos saudáveis que os mais ricos, e que o ambiente físico seja decorrente do ambiente social”. O que corrobora com a defesa de Telles <sup>52</sup>:

No horizonte da cidadania, a questão social se redefine e o “pobre”, a rigor, deixa de existir. Sob o risco do exagero, diria que pobreza e cidadania são categorias antinômicas. Radicalizando o argumento, diria que, na ótica da cidadania, pobre e pobreza não existem. O que existe isso sim são indivíduos e grupos sociais em situações particulares de denegação de direitos. (TELLES, 2001 p. 51) <sup>52</sup>.

Esta situação se faz presente principalmente em um país que apresenta uma composição social complexa na qual o exercício da cidadania se torna um obstáculo em função da pobreza. Para que todos sejam iguais independentes da classe social, devem-se respeitar dois princípios essenciais: o princípio da **Igualdade**, pelo qual todos os cidadãos possuem os mesmos direitos e podem invocá-los a qualquer momento, representado no SUS pelo acesso universal e igualitário aos serviços oferecidos, livres de preconceitos e privilégios, de forma gratuita; e o princípio da **Equidade**, entendida como respeito às diferenças, oferta e acesso iguais de serviços para iguais necessidades, o que significa uma discriminação positiva. Mesmo diante da existência destes princípios, ainda existe um abismo entre o legal e o real no quesito acesso à saúde pública no Brasil, pelo não cumprimento destes preceitos.

Certamente existem fatos positivos com a criação do SUS como o acesso universal, a criação e melhoramento de programas de saúde para crianças, adolescentes, mulheres, idosos, índios e portadores de necessidades especiais, além do programa dos agentes comunitários de saúde, campanhas contra o preconceito da hanseníase e tuberculose, a erradicação da poliomielite, discussões estas desenvolvidas em todas as Conferências Nacionais de Saúde até hoje realizadas. Também a criação do Programa Saúde da Família (hoje denominado Estratégia Saúde da Família), distribuição gratuita de medicamentos para Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a criação do Sistema Nacional de Transplantes, o Programa de Atenção Domiciliar, as

criações das Agências Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Agência Nacional de Saúde (ANS), o projeto de medicamentos genéricos<sup>53</sup>.

Neste contexto ainda devem ser lembrados, o Programa de Combate a Dengue, a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e do Programa De Volta para Casa, a redução do número de leitos psiquiátricos, o Programa Anti-tabagismo, o Humaniza-SUS, o Programa Brasil Sorridente, o Programa Farmácia Popular do Brasil, o Pacto pela Saúde, entre outros inúmeros programas, destacando ainda a Carta dos Direitos do Usuários da Saúde como principal ferramenta para a educação e empoderamento do indivíduo<sup>53</sup>.

O exercício da cidadania deve ocorrer de forma contínua, seguindo os direitos, a moral, a ética, os interesses individuais e coletivos, favorecendo a anulação do desrespeito, do preconceito e de qualquer tipo de discriminação. A cidadania em um Estado democrático deve ainda respeitar a pluralidade e cada indivíduo tem direito de ser autônomo, ser senhor do exercício da cidadania, ter o poder de expressar o conjunto de direitos e deveres em sua sociedade. Esta visão de cidadania de forma ampliada está muito além do conceito restrito e singular percebido e estudada por Aristóteles, como apenas um direito político<sup>54</sup>.

A democracia valoriza e respeita a dignidade do homem, reconhece a igualdade, rejeita a discriminação, estimula o desenvolvimento para o bem comum, aceita a participação de todos os grupos pluralistas que compõe a comunidade por meio de discussões pacíficas e livres, age de forma solidária com os grupos menos favorecidos e vulneráveis<sup>54</sup>. O princípio da igualdade está embutido no conceito de cidadania, pois todos devem estar em igualdade de direitos perante o Estado para ser considerados cidadãos<sup>54, 55</sup>.

Cabe aqui validar que o cidadão tem direito a participar e decidir sobre as tomadas de decisões que estão diretamente ligadas à sua vida privada ou direcionada à sociedade em geral. Trazendo esta discussão para o campo da saúde, vale aqui validar que é um dos direitos fundamentais - saúde - reconhecido juridicamente e conceituado pela Organização Mundial de Saúde em 1946 não somente como ausência de doença, mas o completo bem-estar físico, mental e social. Atualmente este conceito não contempla todos os indivíduos de uma sociedade por não avaliar a relação homem-ambiente que determina a qualidade de vida e influencia no conceito saúde. Para se alcançar a qualidade de vida, Kolotkin<sup>56</sup> afirma que o indivíduo deve ter a percepção sobre sua posição na vida, no contexto



da cultura, nos sistemas de valores que adota e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Então, diante do exposto, é necessário que o conceito de saúde seja ampliado de forma a visualizar o indivíduo não apenas como sistema biológico, mas reconhecer que os contextos social, econômico, cultural e ambiental influenciam em sua saúde como um todo. Reconhecer também que este indivíduo tem direito de decidir sobre sua vida e principalmente sobre sua saúde e bem-estar, tendo o princípio da autonomia como base para refletir e escolher entre as alternativas, o caminho que queira percorrer. A autonomia é uma das características do cidadão, e tem o significado desse cidadão ter o poder de decisão diante das pluralidades que a vida lhe oferece, baseando-se nas crenças, nos valores, na ética. A palavra autonomia, no conceito de Schramm<sup>57</sup> significa o sujeito que possui autodeterminação, está qualificado para decidir sobre sua vida, desde que em condições cognitivas e moralmente consideradas normais.

### **1.1.5 Acesso à saúde, cidadania e bioética**

A bioética criada por Potter<sup>58</sup> buscou integrar várias disciplinas no âmbito da saúde e do meio ambiente, integrado a medicina, biologia e ecologia, entre outras, dentro de uma filosofia única e tendo como objetivo primordial o estudo da ética da vida humana a partir da relação homem e ambiente. Em seu livro *Bioética: Ponte para o Futuro*, afirmou que a bioética é a única solução para que haja diálogo entre a ciência e a ética, sendo assim uma ponte que liga as várias culturas que no passado não se comunicavam; com a criação desta nova disciplina, passa a existir uma possibilidade de se construir outros conceitos e novos caminhos, o que leva à interpretação da bioética como um meio e não como um fim. Kottow<sup>59</sup> (p. 53) define a Bioética como “o conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e justificam eticamente os atos humanos que podem ter efeitos irreversíveis sobre os fenômenos vitais”. Para Singer<sup>60</sup> a bioética pode ser denominada de ética aplicada, pois tenta resolver conflitos morais e éticos no âmbito das biociências.

Contudo, com o passar dos anos, a bioética passou a ser vista e utilizada por outras disciplinas fora do campo saúde e ambiente, sendo interpretada e conceituada por outras ciências aumentando assim o seu campo de ação e ampliando o exercício do conhecimento em prol da proteção dos seres humanos e

do meio ambiente em um sentido mais amplo. Diante destas mudanças conceituais, o conceito da bioética especificamente comprometida apenas com o homem e o meio ambiente, passou a ser cognominado de Bioética Global que abrange as biociências, não sendo uma ciência, mas uma disciplina autônoma e interdisciplinar que visa preservar a dignidade, os valores morais e éticos do comportamento humano e proteger as várias formas de vida de ações danosas provenientes dos avanços das biociências e biotecnologias. Isto pode ser confirmado nas próprias palavras de Potter<sup>58</sup> (p. 2): “Eu proponho o termo Bioética como forma de enfatizar os dois componentes mais importantes para se atingir uma nova sabedoria, que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos”.

A bioética brasileira hoje consolidada surgiu tardiamente no país, tendo como fatores impulsores algumas mudanças ocorridas no campo da política como: o regime militar, a reforma sanitária e própria criação do SUS. Sofreu, portanto, adaptações e influências destes acontecimentos, o que permitiu a introdução - na sua base de sustentação conceitual e prática - de discussões de temas como universalização do acesso aos serviços de saúde, a relação entre saúde e doença e seus determinantes e condicionantes, a qualidade de vida da população, o acesso a medicamentos, as condições sócio-econômicas, equidade, igualdade, vulnerabilidade, humanização, entre outros<sup>61</sup>.

Assim, para se chegar a uma bioética brasileira houve inicialmente uma desconstrução da bioética principialista, além de uma ampliação de focos e reflexões relacionados ao campo social, deixando de focar somente em questões de pesquisas científicas e desenvolvimento tecnológico. Surgiram então diversas propostas específicas de enfrentamento das questões sanitárias e sociais no contexto da bioética brasileira. Entre estas, podem ser especialmente mencionadas: a **bioética de proteção**, que atribui ao Estado a obrigação de proteger os grupos vulneráveis; assim bem como a **bioética da teologia da libertação**, que objetiva um diálogo entre os sujeitos sociais permitindo o surgimento de novos caminhos e a busca democrática da cidadania; e a **bioética de intervenção**, mais direta e enérgica, de fundamento utilitarista e consequencialista, que defende que as decisões mais justas são aquelas que beneficiam o maior número de pessoas em um maior espaço de tempo, e que resultam nas melhores consequências, não desvinculando o indivíduo do coletivo, pois afirma que o corpo individual (físico) está obrigatoriamente ligado ao corpo social<sup>61</sup>.

A discussão sobre cidadania tem uma longa história no Brasil. Parte desta discussão transformou-se, nos anos 1960 e 70, em uma demanda pública e social por acesso à saúde e todos os outros direitos sociais. No caso da saúde, este turbilhão de demandas e necessidades concretizou-se por meio da chamada Reforma Sanitária, movimento político fundamental na constituição da cidadania em saúde. Garrafa<sup>62</sup> descreve esse processo de interpenetração entre bioética e saúde pública com matizes e de forma enriquecedora em um capítulo de livro “Políticas e Sistema de Saúde no Brasil”<sup>3</sup>. Para o autor, a politização da área significou uma reivindicação de cidadania por meio de demandas pela saúde, e nesse processo a bioética fez parte integrante e importante; descreve ainda as diferenças entre uma bioética clássica e principialista e outra bioética enraizada na realidade local e regional. Mas para a latinidade não-central, a bioética também tem uma grande força advinda de sua politização.

Segundo Travassos e Martins<sup>63</sup> o acesso ao sistema de saúde significa qualquer contato do indivíduo, seja de forma direta ou indireta, com as várias modalidades oferecidas pelo SUS, como: consultas, internações, exames preventivos, diagnósticos, cirurgias, imunizações, entre outros procedimentos. O autor explica que é por meio da utilização destes serviços que o processo de interação entre profissional de saúde e usuário se inicia, e que a continuidade deste relacionamento é definida quando o problema do usuário é resolvido, sendo então programados encontros subsequentes. O que determina a procura pelos serviços são as necessidades de saúde, que possuem requisitos distintos de acordo com a demanda: urgência, emergência, doenças sazonais e regionais, idade, sexo, renda, cultura, disponibilidade de profissionais e localização da unidade de saúde. Donabedian (apud Travassos e Martins, 2004)<sup>63</sup> diferencia acesso à saúde de maneira distinta de acessibilidade à saúde, definindo acesso como entrada - primeiro contato - com o serviço, e acessibilidade está relacionada à disponibilidade e ofertas de serviços, incluindo também as barreiras geográficas, econômicas, educativas e culturais que atingem e influenciam o usuário em determinado tempo e espaço no acesso às unidades de saúde.

É indispensável nesta altura recordar que a criação do SUS favoreceu a construção da cidadania por meio da universalidade e da equidade, proporcionando,

---

<sup>3</sup> Livro referência. Garrafa, V. Bioética. In: Giovanella L., Escorel S., Lobato LDVC., Noronha JCD., Carvalho AID., editores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 853-69.

assim, o acesso igualitário aos serviços de saúde, tornando a saúde como um bem universal. Neste contexto, a garantia da atenção à saúde, somente é conquistada se a população tiver condições de acessibilidade aos serviços. Mesmo não sendo um tema frequente nas pautas bioéticas, a saúde no contexto brasileiro apresenta princípios com alto teor bioético, pois tem suas origens na moral e na ética por ser um direito legítimo da sociedade conquistado por meio de lutas de classes. Conforme afirma Berlinguer<sup>64</sup> (p. 16):

O tema da saúde raramente está presente no debate bioético. Este privilegia tão-somente as situações extremas como os nascimentos 'artificiais', os transplantes de órgãos, as condições de sobrevivência terminal, descuidando-se do fato de que a saúde e a doença são para todos um campo universal de experiência, de reflexão, e até de escolhas morais. À saúde frequentemente é negado o título de nobreza como objeto da ética e, na melhor das hipóteses, lhe é atribuído apenas o valor (que para alguns é considerado filosoficamente irrelevante e intelectualmente plebeu) de "questão social".

Como afirmam Schramm e Castiel<sup>65</sup> os debates bioéticos têm construído uma ampla base de conhecimentos e conceitos oferecendo a possibilidade de resolver conflitos de interesses e valores que se apresentam na saúde pública, que englobam responsabilidades dos governos e cidadãos. De acordo com Schramm e Castiel<sup>66</sup> quando a bioética se integra à área da saúde a ética profissional não pode ser baseada apenas em regras, normas e códigos, não se reduzindo apenas à ética hipocrática. Esta disciplina agrega valores morais, sejam estes denominados direitos, princípios, virtudes ou cuidados. Contudo, tais valores não são consensuais em todos os lugares e todas as culturas, motivos pelos quais alguns bioeticistas consideram o estágio atual da bioética como sendo particularmente conflitivo.

No campo da saúde existem conflitos de inúmeras origens, conflitos estes que a bioética, discute e procura o melhor caminho para resolver. Nesta ótica, a bioética traz ao debate questões importantes e persistentes como: o desenvolvimento biotecnológico, a proliferação de estratégias de mediação comunicacional, informações sobre ameaças quanto às perspectivas de biossegurança com os organismos geneticamente modificados introduzidos no ambiente, a falta de informação dos menos favorecidos e os problemas morais que surgem na própria saúde pública. Com o surgimento da bioética o paciente passou a ser considerado um indivíduo a ser protegido, não somente da autoridade médica, mas, também, da sociedade e do próprio Estado. É por isso que o princípio de autonomia garante a

legitimidade das decisões que dizem respeito ao paciente, sendo necessária a liberdade do direito à informação<sup>67,68</sup>. Como afirma Thiede (*apud* Sanchez e Ciconelli, p. 263)<sup>68</sup>:

A informação pode determinar a lacuna entre a oportunidade de utilização e a real utilização dos serviços de saúde. Alguns autores acreditam que a informação é o cerne do debate da equidade, considerando que o processo de empoderamento das pessoas para que estas façam escolhas em relação ao cuidado com a sua saúde seja um objetivo fundamental das políticas de saúde em uma sociedade democrática.

Nesse sentido, a bioética pode significar um processo de politização da saúde e uma fonte do chamado empoderamento das populações ou grupos. A Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>69</sup> emitiu o relatório “Qual a evidência sobre a eficácia do empoderamento para melhorar a saúde?” no qual defende o *Empowerment* (Empoderamento) como excelente estratégia da saúde pública para reduzir as desigualdades de acesso à saúde e garantir melhores efeitos na saúde<sup>69</sup>. Esta estratégia tem se mostrado eficaz em alguns programas como HIV e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e capacitação de jovens e mulheres, com isto melhorando a qualidade de vida das pessoas envolvidas, além de resgatar a autoridade e autonomia destas.

Nesta altura da presente dissertação é indispensável registrar a profunda transformação que a bioética sofreu no início do século 21 com a aprovação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, homologada pelos 191 países componentes da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Cultura, a Ciência e a Tecnologia – UNESCO<sup>70</sup>, em 2005. Até aquele momento, desde sua criação no início dos anos 1970, o contexto da bioética girava quase que exclusivamente em torno dos quatro princípios explicitados por Beauchamp e Childress<sup>71</sup> na obra “Principles of Biomedical Ethics”, que referenciou a bioética dos seus primórdios e até então: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

A Declaração acima referida, além de considerar os quatro princípios mencionados, acrescentou vários outros ao contexto da bioética e que passaram a fazer parte de seu escopo conceitual e prático. Esta mudança significou a incorporação definitiva à agenda bioética do século 21 - além dos temas biomédicos e biotecnológicos já inicialmente contemplados - das questões sanitárias e sociais. Se até então a bioética se ocupava preferencialmente com temas individuais vinculados à relação profissional-paciente e dos pesquisadores com sujeitos de

pesquisa, passou a ter reconhecida uma conotação preferencialmente coletiva, societária, mais politizada, adquirindo uma identidade pública:

Hoje ela cresce de importância no que diz respeito à análise das responsabilidades sanitárias e à interpretação histórico-social mais precisados quadros epidemiológicos, como também é essencial na determinação das formas de intervenção a ser programadas, na formação do pessoal sanitário, na responsabilidade dos Estados frente aos cidadãos, principalmente os mais frágeis e necessitados. (GARRAFA 2006, pp. 13-14)<sup>72</sup>

Para os objetivos desta pesquisa, cinco dos 28 artigos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco são especialmente importantes no sentido de embasar a discussão referente aos dados que se pretende coletar junto à amostra a ser definida mais adiante. Estes artigos são:

Artigo 3 – Dignidade Humana e Direitos Humanos – a) A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade; b) Os interessados e o bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade.

Artigo 8 – Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual – A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e nos avanços do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada.

Artigo 9 – Privacidade e Confidencialidade – A privacidade dos indivíduos envolvidos e a confidencialidade de suas informações devem ser respeitadas. Com esforço máximo possível de proteção, tais informações não devem ser usadas ou reveladas para outros propósitos que não aqueles para os quais foram coletadas ou consentidas, em consonância com o direito internacional, em particular com a legislação internacional sobre direitos humanos.

Artigo 11 – Não-Discriminação e Não-Estigmatização – Nenhum indivíduo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais.

Artigo 14 – Responsabilidade Social e Saúde – a) A promoção da saúde e o desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade; b) Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência deve ampliar: i) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano (UNESCO 2005, pp. 8-10)<sup>70</sup>

O propósito central da presente pesquisa, portanto, é estudar o tratamento recebido pelos usuários no Sistema Único de Saúde Brasileiro junto aos

profissionais que operam no sistema, aliado ao nível de exigência apresentado pelos mesmos (“empoderamento”) no sentido de requerer a satisfação de suas necessidades, à luz dos princípios acima elencados e homologados pelo Brasil em convenção internacional.

## 2. O CONCEITO DE EMPODERAMENTO

Para conceituar empoderamento, é necessário inicialmente definir o que significa “poder”, principalmente nas relações, seja estas de gênero, familiares, culturais, políticas, econômicas ou sociais. Tal exercício conceitual deve observar também a relação entre o contexto histórico em que cada defensor analisou e defendeu suas assertivas sobre o poder. O poder, como argumentam Lagarde<sup>73</sup> e Kabeer<sup>74</sup> é algo intangível, que se exerce continuamente, impossível de ser guardado em gavetas. É ter autonomia sobre a própria vida, ter a satisfação de dominar, julgar, sentenciar e perdoar. A etimologia da palavra “poder” aponta sua origem do latim “*potere*” que significa deliberar, mandar, autoridade, soberania, influência ou força.

O conceito de poder vai muito além do poder político imposto pelo Estado, pois em cada esfera da organização estatal e social o poder está presente de forma complexa e de maneira interpessoal. Somente existe a relação de poder, com a presença de dois sujeitos: o dominador e o dominado. E tal relação se consolida quando estes personagens aceitam seus papéis e reproduzem a situação ao longo do tempo para seus descendentes, não permitindo o rompimento da supremacia do dominador e permitindo a subalternidade do dominado.

Para Foucault<sup>75</sup> o poder não existe, pois não é algo palpável e não se concentra em uma única pessoa ou local específico; para ele o que existe são relações de poder que circundam os indivíduos em sua vida cotidiana. Uma sociedade se mantém somente por esta relação, e não existe uma linha divisória entre quem possui o poder e quem não o possui, pois qualquer um pode exercer o poder. Existem diversos conceitos de poder segundo diferentes autores. Para Galbraith<sup>76</sup> poder é a capacidade de alguém impor sua vontade sobre o comportamento de outras pessoas. Segundo Corrêa<sup>77</sup> ele é uma força que exerce influência na conduta das pessoas. Para Aguiar<sup>78</sup> é a capacidade de exercer influência interpessoal.

Cada autor define o poder de uma forma geral como o exercício da influência de uma pessoa sobre a outra. O que diferencia a prática do poder é apenas o processo pelo qual se mantém o influenciado subjugado. Conforme afirma Galbraith<sup>76</sup> existem três tipos de exercício de poder: o poder compensatório, o condigno e o condicionado. Já Chiavenato<sup>79</sup> apresenta quatro tipos (coação, persuasão, sugestão e emulação), enquanto Sidman<sup>80</sup> apresenta dois (a coerção e o controle não coercitivo). Pierre Bourdieu<sup>81</sup>, em seu estudo sobre o poder simbólico chama a atenção para as relações sociais em que o poder está presente de maneira imaterial, estrutural e interrelacional. Defende ainda que as classes dominantes, que possuem uma posição social favorável que permite o exercício do poder, não dominam completamente os dominados e em alguns momentos devem usar de estratégias simbólicas de construção do consenso; este ato representa a legitimidade do poder do dominador por parte do dominado.

O poder, segundo Arendt<sup>82</sup>, se baseia em concessão, como acontecia nas cidades Greco-romanas, em que a ideia de poder tinha relação direta com as leis, todos deveriam obedecer por força da lei, os cidadãos deviam obediência à lei e não aos homens. Neste sentido, alguns homens eram apenas interpretes das leis e estavam em posições privilegiadas por consentimento e apoio do povo. Então o poder nada mais é que o exercício da lei, e não se concentra em uma única pessoa, mas em um grupo que elege alguém para representá-los, isto é, autorizam alguém a falar em seu nome. Isso, portanto, é diferente da coação, autoritarismo e violência, onde existe uma hierarquia de mando e obediência, não se configurando, assim, uma relação de isonomia e de respeito.

Para Weber (*apud* Arendt)<sup>82</sup> o poder é uma ação estratégica utilizada pelo sujeito para atingir um fim previamente definido (utilizar as pessoas a seu favor), enquanto Arendt diz que o poder tem fim em si mesmo por ser uma ação política. Como disse Rosseau<sup>35</sup> **o homem não nasce cidadão, mas se torna tal através da educação**; portanto, necessita ser capacitado a participar da vida social. Dallari<sup>83</sup> por sua vez, afirma que **aqueles que não conhecem seus direitos não participam da vida individual e coletiva**, estão excluídos das tomadas de decisões, fazendo parte de um grupo inferior.

Por ser a cidadania algo construído e conquistado diariamente, o objetivo primordial é alcançá-la por meio da liberdade de consciência, da vontade de participar do processo de construção de uma nação. Para isto é necessária uma



mudança de postura e ter conhecimento dos direitos à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade de direitos, enfim, direitos civis, políticos e sociais, e ter responsabilidades em prol do bem comum. Assim como afirmou Arendt<sup>82</sup> os indivíduos devem ser tratados iguais perante a lei, quando pertencentes a uma sociedade organizada. Para que haja um processo de transformação do sujeito comum para o sujeito com direitos - cidadão – se faz necessária uma educação direcionada para esta construção, visando a compreensão deste cidadão sobre a política, a dinâmica social, a educação, a saúde, e todo o contexto de sua comunidade e Estado, tendo como objetivo final o empoderamento.

A expressão *empowerment*, tal como é entendida nos dias atuais, teve origem na Inglaterra nos anos de 1970 com a chegada do desenvolvimento e modernização. Parte da ideia de dar poder a alguém, isto é, dar liberdade e informação para que o indivíduo possa participar da vida social, de forma a descentralizar o poder<sup>84</sup>. Em uma visão anglo-saxônica, o empoderamento está voltado para a mudança de posições de grupos vulneráveis por meio do *empower*, que traduzido para o português quer dizer autorizar, habilitar, permitir<sup>85,86</sup>.

Alguns autores apresentam diversas interpretações e justificativas para a palavra *empowerment* de acordo com o contexto vivido e por aproximação da tradução para a língua materna. Montero (apud Silva e Martínez, 2004)<sup>87</sup> adotam a palavra “fortalecimento” quando comparado ao espanhol *empoderamiento* e afirmam que empoderar é tratar as pessoas como cidadãs capazes de resolver problemas simples e complexos. Isso implica em não tratá-las com crianças incapazes de se defenderem; neste sentido, o empoderador tem apenas o papel de intermediar e apoiar no fortalecimento das melhores soluções.

Garrafa<sup>88</sup> introduziu as palavras empoderamento, libertação e emancipação no contexto da bioética, relacionando-as com a inclusão social. O autor associa empoderamento às palavras **liberdade**, muito citada na obra de Amartya Sen<sup>4</sup> e **libertação** abordada na obra de Paulo Freire<sup>5</sup> que dedicou sua vida a educação com a prática de libertação. Mesmo trabalhando em atividades diferentes, estes especialistas chegaram à essência da palavra, no sentido do significado de desenvolvimento de um país por meio da eliminação das privações de liberdade de

---

<sup>4</sup> Amartya Sen - economista indiano ganhador do Prêmio Nobel de Economia em 1998.

<sup>5</sup> Paulo Freire - pedagogo e escritor brasileiro.

escolhas e do efetivo exercício da cidadania. No sentido inverso da reflexão, Garrafa propõe a inclusão das duas palavras no léxico da bioética brasileira e latino-americana como substitutivos políticos e culturais à expressão autonomia, de forte conotação anglo-saxônica que, segundo o autor, leva a reflexão ao individualismo, afastando do campo prático a força das razões coletivas.

No Brasil, a área de saúde pública foi a que mais fortemente adotou a palavra empoderamento, que remete à ideia de dar poder a alguém (o que lembra desigualdade, alguém submisso ao outro; somente se dá poder a alguém que não o tem), o que não deixa de encerrar alguma fragilidade em sua essência. Já a expressão libertação carrega a ideia de liberdade (iguais em direitos, cidadão), é libertar alguém que está aprisionado por algo superior ou mais forte e que permeia o sentido de conquista de algo que não existia antes – o fato de ser livre, liberto. Mills<sup>89</sup> parte da ideia que empoderar é dar poder, é libertar, é se autodirigir, é se auto-administrar e disseminar a informação, distribuir o poder aos membros de um grupo. Para este autor o empoderamento deve ser algo contínuo e se apoia em quatro princípios: poder (delegar autoridade, autonomia e liberdade); motivar (incentivar e reconhecer); desenvolver (capacitar, ensinar e criar talentos) e liderar (definir metas e objetivos).

Após esta breve explanação sobre os vários conceitos de empoderamento, surge então no contexto do presente estudo, a importante questão da relação do profissional de saúde com os pacientes, a qual em alguns momentos se torna uma relação de poder opressor (por parte do profissional) e de submissão (por parte dos pacientes). Para Martins *et al*<sup>90</sup> mudar este quadro de hierarquia do poder não é fácil, pois trata de algo secular que implica em desfazer e reaprender as relações. Com a implantação do processo de reconstrução do poder de forma individualizada e institucionalizada são criadas oportunidades de redistribuição do poder e mudanças na hierarquia que permitem a visualização das habilidades individuais e coletivas, o que define a participação social.

## 2.1 O EMPODERAMENTO COMO FERRAMENTA TEÓRICA DA BIOÉTICA

A Bioética é uma disciplina que exige um conhecimento complexo, que busca respostas para os problemas trazidos pelos novos progressos tecnológicos e biomédicos, sem deixar de questionar os problemas persistentes (que persistem historicamente desde a antiguidade, no dizer de Garrafa<sup>91</sup>) ou cotidianos, que conforme afirma Berlinguer (*apud* Garrafa, p. 333)<sup>91</sup> “acontecem todos os dias e não deveriam mais estar acontecendo”. Segundo Guedes<sup>92</sup> a relação entre bioética e a saúde pública é apresentada no Brasil como campos que se aproximam e ao mesmo tempo se confundem, em virtude de características comuns evidenciadas desde a natureza multidisciplinar e interdisciplinar de ambas, até mesmo seu objeto de estudo e intervenção, porque estão inseridas no âmbito das políticas públicas brasileiras e na assistência à saúde da população.

A organização popular, a democratização na saúde, o acesso à informação, a universalidade, a libertação, o empoderamento, o controle nas pesquisas com seres humanos e não-humanos, são assuntos abordados pela bioética, de maneira que as discussões levantadas são de extrema importância decisiva para que a vontade do indivíduo ou de uma comunidade prevaleça no sentido de ampliar a inclusão social. Os temas pautados pela bioética são divididos em dois grandes grupos: Bioética das situações persistentes e Bioética das situações emergentes<sup>93</sup>.

A Bioética está envolvida com questões relacionadas com a vida em todo o seu ciclo, envolvendo os sujeitos de forma individual e coletiva, com o objetivo de buscar o melhor caminho para resolver os conflitos e as divergências. Lefèvre e Lefèvre<sup>94</sup>(p.37) afirmam que para se chegar à escolha de um caminho, se faz necessário a criação de espaços abertos para prática do empoderamento dos cidadãos, tendo como consequência a participação crítica do sujeito, permitindo o pleno exercício da cidadania. Empoderar os usuários do sistema de saúde, significa, então, promover a inclusão dos vulneráveis e fortalecer o elo mais fraco da tríade (sistema, profissionais e usuários), pois a doença fragiliza o indivíduo, colocando-o em condição de subalternidade, sendo tratado como uma doença e não como um indivíduo doente. O profissional de saúde passa a cuidar somente de uma parte do corpo, fragmentando-o, como se não existissem um sistema e uma alma interligados e interdependentes. Os profissionais de saúde também precisam ser empoderados

para compreender que no Século XXI, atuar nesta área, não significa ser detentor do saber pleno, diferentemente dos séculos passados em que o paciente não tinha abertura para questionar nenhum procedimento médico. Contudo, os autores acima mencionados deixam alguns questionamentos sem respostas: “Sabemos hoje o que fazer (empoderar) e quem deve ser empoderado (a população, antes de mais nada e também o profissional de saúde), mas não temos muito claro como, onde e quem fazer.”

Garrafa e Porto<sup>95</sup> enfocam que o acesso à saúde na América Latina na visão bioética está relacionado diretamente com às barreiras entre a política exercida nestes países e os temas abordados na bioética. Estes autores defendem que o desenvolvimento comprometido da bioética deve ser politizado, a politização da bioética deve ser adotada e enraizada na ética, com o objetivo de estudar e tentar resolver os problemas sociais que agravam e cooperam para as injustiças sociais, como a pobreza, desemprego, desigualdade e exclusão social. Garrafa<sup>88</sup> afirma ainda que o empoderamento, a libertação e a emancipação podem ser utilizadas como ferramentas epistemológicas para a inclusão social, dentro da fundamentação conceitual o que o autor denomina de “Bioética de Intervenção”.

Cohen e Gobbetti<sup>96</sup> entendem que a bioética deve refletir em questões do dia a dia e não somente em questões polêmicas de grande repercussão e mudanças de valores como aborto, eutanásia, os transgênicos, alocação de recursos em saúde, o que fazer com os embriões congelados (se estão vivos ou não), mapeamento do genoma humano, clonagem de seres humanos, entre outros. Ainda segundo esses autores para que um indivíduo possa exercer sua liberdade de poder (autonomia) faz-se necessária a adoção do que chamam de “bioética das relações”, em que se reconhece no outro um ser capaz de pensar e interagir com o mundo interno e externo. Para eles, em muitos casos, ocorrem conflitos pessoais e sociais, pois o indivíduo outrora estava sob um regime paternalista e se vê diante de uma liberdade de lidar com suas dúvidas e limites frente à vida. Para evitar estes conflitos, o indivíduo dominador deve se despir da onipotência e permitir o processo de individualização, deixando de ser antiético e permitir o desenvolver da bioética.

### **2.1.1 Os direitos do paciente: o direito à informação e à educação como ferramentas de empoderamento na saúde**

A expressão que diz que “todo cidadão tem direito à informação”, está explícita no artigo 5º, incisos XIV, XXXIII da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988<sup>36</sup>:

É assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional; todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado.

O direito à informação adequada, suficiente e veraz é um dos pilares do direito do consumidor. Nas legislações mundiais, voltadas à regular as relações de consumo, a referência quase uniforme ao direito à informação fortalece as características universais desse novo direito. Existem semelhanças entre os problemas e dificuldades enfrentados pelos consumidores, em qualquer país; por isto, merecem soluções comuns. A Resolução nº 30/248 da Assembléia Geral das Nações Unidas, de 16 de abril de 1985 determina em seu artigo 3º que é necessário promover o acesso dos consumidores à informação. O direito à informação, no âmbito exclusivo do direito do consumidor, é direito à prestação positiva oponível a todo aquele que fornece produtos e serviços no mercado de consumo, o que não deve ser diferente na área da saúde, já que o paciente é o consumidor. O reconhecimento do direito do consumidor recuperou a dimensão humana, na medida em que o afirma como sujeito, titular de direitos constitucionalmente protegidos<sup>97</sup>.

A falta de informação adequada não deve ser atribuída apenas aos profissionais de saúde, de forma genérica, assim bem como a culpa do mau funcionamento e da má qualidade no atendimento nos hospitais. Quando o atendimento não é eficiente como deveria, sendo falho em alguns aspectos, afirma-se que os profissionais não são os únicos responsáveis por esta ineficácia do sistema como se imagina, mas que o governo e a comunidade são co-responsáveis já que se trata de um caso de saúde pública de grande relevância que exige uma fiscalização enfática por parte de todos os envolvidos. É verdade que alguns profissionais, ainda se omitem na prestação da completa informação ao paciente e desrespeitam seus direitos, porém estes representam uma minoria<sup>98</sup>.

De acordo com Oselka<sup>99</sup>, uns apenas pela pressa no atendimento, outros porque acham que o paciente nada entende da linguagem técnica, devem apenas cumprem as prescrições e orientações e esperam pelo resultado do tratamento. Este é um equívoco grave e que deve ser repensado pelos profissionais da área de saúde. Quando não se trata de emergência médica, o paciente tem o direito de saber qual é a sua patologia, o grau de risco do tratamento ao qual se submeterá, quais as sequelas previsíveis, duração estimada do tratamento, as chances de sua recuperação, o nome do profissional que o acompanha, entre outros.

Conforme está explícito no Código de Ética Médica<sup>100</sup> (pp. 90-2) em seus Capítulos IV e V é vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Assim bem como os profissionais de enfermagem também tem o dever de informar à pessoa, familiares e comunidade sobre seus direitos e qualquer outra informação, segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem<sup>101</sup> em seus artigos 17, 18 e 20:

Art. 17 - Prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da Assistência de Enfermagem.

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

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

Estes direitos não somente decorrem da postura ética recomendável a todos os profissionais em qualquer atividade, como da necessidade de criar uma relação de confiança entre o profissional e o paciente que possa ser benéfica na resposta da terapia. O direito à plena informação decorre de normas vigentes e transborda o campo da utilidade terapêutica, da atenção cordial ou da ética profissional, permitindo que o paciente não seja um excluído do sistema de saúde. Deve ser destaca que, independente do atendimento ocorrer em consultório particular ou em dependências de instituições públicas, a relação jurídica profissional-paciente terá sempre a natureza contratual e será regida, segundo a legislação vigente<sup>102</sup>.

Conforme afirma Rosa<sup>103</sup> a autonomia do paciente representa a liberdade de escolher o que é melhor para si. Esclarece ainda que a autonomia acompanha a capacidade de agir de acordo com as decisões tomadas, sabendo que a autonomia individual é limitada quando interfere na autonomia do outro ou da coletividade, na dignidade e na liberdade do outro. Em resumo, o indivíduo não pode causar danos às outras pessoas. Neste sentido, o paciente precisa estar fundamentado sobre os benefícios e malefícios que o tratamento lhe trazer.

De acordo com Gauderer<sup>104</sup> o que sustenta o princípio da autonomia é a informação, pois para que o paciente consinta livremente sobre algo, deve ter informações suficientes para fundamentar sua decisão, que deverão ser repassadas em linguagem acessível ao paciente e contar com todos os elementos para uma decisão correta. Ao declarar os direitos do paciente, o autor incluiu dentre os mesmos que:

O paciente tem direito a um prontuário, uma ficha ou registro médico e o acesso a todas as informações a nossa saúde, que devem ser redigidas em linguagem que possamos compreender, além de receita em letra legível, à cópia do nosso material médico, inclusive exames laboratoriais: ( ) gravar ou filmar uma consulta ( ), a ouvir outras opiniões profissionais e também solicitar uma conferência médica ( ), a uma morte digna, ou seja escolher como e onde morrer; ( ), a recusar certos tratamentos, medicamentos, intervenções cirúrgicas ou internações; ( ), de visitar o filho ou cônjuge quando puder ( ) (GAUDERER, 1998 pp. 18-54)<sup>104</sup>.

A Informação em Saúde está atrelada a Educação em Saúde que por sua vez é uma das estratégias priorizadas pelos Programas de Promoção à Saúde, pois cria vínculos com a comunidade e estimula a participação social. Como afirmam Carvalho e Gastaldo<sup>105</sup> o empoderamento transforma e fortalece as práticas comunitárias e reorienta os profissionais de saúde, exigindo do sistema de saúde uma nova postura através de processos educativos, treinamentos e novos formatos organizacionais. Esta mudança exige também a participação do usuário como parceiro e compartilhador de responsabilidades, participando diretamente dos processos decisórios, desde o planejamento à implantação. Assim, o indivíduo passa a conhecer e controlar de modo mais orgânico o processo saúde-doença. Ainda conforme os autores acima, os principais objetivos do empoderamento são de possibilitar os indivíduos a se tornarem capazes de viver a vida em suas diferentes etapas e com as limitações das enfermidades, de ter maior controle de suas próprias vidas e do meio em que vivem, além de gerarem mudanças sociais e fortalecerem

práticas libertárias cidadãos. Segundo Riger (*apud* Carvalho e Gastaldo, p. 2031)<sup>105</sup> o empoderamento tem como objetivo possibilitar que os indivíduos tenham:

(...) um sentimento de maior controle sobre a própria vida". Indivíduo empoderado é aqui sinônimo de uma pessoa "comedida, independente e autoconfiante, capaz de comportar-se de uma determinada maneira e de influenciar o seu meio e atuar de acordo com abstratos princípios de justiça e de equilíbrio.

Alertam os autores que o processo de empoderamento na saúde, denominado por estes de "educação empoderada" (*empowerment education*) deve ter como objetivo o método "poder com o outro" (*power-with*), isto é co-participação e gestão entre profissionais educadores e usuários com a criação de espaços dialógicos, diferentemente do método "poder sobre o outro" (*power-over*) ainda utilizado em muitos países, em que existe um sujeito passivo que apenas recebe a informação do "repassador de conhecimento" com seus discursos dominantes<sup>105</sup>.

O empoderamento por meio da educação busca resgatar a dimensão ampliada do conceito de cidadania. Nesta linha de pensamento, o SUS trouxe em sua essência os princípios necessários ao exercício da cidadania, estratégia esta que fortalece a participação da sociedade nas decisões no campo da saúde, permitindo a prática da autonomia e o cumprimento dos direitos do cidadão. Uma vitória conquistada ao longo destes anos, e que representa segurança para o cidadão, foi a criação da "Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde" elaborada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestora Tripartite, que informou e assegurou os direitos dos usuários dos sistemas de saúde pública ou privada, promovendo mudanças em todos os níveis de atenção.

A referida Carta reuniu seis princípios básicos que asseguram o exercício de cidadania, auxiliando os usuários a conhecer e exigir um atendimento com segurança e respeito. Os seis princípios de cidadania descrito na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde<sup>106</sup> (p.1) são: (1) Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; (2) Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; (3) Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; (4) Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; (5) Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada; (6) Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos



gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. Duas portarias do Ministério da Saúde de nº1286 de 26 de Outubro de 1993<sup>107</sup> e nº 74 de 04 de Maio de 1994<sup>108</sup> descreveram em seus artigos alguns direitos primordiais que os usuários do sistema de saúde brasileiro devem exigir dos serviços e prestadores dos serviços de saúde. Estes direitos estão descritos em Anexo 1.

Tais direitos estão assegurados por inúmeras leis, sendo as principais as seguintes, que dão sustentação às demais leis existentes no país: a Constituição de 1988; a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estas dão sustentação às demais leis existentes. Como no Brasil não existe um documento oficial que reúne todos os direitos do paciente, inúmeros textos legais e órgãos contemplam o assunto de forma a compensar a deficiência de um documento único. São eles: Constituição Federal do Brasil, Código Civil Brasileiro, Código Penal Brasileiro, Código de Defesa do Consumidor, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei dos Planos de Saúde e Normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS), Código de Ética Médica, Resoluções dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina, Resoluções dos Conselhos Regionais e Federal de Enfermagem e de outras categorias profissionais, Declarações Internacionais de Princípios, Normas de Pesquisa em Seres Humanos, Normas do Ministério da Saúde, Legislação esparsa, Jurisprudência, entre outras.

É da maior importância a conscientização da existência dessas leis, resoluções, normas... por parte dos usuários e dos profissionais do sistema de saúde, para que quando esclarecidos sobre seus direitos e deveres possam tornar-se cidadãos, respeitando e sendo respeitados. Desta forma, tornam-se também aliados importantes para uma melhor compreensão do processo saúde-doença, contribuindo assim para um desenlace mais favorável do tratamento e da relação profissional-paciente, exercitando melhor o processo de democracia<sup>104</sup>.

Chioro e Scaff<sup>109</sup> afirmam que somente por meio da educação é que se forma um cidadão, e que enquanto os indivíduos de um país viverem o apagão do conhecimento, a história vai permanecer inalterada. O SUS significa a transformação da saúde pública no Brasil, um resgate da dignidade para a população. A assistência à saúde deixou de ser meramente emergencial, no estilo sanitarista campanhista de caráter vertical, e passou a se preocupar e a priorizar as iniciativas relacionadas com políticas e estratégias permanentes e pautadas na prevenção e promoção da saúde, valorizando o processo de educação e formação de profissionais e cidadãos,

possibilitando, assim, acesso integral ao sistema de saúde e fortalecendo a participação social. A formação de um cidadão como afirma Praia<sup>110</sup> não se baseia apenas em informar sobre seus direitos e deveres constitucionais, e também não basta à comunidade ser politicamente articulada, é indispensável à soma destes elementos associado ao modo de viver individual e coletivo, valorizando cada um, o que acarreta transformação social de grande dimensão e que vai além da Constituição.

Segundo Freire<sup>111</sup> os cidadãos das classes menos favorecidas vivem oprimidos, em situação de vulnerabilidade, pela falta de informação e conscientização. Isto as torna fáceis de serem manipuladas e com isto, aptas a aceitarem as ordens impostas pelos dominadores. A libertação deste quadro de servidão é um processo lento e doloroso e que exige o abandono do medo de questionar e a lutar pelos direitos e mudança da realidade. Quando o autor afirmou que deveria haver um trabalho em função da pedagogia do oprimido, certamente quis dizer que se deva resgatar a cidadania por meio da prática da democrática, pela conscientização, isto é, por meio do conhecimento crítico.

## 2.2 ATITUDE EMPODERADORA DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

O profissional de saúde deve buscar estratégias que fortaleçam os vínculos com os usuários no intuito de promover a saúde, exercendo o **poder disciplinador** que estimula o autoconhecimento emocional, cognitivo e corporal, diferente do **poder controlador** que usa a persuasão para controlar o comportamento. Deve ser destacado que na relação de poder com o outro, o sujeito dominado sempre apresentará resistência na tentativa de impedir a consolidação do discurso dominante relacionado com verdades absolutas<sup>113</sup>.

O empoderamento social defendido por Freire, citado por Carvalho e Gastaldo<sup>105</sup> deve ser exercido pelos profissionais de saúde como uma forma de contribuir para a consolidação das políticas públicas de saúde em direção à justiça e inclusão social. O empoderamento por meio do diálogo e formação profissional contribui para a consolidação de alianças entre os sujeitos envolvidos, como afirma Vasconcelos (*apud Becker et al*, p. 657)<sup>112</sup>: “*empowerment* significa o aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações

interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social”.

Estudos realizados por Garbin; Pereira Neto e Guilam<sup>113</sup> sobre o tema “Empoderamento dos pacientes por meio do acesso à internet demonstraram que com o advento desta ferramenta os pacientes se tornaram “expert” (especialistas), isto é, potencialmente poderosos. Esta nova condição alterou a relação profissional-paciente, obrigando o profissional a trabalhar **com o paciente**, ao invés de **para o paciente**, o que exige mais tempo para fornecer informações com qualidade, favorecendo a escuta e valorizando a voz e o desejo do outro. Diante desta aquisição de informações via *internet* alguns profissionais se sentem ameaçados e até mesmo “desprofissionalizados” pelos pacientes devido aos muitos questionamentos e adoção de atitudes contrárias às orientações feitas por eles. Os profissionais que são contrários à busca livre pela informação temem a perda da autoridade e confiança, pois a partir do momento em que o paciente tem livre acesso à informação, ele é capaz de buscar novas terapias alternativas, mudando assim radicalmente a medicina biomédica dominante, deixando esta de ser assimétrica. Isto representa a quebra do monopólio do conhecimento adotado pelos profissionais com intuito de controlar e manter o poder paternalista. A relação profissional-paciente passa, então, a valorizar o *empowerment* dos pacientes, tendo os profissionais de saúde como participantes ativos do processo.

Existem profissionais que defendem a livre busca pela informação por meio da tecnologia, isto é *internet*, afirmando que este processo fortalece o vínculo profissional-paciente, pois permite ao paciente um maior conhecimento sobre a sua saúde e sua doença, deixando este de ter uma atitude passiva diante do profissional, participando e compartilhando as decisões, sendo uma relação igualitária e simétrica, que reconhece a legitimidade do conhecimento leigo e obriga os profissionais a se atualizarem e se manterem bem informados<sup>113</sup>.

No processo de empoderamento na saúde, dentre tantos profissionais, destaca-se o grande papel do enfermeiro como educador, por ser o profissional que está mais próximo fisicamente e por longo tempo ao lado do paciente. De acordo com Magalhães, Guimarães e Aguiar<sup>114</sup> (pp.115-6) o enfermeiro tem seu trabalho fundamentado no cuidado, iniciando desde a promoção, prevenção, restauração, recuperação até a reinserção social, o que permite a este profissional a informar e educar o paciente, tornando-se um agente educativo eficaz. O enfermeiro tem por

obrigação informar pacientes e familiares, porém deve ter o devido cuidado em seu discurso para não ser mal interpretado ou mal entendido “educar demanda habilidade do educador, pois nem sempre quando se diz algo, tem-se a garantia de que ocorreu “o aprendizado”. Para que isso aconteça é necessário haver uma resposta ao estímulo oferecido”.

A enfermagem em sua prática cotidiana tem se perdido na questão da educação, deixando de valorizar este tema de extrema importância, mas que por aparentar algo a princípio aparenta ser tão simples e rotineiro que passa a ser desvalorizado, pouco praticado e investigado. O avanço biotecnológico faz com que outros aspectos sejam priorizados e valorizados, além da falta de comunicação entre as equipes e o não trabalho interdisciplinar. Tais distorções faz com que se adotem posturas autoritárias e desrespeitosas, o que provocando o não cumprimento dos direitos dos pacientes como: receber atenção e respeito, ser informado com linguagem acessível sobre seu diagnóstico e tratamento, ter sua dignidade e sigilo preservados, entre outros<sup>115</sup>.

Reyzábal<sup>116</sup> (p. 53) já afirmava que “a educação é baseada na comunicação” por meio da comunicação que o indivíduo se atualiza e enriquece seus conhecimentos, podendo assim compartilhar com os outros. Freire<sup>117</sup> deixa claro a diferença entre educar e transmitir conhecimento, em que o primeiro é uma forma horizontal em que educador e educando participam do processo e no segundo somente o discurso do indivíduo mais “competente” se destaca, sobressaindo assim uma única voz, verticalizada.

## **2.3 O EMPODERAMENTO DO USUÁRIO DO SISTEMA DE SAÚDE**

O paciente em muitos momentos se sente sem autonomia para decidir sobre sua vida. Isto ocorre devido à falta de conhecimento sobre seus direitos já que este tema não faz parte das discussões cotidianas. Outro fator que prejudica o entendimento dos pacientes são as constantes atualizações e mudanças nas legislações, que por serem fornecidas verbalmente ou por folhetos de forma simplificada dificultam a compreensão por muitos devido à capacidade intelectual não desenvolvida<sup>118</sup>. O empoderamento comunitário em saúde deve ser adotado e desenvolvido de forma a ampliar espaços de divulgação, discussão e orientação das

ações de saúde; é uma estratégia de integralidade de acordo com o modelo SUS, diferente da simples transmissão de informações adotado pelos modelos ainda utilizados em inúmeras instituições de saúde no Brasil<sup>119</sup>. Alguns exemplos de empoderamento comunitário podem ser encontrados em sites indicados em Anexo 2.

A Organização Mundial de Saúde<sup>120</sup> conceitua Promoção de Saúde como um processo pelo qual os indivíduos são capacitados para melhorar, manter, aumentar e controlar sua própria saúde. Este conceito parte do princípio que o sujeito é capaz de entender e interagir com o meio ambiente, buscando melhor qualidade de vida, para isto necessita de informações para compreender e modificar sua vida cotidiana.

Backs *et al* (p. 905)<sup>121</sup> afirmam que “ Não basta (...), garantir o acesso e/ou o direito ao sistema público de saúde. Muito além de possibilitar o acesso, é preciso criar uma consciência política nos usuários para que não se tornem meros receptores ou interlocutores das propostas governamentais.”. Os autores afirmam por meio de pesquisas realizadas que, os usuários devem entender o SUS, compreender o que é ter acesso, o que é ter direitos e responsabilidades, e principalmente Direito de quê? O SUS deve deixar de ser visto como um sistema de saúde direcionado aos pobres, pois um de seus princípios é a universalidade.

Como destaca Feuerwerker<sup>122</sup> a biotecnologia e a biomedicina contribuem para que o sistema de saúde brasileiro tenha características de iniquidade e desigualdades sociais, focado apenas no corpo, o que provoca a insatisfação em trabalhadores e usuários que com frequência utilizam os serviços. Para muitos, a lei escrita está muito distante da realidade conforme descrevem Gomes e Fraga<sup>123</sup> quando dizem que não bastam somente as garantias constitucionais, mas a informação se faz necessária, pois o desconhecimento traz o medo de expor sentimentos e dúvidas, acarretando temor por uma possível repreensão por parte do profissional de saúde. Para Carvalho<sup>124</sup> o empoderamento comunitário possui duas faces, a micro referente ao indivíduo e a macro referente ao coletivo, Estado e macroeconomia. Quando a informação é compartilhada propicia uma visão de mundo mais crítica.

A relação profissional-paciente deve ser compartilhada por meio da exposição de conhecimentos de ambas as partes e o reconhecimento e aceitação do profissional de saúde sobre a autonomia do paciente, permitindo assim que o paciente conheça seus limites e aceite a opinião do outro<sup>125</sup>. Conforme afirma

Durand<sup>126</sup> a autonomia defendida pela bioética significa muito mais que somente a busca pela autodeterminação, ela objetiva o indivíduo reconhecer seus limites e a partir deste reconhecimento poder escolher o melhor caminho para o sentido de respeito da dignidade da pessoa humana.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

Pesquisar por meio do público alvo (usuários e profissionais de saúde - médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) se ocorre desrespeito aos direitos dos usuários que procuram o Sistema Público de Saúde no Distrito Federal e que podem causar ineficácia na qualidade do atendimento, tendo como pressuposto a ausência do empoderamento dos usuários.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Estudar os conceitos históricos de cidadão, cidadania e empoderamento, relacionando-os com o necessário respeito, no campo da saúde, ao Artigo 03 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco o qual preconiza que a dignidade humana e os direitos humanos devem ser respeitados em sua totalidade.
- Confirmar se o artigo 14 da Declaração sobre Bioética da Unesco referente à “Responsabilidade Social e Saúde” está sendo cumprido no contexto pesquisado do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro;
- Verificar o cumprimento ao respeito à vulnerabilidade humana e a integridade individual, bem como à privacidade e à confidencialidade dos usuários (Artigos 8 e 9, respectivamente, de Declaração sobre Bioética da Unesco);
- Interpretar até que ponto está sendo acatada a recomendação internacional de não-discriminação e não-estigmatização dos usuários (Artigo 11 da Declaração);
- Avaliar o nível de conhecimento dos usuários/pacientes e da própria equipe de saúde sobre a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”.
- Identificar quais as possíveis causas da interferência na comunicação entre os pacientes e profissionais de saúde.
- Analisar a importância da prática da educação em saúde como forma de empoderamento dos usuários do sistema e dos próprios profissionais de saúde.

## 4. PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 MÉTODOS E TÉCNICAS DA PESQUISA

A pesquisa pode ser considerada uma atividade básica das ciências por apresentar indagações e grandes descobertas do mundo real, sendo uma prática e processo contínuo e inacabado, isto é, infinita na busca de dados e teorias<sup>127</sup>. A pesquisa do tipo quali-quantitativa foi a metodologia que melhor respondeu a este desafio por pretender aprofundar-se em uma realidade específica, pois, segundo Minayo<sup>127</sup>, dados qualitativos e quantitativos não estão em oposição, pelo contrário, entre eles há uma condição complementar, que, quando bem trabalhadas teórica e praticamente, produzem riqueza de informações, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa. Para Brandão, a metodologia escolhida e os instrumentos utilizados permitem relatar os procedimentos adotados e possibilitar a replicação dos mesmos em qualquer época; assim o método é mais que uma mera formalidade, pois promove consistência, credibilidade e segurança aos resultados da pesquisa. Muitas vezes, quando a pesquisa é realizada em lugares visitados, a princípio não traz nada de original, porém o que faz com que tudo se pareça diferente é um novo olhar, um pensar diferente<sup>128</sup>.

A pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, há um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, e que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e atribuição de significados são básicas no processo qualitativo, que não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. A pesquisa quantitativa não deve se restringir apenas a expor dados numéricos, gráficos ou tabelas, mas se preocupar com a validade interna do material de forma a garantir o mínimo necessário para que o experimento seja validado na instância específica onde foi realizado<sup>127</sup>.

Na presente pesquisa, além dos métodos citados, utilizamos como técnica a observação participante. Ela consiste na observação direta das atividades do grupo estudado e na participação em suas atividades cotidianas. Conforme afirmam Proença<sup>129</sup> e May<sup>130</sup>, este é considerado um método útil por permitir aprofundamento nos mecanismos das interações sociais, no funcionamento do grupo e nas interpretações do trabalho investigativo.



O método de observação participante está ancorado em três aspectos: (1) *Aproximação* – período que o observador tem para se aproximar e ser aceito pelo grupo, quando mais familiarizado com o ambiente e pessoas, mais confiança será gerada em ambas as partes e melhores serão as possibilidades de interpretação dos resultados. (2) *Registro e Coleta de Dados* – observar e registrar o cotidiano do grupo objeto de estudo, anotar no diário de campo todas as atividades, realizar entrevistas. (3) *Análise dos Dados* – sistematizar, organizar e analisar os dados, esta última etapa favorece conhecer a realidade do grupo estudado<sup>131</sup>. A escolha dos indivíduos da pesquisa foi realizada por amostra de conveniência, na qual o grupo foi escolhido e apontado por sua relevância e intencionalidade do pesquisador, em relação à população como um todo<sup>132</sup>.

O tema escolhido foi traduzido em questionários que buscaram obter informações e explicações sobre “os possíveis motivos que geram o desrespeito aos direitos dos usuários que procuram o Sistema Público de Saúde no Distrito Federal podendo causar ineficácia na qualidade do atendimento, tendo como pressuposto a ausência do empoderamento do usuário”. Antes da aplicação definitiva dos questionários, foram aplicados 20 questionários (10 para profissionais e 10 para usuários) com a finalidade de pré-teste. A aplicação piloto permitiu a detecção de falhas como ambiguidade, não clareza e falta de coesão. Algumas foram reformuladas tornando possível a construção de algumas hipóteses que desaguaram em novas questões. Cabe ressaltar que os participantes do pré-teste não fazem parte da amostra.

Para tanto, foram elencados, com base em nossa experiência e em entrevistas piloto, algumas possíveis hipóteses: desconhecimento do paciente sobre seus direitos; desconhecimento da Equipe de Saúde sobre os direitos do paciente, a Equipe de Saúde não possui informação adequada sobre os direitos dos pacientes por isto não repassam estas informações aos usuários. Estas hipóteses foram construídas com base na análise bibliográfica, em outros meios impressos como revistas, livros, artigos e teses<sup>133</sup>. Utilizou-se a pesquisa bibliográfica como fonte dados atuais e relevantes relacionados ao problema proposto.

Todo o material de fonte secundária incluído na pesquisa, precisava necessariamente precisavam abordar as palavras-chaves dentro do contexto que envolvesse o empoderamento do cidadão para inclusão na saúde e que explicitamente ou implicitamente envolvesse os aspectos bioéticos. Independente do

ano de publicação, o cuidado maior foi, em todas as etapas de análise, avaliar o contexto histórico no qual foi produzido o documento ou impresso, o universo sócio-político à época em que escrito e a quem era destinado, importante detalhe quando se trata de um passado distante ou recente. Foram selecionados para este estudo, 53 artigos, 85 livros, 10 legislações e 3 trabalhos entre monográficos e teses.

Foram utilizados questionários e formulários, para obter maior clareza na coleta dos dados e interpretação de resultados. Os questionários contendo perguntas fechadas, semiabertas e abertas, foram aplicados pessoalmente pela pesquisadora após o sujeito da pesquisa ser convidado a participar, e depois de esclarecidos de os objetivos, métodos, benefícios e riscos; e posterior anuência por meio do (Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento) com cópia para o participantes (pacientes e servidores / profissionais de saúde), modelos de acordo com o Apêndice 1.

Outra técnica utilizada foi a das entrevistas com os sujeitos da pesquisa (usuários e profissionais da saúde). Os questionários aplicados aos sujeitos continham questões com quatro dimensões: (1) Perfil sócio-demográfico; (2) Dados sobre internação (quando usuário); (3) Dados sobre o atendimento (quando usuário); e (4) Avaliação do atendimento. Na primeira dimensão as perguntas tiveram o objetivo de obter o perfil sócio-demográfico dos sujeitos, como idade, sexo, cor, estado civil, escolaridade, profissão e/ou ocupação, local de residência, religião, renda. Nas outras, as perguntas se relacionavam ao atendimento no momento da internação, durante a internação e sobre os direitos constitucionais dos pacientes, e buscou-se identificar ainda aspectos referentes às percepções e à importância dada pelos entrevistados sobre o tema.

Além do um questionário aplicado aos usuários, portanto, foram aplicados outros três questionários diferenciados para médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem (Apêndice 2 - Questionários I, II, III e IV. Em um segundo momento realizou-se uma entrevista semi-estruturada (Apêndice 2 – Formulário I), com os profissionais de saúde, por meio de 04 perguntas sobre o conhecimento, cumprimento e respeito aos direitos do paciente na unidade pesquisada e opinião sobre educação empoderativa dos pacientes por meio de palestras. As entrevistas foram dirigidas aos sujeitos que se mostraram mais envolvidos com o tema, com especial capacidade de interpretação dos fatos e, acima de tudo, que demonstraram inquietude frente o assunto e concordaram em participar. A escolha seria realizada

de acordo com o processo de aproximação (contato e aplicação dos questionários). A princípio estas entrevistas seriam gravadas e posteriormente degreas, porém a ideia não foi aceita pelos sujeitos da pesquisa; optou-se, então, pelo preenchimento manual em formulário impresso.

Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados por envolver seres vivos, neste caso, seres humanos: autonomia, não maleficência, justiça, beneficência e equidade, conforme a Resolução 196/96. Os sujeitos da pesquisa foram respeitados em valores culturais, sociais, morais, étnicos, religiosos, éticos, entre outros. O processo teve início após análise e aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, conforme termo de aprovação em Anexo 3.

O local de realização da pesquisa foi o Hospital Regional de Taguatinga unidade de Pronto Socorro dirigido pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (HRT/SES/DF) uma instituição pública de nível terciário participante do SUS, A pesquisa que deu origem a este trabalho foi realizada no período de Junho de 2011 a Junho de 2012. As fontes de informações do estudo podem ser consideradas do tipo primária, uma vez que as soluções das possíveis indagações somente puderam ser obtidas junto ao público alvo.

#### **4.1.1 Participantes da Pesquisa e Abordagem dos Sujeitos**

O universo da pesquisa contemplou uma amostra não-probabilística por tipicidade, isto é por conveniência, por permitir que os indivíduos da população tenham as mesmas chances de participar da amostra. A unidade onde a pesquisa foi realizada possui uma população de aproximadamente 208 servidores que representam a população de profissionais de saúde e a média diária de pacientes internados na unidade é de 120, totalizando assim um universo de 328 indivíduos. Por motivos de tempo limitado para elaboração do trabalho, optou-se por estudar um subconjunto de indivíduos retirados da população, isto é, uma amostra. O erro amostral para a amostra é de 5%.<sup>134</sup>

A amostra foi representada por 90 profissionais e 90 usuários, que representam respectivamente 43% do total de profissionais e 75% da capacidade de usuários internados em algum momento na instituição. Acrescenta-se à somatória dos profissionais de saúde mais cinco servidores que concordaram em participar da

entrevista gravada, perfazendo um total, portanto, de 185 entrevistados. A razão da escolha deste total é que a mesma contemplou um número representativo de sujeitos de cada subconjunto da população.

Os sujeitos que compuseram o universo de investigação desta pesquisa foram selecionados de acordo com a delimitação da população base, seguindo os critérios de inclusão e exclusão, assim como seu grau de representatividade. Os participantes da pesquisa pertencem basicamente a dois grupos, portanto: 1) Profissionais de saúde, grupo constituído por: 40 médicos, 10 enfermeiros, 40 técnicos de enfermagem, entrevistados individualmente nas dependências das unidades. Cada profissional foi indicado com as letras iniciais de sua função e um número ordinal sequencial (M1, E1, TE1). 2) 90 usuários do SUS internados no Pronto Socorro do HRT, divididos em: 20 Cardiologia, 30 Clínica Médica, 10 Ortopedia, 20 Clínica Cirúrgica, 10 Pediatria. Cada paciente foi indicado com a letra 'U' que representa usuários, seguida de um número ordinal sequencial. O número da amostra escolhida foi definido levando em consideração o número de profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) que estavam afastados por motivo de férias, licença maternidade, licença médica e licença prêmio. A unidade possui 20 enfermeiros (7 estavam de férias, licença médica, licença maternidade ou licença prêmio), a amostra contemplou 50% destes. A unidade possui 117 técnicos de enfermagem e a amostra contemplou 34,1% desse universo (30 estavam de férias, licença médica, licença maternidade ou licença prêmio). Dos 70 médicos da unidade, a amostra contemplou 57,1% destes, (20 estavam de férias, licença médica, licença maternidade ou licença prêmio).

No total, 80 profissionais foram selecionados para participar das entrevistas semi-estruturadas (Formulário I) por se mostrarem interessados e comprometidos com o tema, se dispondo a preencher os formulários (30 médicos, 10 enfermeiros e 40 técnicos de enfermagem).

**Critérios de Inclusão:** A pesquisa foi direcionada apenas aos profissionais de saúde locados na unidade e que prestassem assistência diretamente aos usuários na unidade pesquisada que fossem técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos e também os usuários que se encontravam internados na unidade independente da idade, do diagnóstico ou clínica responsável. As seguintes especialidades foram escolhidas proporcionalmente porque são as mais representativas da demanda: cardiologia, cirurgia geral, ortopedia, clínica médica e

pediatria. No caso da pediatria, caso o paciente fosse menor de idade, ou doente considerado incapaz seriam entrevistados um dos responsáveis legais que estivesse acompanhando.

Na unidade, a pesquisadora abordava os profissionais e usuários em momentos de pouco movimento e atividades (evitando assim a interrupção da entrevista por situações adversas) e permitindo um livre fluxo de ideias. Inicialmente, se apresentava, explicava o porquê de sua presença no local e fazia o convite para que o sujeito aceitasse participar da pesquisa. Houve boa receptividade na unidade, com elevado grau de disponibilidade para a concessão das entrevistas, exceto quando solicitada a gravação, que em geral foram rejeitadas por desconfiança ou medo de comprometimento. As entrevistas ocorreram de forma tranquila, e durante os momentos de contato foi possível observar a postura, os gestos (sinais corporais), mudanças no tom de voz, demonstração de surpresas em muitos casos, desapontamento, revolta, desânimo e indignação. Tudo isto, contribuiu a partir do contexto observacional para a leitura e interpretação dos resultados.

Foi também elaborado um diário de campo no qual foram registradas informações adicionais ao processo de coleta, como observação do primeiro contato entre pacientes e profissionais de saúde nos momentos da consulta e internação, o ambiente, a rotina de trabalho da unidade como horários de cuidados e administração de medicamentos, horários de visitas médicas, de enfermagem e familiares. Foram observados também os tipos de informações estavam disponível aos usuários e qual linguagem era utilizada para transmitir estas informações. O roteiro de entrevista abrangeu ampla gama de questões relativas ao conhecimento do profissional de saúde e do usuário sobre os direitos dos pacientes. Na pesquisa, contudo, foram discutidos apenas os resultados relativos aos direitos dos pacientes e ao empoderamento dos usuários e profissionais de saúde.

Durante um ano foi adotado um rodízio de dias alternados, em uma semana as entrevistas aconteciam nas segundas, quartas e sextas-feiras, na semana seguinte as entrevistas aconteciam nas terças, quintas e sábados, e assim sucessivamente. Este rodízio foi adotado para dar oportunidade para todos profissionais que trabalham em regime de plantões fixos pudessem participar e também para que a pesquisadora conseguisse entrevistar usuários recém-admitidos na unidade.

### 4.1.2 Ordenamento dos Dados para Análise

À medida que se realizavam as entrevistas, as informações relativas ao objeto de estudo iam sendo levantadas e organizadas e ao longo do tempo percebeu-se que a análise tornava-se cada vez mais consistente e densa.

O conteúdo das informações prestadas pelos sujeitos da pesquisa foi analisado previamente e posteriormente classificado (com exceção das perguntas abertas). A tabulação foi realizada manualmente, por se tratar de uma amostra populacional pequena, utilizando a técnica do Traço-e-Risco que segundo Lakatos e Marconi <sup>132</sup> (p.145) é:

O mais fácil dos procedimentos consiste em traçar uma linha convencional, de fácil conjunto, em relação a cada caso compreendido na série que se conta. Realiza-se o traço-e-risco mediante a elaboração de um quadro de frequência: à esquerda colocando-se os números das categorias ou grupos e ao lado deles vão-se anotando os dados, por meio de riscos.

Os resultados foram representados por meio de tabelas criadas pela ferramenta Word e Excel do programa Microsoft Office. A análise dos dados qualitativos obtidos durante as entrevistas foi feita por meio de leitura crítica. Por meio desta análise foram identificados os pontos que mereciam uma maior atenção e que deveriam ser mais valorizados. Os dados quantitativos obtidos a partir da tabulação dos questionários foram divididos e analisados conforme a disposição dos mesmos, primeiramente os aspectos pertinentes ao perfil da população estudada e em seguida a percepção e importância ao atendimento e conhecimento dos direitos do paciente. Os resultados estão limitados à população pesquisada, a generalização das respostas do estudo apresentado, não garante que esse efeito exista em quaisquer lugares, tempos e grupos de profissionais e usuários, senão o analisado neste estudo.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados apresentados baseiam-se em resultados de pesquisa de campo quali-quantitativa projetada para levantar informações sobre a percepção dos usuários e diferentes profissionais da rede pública de saúde em relação aos direitos do paciente. Esses dados serão expostos por meio de tabelas que permitem uma compreensão imediata do fenômeno, possibilitando ao leitor um conhecimento da situação real e atual da questão estudada.

Como foi dito no capítulo anterior, foram aplicados questionários para 90 usuários/pacientes e o mesmo número de profissionais de saúde, entre médicos (40), enfermeiros (10) e técnicos de enfermagem (40). Além disso, posteriormente, foi desenvolvida uma entrevista semi-estruturada. Para melhor compreensão da leitura dos resultados da pesquisa, é indispensável registrar que a amostra feita com os usuários será apresentada em porcentagem absoluta relacionada ao total dos 90 sujeitos entrevistados (que significa 100% da amostra, portanto). Os resultados doravante apresentados nos tópicos correspondentes e relacionados com os questionários aplicados especificamente aos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, por sua vez, serão mostrados em porcentagem relacionada individualmente com cada um dos três segmentos, ou seja, os 40 médicos significarão 100% das respostas dos questionários, igualmente aos 10 enfermeiros e aos outros 40 técnicos de enfermagem também participantes. No final do capítulo, adicionalmente e para melhor compreensão, será apresentado um tópico consolidado, com a amostra total de 90 sujeitos (40 médicos + 10 enfermeiros + 40 técnicos de enfermagem) das questões que foram comuns aos questionários dos três grupos.

## 5.1 QUESTIONÁRIO I - USUÁRIOS

Nos instrumentos utilizados para usuários, a idade foi codificada por faixas etárias que abrangem desde o nascimento até os 60 anos ou mais, contemplando assim todas as clínicas pesquisadas. A cor foi definida pela gradação branco, negro, amarelo, pardo e outros para gradação autorreferidas. O grau de escolaridade contemplou desde o analfabeto até o curso superior completo, permitindo identificar graus superiores. Os dados obtidos demonstram subjetivamente a relação entre o grau de escolaridade e o grau de conhecimento sobre os SUS, direitos e deveres como usuário do sistema de saúde, obrigações e a forma como identificam os problemas e reivindicam uma assistência de qualidade.

O local de residência foi abordado com o intuito de definir a existência de migração de usuários de outras regiões administrativas do Distrito Federal e de outros estados da federação em busca de atendimento médico. A religião foi abordada apenas como um dado a mais na tentativa de mostrar que é fato a existência de um pluralismo religioso. Mesmo que a maioria professe a religião católica, esses dados tem valor na relação profissional-paciente. O estado civil também é um dado importante para definir o tratamento, a rotina e repercute nas relações familiares, profissionais e principalmente na saúde, pois as doenças não provem apenas de microrganismos e fatores hereditários. O estado civil e as relações sociais também foram levados em consideração, pois podem afetar a saúde do indivíduo. O trabalho e a renda, por sua vez, são dados que demonstram a participação ativa do indivíduo na sociedade, traz dignidade e valorização do ser humano, além da cidadania.

Foram entrevistados 90 usuários. Conforme mostram as **Tabelas 1 e 2** os dados sócio-demográficos revelam que a predominância (maior frequência) é de brancos, do sexo feminino, faixa etária compreendida entre 50 a 59 anos, solteiros, católicos, moradores das cidades satélites – Ceilândia, possuem o ensino fundamental completo, trabalham em empresas privadas e recebem em média um salário mínimo.



**Tabela 1. Dados sócio-demográficos dos usuários pesquisados, referentes à idade, cor, sexo, estado civil, religião, local de residência, escolaridade.**

Idade			Cor		Sexo		Estado Civil				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
0-4	06	6,6	Branco	66	73,3	M	38	42,2	Solteiro	38	42,2
5-9	04	4,4	Negro	24	26,6	F	52	57,7	Casado	30	33,3
10-14	02	2,2	Amarelo	00	00				Viúvo	04	4,4
15-17	05	5,5	Pardo	02	2,2				União Estável	05	5,5
18-29	25	27,7	Outros	00	00				Divorciado	11	12,2
30-49	10	11,1							Separado	02	2,2
50-59	28	31,1							Outros	00	00
≥ 60	10	11,1									
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100</b>		<b>90</b>	<b>100</b>		<b>90</b>	<b>100</b>		<b>90</b>	<b>100</b>

  

Religião			Residência		Escolaridade			
	N	%	N	%	N	%		
Católico	72	80	Taguatinga	21	23,3	Analfabeto	14	15,5
Protestante	14	15,5	Brasília	01	1,1	Ens. Fund. Incompleto	16	17,7
Espírita	02	2,2	Ceilândia	41	45,5	Ens. Fund. Completo	21	23,3
Ateu	00	00	Outras Cidades	06	6,6	Ens. Méd. Incompleto	07	7,7
			Satélites					
Outras	02	2,2	Cidades do	17	18,8	Ens. Méd. Completo	20	22,2
			Entorno					
Não	00	00	Outros Estados do	04	4,4	Superior Incompleto	12	13,3
Informado			Brasil					
			Outros Países	00	00	Superior Completo	07	7,7
						Pós-Graduação	00	00
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100</b>		<b>90</b>	<b>100</b>		<b>90</b>	<b>100</b>
<b>Absoluto</b>								

Fonte: Próprio autor.

O perfil sócio-demográfico é de extrema importância, pois segundo a Organização Panamericana de Saúde que realizou pesquisas sobre exclusão social e em saúde nos países da América Latina, a pobreza, a discriminação, o desemprego, o baixo nível de escolaridade e a falta de acesso aos serviços públicos, entre outros, tornam os indivíduos vulneráveis e excluídos da sociedade<sup>135</sup>.

**Tabela 2. Dados sócio-demográficos dos usuários pesquisados, referentes à profissão e renda.**

Profissão			*Renda		
	N	%		N	%
Autônomo	03	3,3	≤ 1	28	31,1
Empresário	02	2,2	1-3	19	21,1
Do lar	23	25,5	4-6	04	4,4
Funcionário Público	26	28,8	7-9	02	2,2
Aposentado	15	16,6	≥ 10	04	4,4
Desempregado	15	16,6	Não Informado	33	36,6
Empresa Privada	31	34,4			
Outros	00	00			
<b>Total Absoluto</b>	<b>90</b>	<b>100</b>		<b>90</b>	<b>100</b>

Fonte: Próprio autor.

Conforme pode ser identificado na **Tabela 3** o tempo de espera mínima para atendimento foi de 3 a 4 horas. A clínica médica apresentou o maior número de pacientes internados, os pacientes encontravam-se internados em camas e o tempo de internação foi igual ou superior a quatro dias. Segundo dados de dois estudos realizados nos anos de 2004 e 2006 por técnicos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA<sup>136</sup> em relação às filas e demora no atendimento nos serviços públicos de saúde no Brasil, os dados demonstram que em média o usuário espera de quatro a cinco dias para qualquer tipo de internação e de acordo com relatos dos próprios pacientes a espera faz parte da rotina dos usuários do SUS. Comparando com outros hospitais, a demora no atendimento nos hospitais públicos é de 59% maior que nos privados e 46% maior do que nos conveniados. A referida pesquisa ainda mostra que a probabilidade de um leito do SUS estar ocupado é de 39%. As cidades que apresentaram o menor tempo de espera foram Campo Grande e Goiânia, enquanto no Distrito Federal, em Florianópolis e Salvador a média é de três dias de espera. Explica, também que, a atenção primária, que deveria resolver 70% dos casos, não o faz, o que gera a procura dos usuários a uma assistência hospitalar como única solução para seu problema.

**Tabela 3. Dados dos usuários pesquisados, referentes ao processo de internação: tempo de espera, clínica de internação, tempo de internação e acomodação.**

* Tempo de Espera por Atendimento ao Chegar na Unidade			Clínica de Internação		No momento da Internação Ficou a Acomodado em:			Tempo de Internação até o Momento			Hoje Encontra-se Internado em:			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
0-20min	10	11,1	Cardiologia	20	22,2	Cama	55	61,1	1-3 dias	38	42,2	Cama	60	66,6
30-50min	16	17,7	C. Médica	30	33,3	Maca	10	11,1	≥ 4	52	57,7	Maca	10	11,1
1-2hs	24	26,6	Ortopedia	10	11,1	Cadeira	20	22,2				Cadeira	15	16,6
3-4hs	28	31,1	C. Cirúrgica	20	22,2	Chão	05	5,5				Chão	00	00
≥ 5 hs	07	7,7	Pediatria	10	11,1	Outros	00	00				Outros	05	5,5
Não sabe, não lembra	05	5,5												
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100</b>		<b>90</b>	<b>100</b>		<b>90</b>	<b>100</b>		<b>90</b>	<b>100</b>		<b>90</b>	<b>100</b>
<b>Absoluto</b>														

Fonte: Próprio autor.

Os dados do presente estudo refletem uma proximidade ao resultado da pesquisa realizada pelo IPEA. É necessário registrar neste sentido que na unidade pesquisada já foi implantado o sistema de acolhimento e classificação de risco - que são etapas do QualiSUS - não justificando assim a longa espera. Pode-se depreender que em alguns casos a demora no atendimento acontece devido a grande demanda, falta de leitos, importação e imigração de pacientes provenientes de outras cidades do entorno do Distrito Federal e de outras regiões do País. Porém, não se justifica o “martírio” e “via crucis” enfrentada pelos usuários que se desesperam e perecem, problema este que existe há décadas sem solução. Alguns pacientes relataram que antes de procurar o hospital passaram nos centros de saúde próximo às residências, não conseguindo atendimento por falta de médicos.

Os números também revelam que pacientes ficam internados e acomodados em macas, cadeiras e até no chão pelos corredores, à espera de um leito; isto representa a não rotatividade e não resolubilidade. Marinho<sup>137</sup> afirma que o problema não são as filas e sim a quantidade de filas e o não gerenciamento e

regulação destas. O autor cita um exemplo concreto e eficiente da regulação de filas que foi implantado na cidade de Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, onde as filas diminuíram consideravelmente desde 1999, quando foi criada uma central de regulação informatizada que identifica o paciente e qual o hospital mais próximo com leito e equipamentos adequados para cada caso específico. Diante dos fatos apresentados, o que eleva o tempo de espera é a ausência de gestão dos recursos existentes e o não conhecimento da demanda real e reprimida, revelando assim que os Centros e Postos de Saúde e a Estratégia Saúde da Família – ESF não estão fazendo seu dever de casa, permitindo o desvio de pacientes ambulatoriais para as emergências.

A seguir, são apresentados alguns resultados obtidos na pesquisa e que chamaram a atenção: A totalidade dos usuários (90 usuários= 100% da amostra) afirmou de maneira convicta que não foram chamados pelo nome quando solicitados pelo médico a adentrarem ao consultório; 71,1% alegaram também não terem tido o direito de ser acompanhados por um amigo ou familiar durante a consulta e 60% durante a internação; 51,1% referiram que os médicos não se identificaram e 44,4% não viram a identificação funcional (crachá) do profissional médico durante o atendimento; 21,1% afirmaram ainda não terem sido informados sobre o motivo da internação e 57,7% não foram esclarecidos sobre quais medicações foram prescritas e seus efeitos, 21,1% que não recebem visitas diárias do médico e 80% que não recebem visitas diárias do enfermeiro. Também foi constatado por meio dos dados obtidos que quando os usuários solicitam a presença do médico, 57,7% não são atendidos, enquanto 53,3% também não são atendidos quando solicitam a presença do enfermeiro.

Quando questionados sobre se a linguagem utilizada pelo profissional médico era de fácil entendimento, 68,8% dos usuários responderam que não; em relação à linguagem do profissional enfermeiro, 67,7% disseram que não é utilizada linguagem facilitada. Por outro lado, 66,6% responderam que os médicos não conversam com os familiares e 57,7% afirmaram que os enfermeiros não conversam com seus familiares. Em relação aos procedimentos realizados pelos profissionais de saúde, 46,6% dos usuários alegaram que os profissionais não pedem autorização e quando pedem a autorização 75,5% afirmam que esta autorização é solicitada apenas de forma verbal. Chegou a 37,7% o registro de usuários informaram que quando recusaram algum procedimento foram repreendidos. Muitos dos usuários (73,3%)

não permitem que os profissionais façam o que querem com seus corpos. Parte dos usuários entrevistados (50%) sabe que existem leis que protegem os pacientes, porém: 72,2% nunca usaram estas em prol de fazer cumprir seus direitos; 71,1% alegam não terem sido orientados sobre os direitos do paciente na unidade de internação; e 76,6% não acreditam na eficácia destas leis. Nada menos que 84,4% informaram desconhecer o direito de acesso ao prontuário.

Estes dados (**Tabela 4**) revelam a vulnerabilidade dos usuários diante dos profissionais e de todo o sistema de saúde. Tais dados representam resposta direta aos objetivos deste trabalho, demonstrando desinformação por parte dos usuários e mesmo dos profissionais de saúde. A desinformação ainda é o maior obstáculo para que se alcance uma saúde plena por meio do acesso aos serviços de saúde. Também mostra a deficiência na formação de muitos profissionais que atuam nos serviços de saúde, indicando a necessidade de maior investimento na educação continuada e permanente destes, pois o mercado atual exige um novo profissional que tenha como característica principal o perfil problematizador. Os profissionais de saúde devem se permitir o desenvolvimento de uma escuta qualificada na condição de aprendizes, terem um olhar diferenciado, um diálogo comprometido e acima de tudo desejo de aprender com o outro para que haja crescimento profissional e as decisões sejam mais compartilhadas, coerentes e menos conflitivas. Os dados demonstram também a vulnerabilidade pelo desconhecimento legal do processo na relação do profissional de saúde com o paciente.

Diante desta análise, pode-se perceber que com o avanço técnico-científico existente na área da saúde, o atendimento de forma humanizada se perdeu com o tempo, o paciente deixou de ser pessoa, de ter um nome, e passa a ser uma doença a ser estudada, não existe o relacionamento humano, as necessidades emocionais e psicológicas são desconsideradas. Humanizar não é somente chamar o paciente pelo nome; é se envolver com o problema, se aperfeiçoar e se qualificar como profissional, é rever as atitudes e procedimentos. É importante esclarecer que o nome não deixa de significar a personalização do indivíduo que, quando evocado, permite um vínculo de confiança, segurança e diálogo. Para Campos<sup>138</sup> é importante manter um controle dialético entre os sujeitos envolvidos, sendo que o respeito deve se iniciar pela identificação do nome e sobrenome da pessoa.

Gomes *et al*<sup>139</sup> afirmam que é mais fácil chamar o paciente no diminutivo (como mãezinha, vozinho, bebê), por um número ou mesmo pela doença da qual o

usuário é portador, que perguntar e aprender o nome do paciente, perdendo assim a possibilidade de criação de um vínculo, de uma relação mais íntima. Deve-se estabelecer uma relação íntima de cumplicidade e confiança com o paciente, além da terapêutica, pois, é necessária a participação do mesmo nas resoluções dos problemas, que somente será alcançada quando houver complementação entre a necessidade de informação, o domínio do conhecimento e o respeito à autonomia dos sujeitos que recebem a atenção.

A equipe de saúde deve ter consciência que a educação que transforma deve ser usada no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, reforçando a atuação e controle social consciente. Como afirmam Gomes et al<sup>139</sup> (p. 779):

Ampliar a consciência dos direitos dos usuários na prática dos serviços requer um trabalho educativo que envolva gestores, trabalhadores e usuários. Isso porque a garantia constitucional e os códigos legitimados não são suficientes para efetivar esses direitos na prática.

O empoderamento em saúde deve ser utilizado como estratégia de transformação e construção dos serviços de saúde<sup>140,141</sup>. A informação faz parte do processo de educação permanente em saúde e está alicerçada em uma perspectiva de construção de espaços dialógicos coletivos e individuais, fazendo parte do trabalho multiprofissional. O processo de educação tem o objetivo de empoderar os indivíduos participantes do processo além de estimular a reflexão da população e dos profissionais.

Os dados sobre o acesso às informações em relação aos direitos do paciente revelaram que 71,1% dos usuários entrevistados afirmaram não terem recebido nenhuma informação por parte da instituição onde foram atendidos. Este dado vai de encontro às afirmações de Sonobe, Buetto e Zago<sup>142</sup> que estudaram o conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos, em pesquisa realizada entre os anos de 2008 e 2009 em um ambulatório oncológico na cidade de Ribeirão Preto/São Paulo, onde os usuários responderam que não obtiveram informações por parte dos profissionais de saúde e sim por outros meios. Os autores ainda afirmam que muitos profissionais que prestam assistência aos usuários desconhecem a legislação vigente sobre o assunto em todo ou em parte, o que mostra a necessidade do tema ser abordado durante a formação acadêmica do profissional.

**Tabela 4. Dados relacionados com a forma de atendimento na unidade percebido pelos usuários sobre o cumprimento aos direitos do paciente**

Perguntas	SIM		NÃO		AS VEZES/NÃO SABE	
	N	%	N	%	N	%
Foi chamado pelo nome quando solicitado a entrar no consultório?			90	100		
Foi permitida a entrada do acompanhante no consultório durante a consulta?	26	28,8	64	71,1		
O médico se identificou? (pelo nome)	44	48,8	46	51,1		
O (a) senhor (a) viu o crachá do médico?	31	34,4	40	44,4	19	21,1
O médico deixou o (a) senhor (a) falar o que estava acontecendo?	84	93,3			06	6,6
O médico explicou a provável causa da doença ou mal-estar?	52	57,7	28	31,1	10	11,1
O médico prescreveu medicamentos?	63	70	20	22,2	07	7,7
O médico explicou quais eram e como funcionavam estes medicamentos?	18	20	52	57,7	20	22,2
O (a) senhor (a) sabe por que está internado (a)?	56	62,2	19	21,1	15	16,6
O (a) senhor (a) recebe visita do médico diariamente?	71	78,8	19	21,1		
O (a) senhor (a) sabe se o médico solicitou exames?	76	84,4	10	11,1	04	4,4
O (a) senhor (a) sabe quando vai realizar os exames solicitados pelo médico?	38	42,2	52	57,7		
Quando o (a) senhor (a) solicita a presença do médico este vem prontamente?	38	42,2	52	57,7		
Quando o (a) senhor (a) faz uma pergunta ao médico, ele responde prontamente?	66	73,3	24	26,6		
Quando o médico responde a sua pergunta, ele usa uma linguagem fácil de ser entendida pelo senhor (a)?	28	31,1	62	68,8		
O médico conversa com seus familiares?	19	21,1	60	66,6	11	12,2
Quando o (a) senhor (a) solicita a presença do enfermeiro este vem prontamente?	36	40	48	53,3	06	6,6
Quando o (a) senhor (a) faz uma pergunta ao enfermeiro, ele responde prontamente?	31	34,4	45	50	14	15,5

Fonte: Próprio autor.

**Tabela 4. Dados relacionados com a forma de atendimento na unidade percebido pelos usuários sobre o cumprimento aos direitos do paciente (continuação...)**

Perguntas	SIM		NÃO		AS VEZES/NÃO SABE	
	N	%	N	%	N	%
Quando o enfermeiro responde a sua pergunta, ele usa uma linguagem fácil de ser entendida pelo senhor (a)?	24	26,6	61	67,7	05	5,5
O enfermeiro conversa com seus familiares?	30	33,3	52	57,7	08	8,8
O (a) senhor (a) está sendo chamado pelo seu nome pela equipe de enfermagem?	46	51,1	34	37,7	10	11,1
A equipe de enfermagem quando presta assistência ao senhor (a) se identifica pelo nome?	72	80	18	20		
Foi permitido acompanhante durante sua internação?	36	40	54	60		
O (a) senhor (a) viu o crachá do enfermeiro ou técnico de enfermagem?	73	81,1	17	18,8		
O (a) senhor (a) está sendo bem atendido durante o processo de internação pela equipe de enfermagem?	32	35,5	58	64,4		
A equipe de enfermagem tem verificado os sinais vitais? (PA, T, P, R)	32	35,5	58	64,4		
A equipe de enfermagem tem respondido suas perguntas de forma satisfatória?	17	18,8	73	81,1		
O (a) senhor (a) sabe o horário das medicações que estão sendo administradas?	28	31,1	60	66,6	02	2,2
A equipe de enfermagem informa qual o nome da medicação que está sendo administrada?	18	20	69	76,6	03	3,3
O (a) senhor (a) recebe visita do enfermeiro diariamente?	18	20	72	80		
O (a) senhor (a) sabe que pode receber visitas dos familiares diariamente?	69	76,6	18	20	03	3,3
A equipe de enfermagem conversa com seus familiares?	10	11,1	76	84,4	04	4,4
Quando os médicos vão fazer algum procedimento no (a) senhor (a), eles informam o que vão fazer?	44	48,8	46	51,1		
Quando a equipe de enfermagem ou o médico vão fazer algum procedimento no (a) senhor (a), eles pedem sua autorização?	22	24,4	68	75,5		
Esta autorização é de forma verbal ou escrita?	Verbal		Escrita			
	42	46,6	10	11,1	38	42,2

Fonte: Próprio autor.



**Tabela 4. Dados relacionados com a forma de atendimento na unidade percebido pelos usuários sobre o cumprimento aos direitos do paciente (continuação...)**

Perguntas	SIM		NÃO		AS VEZES/NÃO SABE	
	N	%	N	%	N	%
Teve algum procedimento que o (a) senhor (a) não permitiu realizar?	34	37,7	45	50	11	12,2
Quando recusou o procedimento o médico ou a equipe de enfermagem lhe repreendeu?	34	37,7			56	62,2
O (a) senhor (a) deixa os médicos ou a equipe de enfermagem fazer o que quiserem no seu corpo? Pois estudaram e sabem o que estão fazendo.	20	22,2	66	73,3	04	4,4
O (a) senhor (a) sabe que existem leis que protegem o paciente?	45	50	35	38,8	10	11,1
O (a) senhor (a) já utilizou algumas destas leis para exigir seus direitos?	15	16,6	65	72,2	10	11,1
O médico ou a equipe de enfermagem lhe informaram sobre seus direitos nesta instituição?	26	28,8	64	71,1		
O (a) senhor (a) acredita na eficiência destas leis que protegem o paciente?	21	23,3	69	76,6		
O (a) senhor (a) sabe que pode ver e ler seu prontuário?	14	15,5	76	84,4		

Fonte: Próprio autor.

Quando solicitados a avaliar o atendimento médico e da equipe de enfermagem na unidade pesquisada (**Tabela 5**), a predominância das respostas dos usuários recaiu sobre a opção “regular”. Sonobe, Buetto e Zago<sup>142</sup> declaram que a insatisfação total ou parcial dos usuários do sistema de saúde é devida à falta de acolhimento e humanização pelos profissionais, tornando assim o atendimento sem qualidade. A falta de acessibilidade aos serviços, pessoal desqualificado ou despreparado para prestar atendimento, o tempo de espera prolongado e também a fragilidade emocional do paciente, contribuem para aumentar ainda mais a insatisfação.

A escuta sobre a opinião dos usuários acerca do atendimento e funcionamento dos serviços de saúde permite qualificar e repensar as práticas profissionais e gerenciais ora em uso no sistema público analisado na presente pesquisa, proporcionando uma possibilidade de melhor organização para o sistema. Os dados aqui apresentados podem servir como subsídio para uma análise e

implantação de políticas mais inclusivas e decisões mais justas dos gestores, na tentativa de ouvir e permitir a participação democrática da comunidade. O SUS permite conceitualmente e na prática um processo de participação integrada, possibilitando que cada instituição participante do sistema defina como será o compartilhamento das decisões. Os dados aqui apresentados demonstram que os usuários não criam expectativas em relação ao serviço público. Segundo Vaitsman e Andrade<sup>143</sup> (p. 606) “o simples fato de ser atendido já pode produzir satisfação, pois as pessoas não esperam muito das instituições públicas.”.

**Tabela 5. Avaliação dos usuários sobre o atendimento dos profissionais na unidade.**

Atendimento Equipe de Enfermagem em Geral			Atendimento Médico em Geral		
	N	%		N	%
Ótimo	13	14,4	Ótimo	18	20
Bom	18	24,2	Bom	26	28,8
Regular	22	20	Regular	37	41,1
Ruim	17	18,8	Ruim	07	7,7
Péssimo	20	22,2	Péssimo	02	2,2
<b>Total Absoluto</b>	<b>90</b>	<b>100</b>		<b>90</b>	<b>100</b>

Fonte: Próprio autor.

Processos de mobilização social e conscientização da população devem ser adotados, permitindo assim o direito à saúde e à cidadania por meio da escuta permanente das demandas da população. Uma solução para este problema de insatisfação do usuário em relação ao atendimento, aqui interpretado como insatisfação na resolução dos problemas dos usuários, seria a criação de oficinas pedagógicas em educação e saúde, como forma do processo empoderador nas ações coletivas e individuais. É possível também a criação de espaços dialógicos entre profissionais e usuários com temas das práticas do cotidiano que associem conhecimento científico e experiência de vida, construindo assim um saber da realidade concreta na busca de resolução para os problemas do dia-a-dia no contexto do processo saúde-doença. Na linguagem da Bioética de Intervenção estes espaços seriam considerados como territórios construtivos, participativos e democráticos de empoderamento, libertação e emancipação. Os profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem, devem como rotina respeitar e

informar os usuários sobre seus direitos, por serem os mais responsáveis mais próximos aos pacientes e por estarem devidamente capacitados na sua formação acadêmica sobre o processo de educação em saúde.

## 5.2 QUESTIONÁRIO II - MÉDICOS

Foram entrevistados 40 médicos de uma amostra total de 90 profissionais de saúde. Como foi dito no início deste Capítulo 5, para facilitar a compreensão na leitura e interpretação dos resultados, cada um dos três segmentos dos profissionais entrevistados (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) será analisado separadamente, com as porcentagens sendo mostradas na relação com cada um desses segmentos individualmente. Conforme mostram as **Tabelas 6 e 7**, os dados sócio-demográficos revelam que a predominância (maior frequência) entre os médicos da amostra é de brancos, do sexo masculino, faixa etária compreendida entre 22 a 29 anos e solteiros, com todos possuindo especialização *lato sensu* em algum campo do conhecimento.

Os dados relacionados à forma de atendimento na unidade percebido pelos profissionais médicos sobre o cumprimento aos direitos do paciente revelaram que 87,5% da amostra total chamam o usuário pelo nome e 100% assumem que já utilizaram a palavra “próximo” para solicitar a entrada do usuário no consultório; 82,5% permitem a entrada de acompanhante durante a consulta. Quando questionados sobre se usam a identidade funcional ou “crachá” em local visível, 45% responderam que sim e 70% afirmaram que se identificam ao usuário pelo nome durante a consulta. Sobre o provável diagnóstico ou sintoma, 67,5% declaram que explicam as causas para o usuário. Apenas 25% informam o nome e quais são os efeitos dos medicamentos prescritos e 90% responderam que fazem visita médica durante o plantão. Em relação à solicitação de um médico por parte do usuário, 70% disseram que atendem prontamente e 100% declararam que respondem todos os questionamentos dos pacientes. Sobre a relação com os familiares, 32,5% afirmaram que conversam com os mesmos quando solicitados.

**Tabela 6. Dados sócio-demográficos dos profissionais médicos referentes à idade, cor, sexo, estado civil e escolaridade.**

Idade			Cor			Sexo			Estado Civil			Escolaridade		
	N	%		N	%		N	%		N	%		N	%
												Esp. Lato	40	100
22-29	19	47,5	Branco	28	70	M	30	75	Solteiro	25	62,5	sensu		
												Mestrado	00	00
30-39	08	20	Negro	01	2,5	F	10	25	Casado	07	17,5	Completo		
												Mestrado	00	00
40-49	11	27,5	Amarel	00	00				Viúvo	00	00	Incompleto		
									União			Doutorado	00	00
50-59	02	5	Pardo	11	27,5				Estável	05	12,5	Completo		
									Divorciad			Doutorado	00	00
≥ 60	00	00	Outros	00	00				o	03	7,5	Incompleto		
									Separado					
										00	00			
									Outros	00	00			
Total Absoluto	40	44,4		40	44,4		40	44,4		40	44,4		40	44,4
Total Relativo	40	100		40	100		40	100		40	100		40	100

Fonte: Próprio autor.

**Tabela 7. Dados relacionados com a forma de atendimento na unidade percebido pelos profissionais médicos sobre o cumprimento aos direitos do paciente.**

Perguntas	SIM		NÃO		AS VEZES/NÃO SABE	
	N	%	N	%	N	%
Costuma chamar o paciente pelo nome?	35	87,5			05	12,5
Já chamou o paciente utilizando a frase “o próximo” para que este entre no consultório?	40	100				
Permiti a entrada do acompanhante no consultório durante a consulta?	33	82,5			07	17,5
Identifica-se para o paciente pelo nome?	28	70	05	12,5	02	5
Usa crachá de maneira visível?	18	45	12	30	10	25
Explica a provável causa da doença ou sintoma para o paciente?	27	67,5			13	32,5
Quando prescreve alguma medicação o senhor (a) informa o nome e quais são os efeitos destes medicamentos?	10	25	27	67,5	03	7,5
Quando o paciente é internado o senhor (a) explica o motivo da necessidade da internação?	40	100				
O senhor (a) realiza visita médica quando está de plantão?	36	90			04	10
Quando o paciente solicita a presença do médico, o senhor (a) atende prontamente?	28	70			12	30
Quando o paciente faz uma pergunta, o senhor (a) responde prontamente?	40	100				
O senhor (a) conversa com os familiares do paciente quando solicitado?	13	32,5			17	42,5

**Tabela 7. Dados relacionados com a forma de atendimento na unidade percebido pelos profissionais médicos sobre o cumprimento aos direitos do pacientes (continuação...)**

Perguntas	SIM		NÃO		AS VEZES/NÃO SABE	
	N	%	N	%	N	%
Quando vai fazer algum procedimento no paciente, o senhor (a) informa o que vai fazer?	38	95			02	5
Quando vai fazer algum procedimento no paciente, o senhor (a) pede a autorização do mesmo?	18	45			12	30
Esta autorização é de forma verbal ou escrita?			Verbal	Escrita		
	35	87,5	05	12,5		
Já houve casos de pacientes recusarem algum procedimento?	18	45	10	25	12	30
Quando houve a recusa do procedimento, o senhor (a) o repreendeu?	18	45	05	12,5	17	42,5
Em sua opinião, os pacientes permitem que os médicos façam o que quiserem em seu corpo?	34	85	02	5	04	10
O (a) senhor (a) sabe que existem leis que protegem o paciente?	40	100				
O (a) senhor (a) já utilizou algumas destas leis para exigir seus direitos como paciente?	12	30	08	20	20	50
O (a) senhor (a) costuma informar ao paciente sobre quais são os seus direitos como usuário do sistema de saúde?	06	15	19	47,5	15	37,5
O (a) senhor (a) acredita na eficiência destas leis que protegem o paciente?	21	52,5	12	30	07	17,5
O (a) senhor (a) sabe que o paciente tem o direito de ler o próprio prontuário?	40	100				
O (a) senhor (a) permite que o paciente tenha acesso ao prontuário, quando este solicita?	08	20	21	52,5	11	27,5

Fonte: Próprio autor.

Quando questionados sobre a realização de procedimentos realizados no usuário, 95% dos médicos relataram que informam ao paciente sobre que tipo de procedimento será realizado, 45% afirmaram que pedem autorização para realização do procedimento e 87,5% responderam que esta autorização na maioria das vezes é feita de forma verbal. Sobre a recusa de procedimentos por parte dos usuários, 45% alegaram que já houve e outros 45% confirmaram que já repreenderam usuários para que estes aceitassem o tratamento. Quando questionados sobre se os usuários permitem que os médicos façam o que quiserem em seus corpos, 85% responderam que sim. Sobre a existência de leis que protegem os pacientes, 100% disseram que tem conhecimento e 30% confessaram que já utilizaram uma destas leis para exigir seus próprios direitos como paciente. Contudo, 15% afirmaram não informar o paciente sobre seus direitos como usuário do sistema de saúde, 52,5% acreditam na eficiência das leis que protegem os direitos dos usuários do sistema de saúde e 100% sabem que o paciente tem direito ao acesso ao prontuário. No entanto apenas 20% manifestaram permitir o acesso do usuário ao prontuário. Quando solicitados a avaliar o atendimento médico em geral (**Tabela 8**), o atendimento da equipe de enfermagem e o seu próprio atendimento na unidade pesquisada, 62,5 dos médicos entrevistados consideraram bom o atendimento realizado pela equipe enfermagem, 45% consideram o atendimento médico em geral ótimo e 100% consideram seu próprio atendimento ótimo.

Segundo dados do relatório anual do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)<sup>144</sup> divulgado em 2009, os usuários se sentem desrespeitados em relação ao atendimento médico no Brasil tanto na rede pública como na rede privada de saúde. Foram entrevistadas 2.000 pessoas que apresentavam diferentes graus de instrução e renda familiar, em 24 estados, sendo que 148 cidades brasileiras foram incluídas na pesquisa. O objetivo principal foi mensurar o grau de satisfação no atendimento na saúde baseado na vivência concreta do cidadão. Os pontos avaliados foram: tempo de espera para atendimento, linguagem utilizada pelos profissionais e interesse médico com o paciente. Ainda segundo esta pesquisa, os usuários deveriam pontuar de 0 a 1 por cada tema avaliado. A região norte do país obteve a pior nota (0,31) na relação médico paciente, sendo que 66,9% relataram demora no atendimento, 44,6% expressaram dificuldade no entendimento da linguagem utilizada pelos profissionais e 43,5% sentiram pouco interesse do médico durante a consulta.

A região Sudeste recebeu a pontuação 0,51, a maior nota, porém não satisfatória para alterar o quadro de insatisfação da população no Brasil. Nada menos que 43% dos entrevistados relataram demora no atendimento e 7% alegaram não compreensão da linguagem médico-paciente. Completando esta parte da pesquisa aqui referida, a região Sul recebeu nota 0,47, o Centro-Oeste 0,48 e o Nordeste 0,36. O estado com melhor avaliado foi Minas Gerais e o pior a Bahia. Segundo os pesquisadores, os dados não surpreendem, pelo contrário, corroboram a realidade do que pensa a maioria dos brasileiros, afirmando que, mesmo que a renda familiar aumente e o acesso à saúde melhore, a insatisfação com os serviços permanece. Um fato curioso e que chamou a atenção dos pesquisadores é que a maioria dos entrevistados eram graduados e possuíam pós-graduação. A intenção da pesquisa foi alertar os governos a investir em melhorias para a população e incentivar o cidadão a reivindicar seus direitos, de forma que o atendimento seja mais humanizado e a relação profissional-paciente fortalecida<sup>145</sup>.

Para uma simples comparação, vale à pena resgatar um estudo realizado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS - realizado em 2003 com objetivo de conhecer a opinião, a avaliação, o grau de satisfação e o posicionamento da população brasileira frente ao atendimento do SUS. Foram entrevistadas 3.200 pessoas maiores de 16 anos e de forma aleatória. Os dados obtidos foram: 41,3% alegaram demora no atendimento, 7,5% reclamaram sobre a fila de espera para internação, 5,2% disseram terem sido desrespeitados pelos profissionais, 5% afirmaram que os médicos são despreparados e não resolvem o problema e 41,8% discordam que o SUS é um sistema confiável<sup>145</sup>.



**Tabela 8. Avaliação dos profissionais médicos sobre o atendimento aos usuários na unidade**

Atendimento Equipe de Enfermagem em Geral			Atendimento Médico em Geral			Seu Atendimento em Particular		
	N	%		N	%		N	%
Ótimo	00	00	Ótimo	18	45	Ótimo	40	100
Bom	25	62,5	Bom	12	30	Bom	00	
Regular	12	30	Regular	10	25	Regular	00	
Ruim	03	7,5	Ruim	00	00	Ruim	00	
Péssimo	00	00	Péssimo	00	00	Péssimo	00	
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>44,4</b>		<b>40</b>	<b>44,4</b>		<b>40</b>	<b>44,4</b>
<b>Absoluto</b>								
<b>Total relativo</b>	<b>40</b>	<b>100</b>		<b>40</b>	<b>100</b>		<b>40</b>	<b>100</b>

Fonte: Próprio autor.

De acordo com anotações do Diário de Campo e observações da pesquisadora, os pacientes não são chamados pelo nome quando convidados a entrarem no consultório porque ao passar pela classificação de risco a “Guia de atendimento” é entregue ao paciente para que o mesmo dirija-se ao consultório, então o médico não tem acesso a esta Guia o que impede de chamá-lo pelo nome no primeiro contato, o que os obrigam a utilizar a palavra “próximo”, isto ocorre por motivo do sistema de atendimento ainda não ser informatizado. Os médicos afirmam que nos contatos subsequentes sempre chamam os pacientes pelo nome. Foi observado que a maioria não faz uso da identidade funcional “crachá” de maneira visível, em sua maioria estão guardadas no bolso, justificam que seu nome está bordado no bolso superior do jaleco sendo o local de fácil visualização. Em relação a passar informações sobre diagnóstico e sintomas, justificam que o fazem em todos os casos, e confessam que em alguns casos a linguagem utilizada não está de acordo com o nível de entendimento do paciente. Ainda relatam que somente

informam sobre os efeitos dos medicamentos se forem questionados pelos usuários e que perguntam apenas se o usuário já fez uso ou é alérgico a algum medicamento.

Ainda afirmam que passam a visita médica diariamente durante o plantão, porém foi observado em uma determinada clínica que alguns médicos não passam a visita e que apenas carimbam as prescrições para que estas sejam repetidas. Alguns profissionais médicos alegam não atender prontamente o chamado dos pacientes por motivo de grande demanda de doentes a serem atendidos ou por estar em um procedimento de emergência. Sobre os procedimentos realizados, foi observado que os médicos informam o tipo de procedimento, porém não detalham sobre a necessidade real dos mesmos e somente em alguns casos pedem autorização e em sua maioria de forma verbal. Justificam que, se todos os procedimentos realizados precisasse de autorização por escrito o processo de diagnóstico e tratamento seriam mais lentos, pois em alguns casos os pacientes não entendem o porquê do procedimento ou em casos de adulto incapaz, a família em sempre está por perto na hora da realização do procedimento. As autorizações por escrito são realizadas apenas em casos de cirurgia de amputação, em procedimentos realizados em pessoas adeptas a algumas religiões específicas que restringem determinados procedimentos e em menor incapazes. Os médicos alegam que a maioria dos pacientes permite o acesso aos seus corpos por não terem outra opção, os usuários precisam de ajuda, estão doentes e veem o médico como a única solução para a cura do sofrimento. Os profissionais médicos afirmam que advertem de forma rígida, em alguns casos, sobre as malefícios em relação a recusa do tratamento, alegam não ter a intenção de punir o paciente, mas de defende-lo muitas vezes da própria ignorância de não entender a gravidade do caso e a necessidade do procedimento. Sobre permitir o acesso do usuário ao prontuário, os mesmos afirmam o paciente tem todo o direito de ver e ter até cópia do prontuário, desde que o pedido seja de realizado de maneira formal e encaminhado à direção do hospital.

Diante do exposto, observa-se o distanciamento entre o profissional médico e o usuário, o que torna a relação ineficaz, também foi observado a dificuldade dos médicos de se doarem ou se dispor por completo na relação. A técnica ainda é mais valorizada que atitudes humanizadas, o acolher, o ser amigo, o ser conselheiro entra

em choque com a ciência, de forma que os sentimentos não encontram espaço e o diálogo deixa de existir, passando a ser apenas uma esperança ou expectativa.

### 5.3 QUESTIONÁRIO III - ENFERMEIROS

Foram entrevistados 10 enfermeiros do total de 90 profissionais da amostra, conforme mostram as **Tabelas 9 e 10**. Os dados sócio-demográficos revelam que a predominância é de brancos, do sexo feminino, faixa etária compreendida entre 22 a 49 anos, casados, 30% possui especialização *lato sensu* em algum campo do conhecimento.

**Tabela 9. Dados sócio-demográficos dos profissionais enfermeiros referentes à idade, cor, sexo, estado civil e escolaridade.**

Idade			Cor			Sexo			Estado Civil			Escolaridade		
	N	%		N	%		N	%		N	%		N	%
												Esp. Lato		
22-29	03	30	Branco	08	80	M	04	40	Solteiro	03	30	sensu	03	30
												Mestrado		
30-39	03	30	Negro	00	00	F	06	60	Casado	05	50	Completo	00	00
												Mestrado		
40-49	03	30	Amarelo	00	00				Viúvo	00	00	Incompleto	00	00
									União					
50-59	01	10	Pardo	02	20				Estável	01	10	Doutorado	00	00
												Completo		
												Doutorado		
≥ 60	00	00	Outros	00	00				Divorciado	01	10	Incompleto	00	00
									Separado	00	00	Não		
												Responderam	7	70
									Outro	00	00			
Total absoluto	10	11,1		10	11,1		10	11,1		10	11,1		10	11,1
Total relativo	10	100		10	100		10	100		10	100		10	100

Fonte: Próprio autor.

Os dados relacionados à forma de atendimento na unidade percebido pelos profissionais enfermeiros sobre o cumprimento aos direitos do paciente revelam que alguns direitos são desrespeitados e negligenciados. Quando questionados sobre se costumam chamar o paciente pelo nome, 100% responderam que sim. Dos

entrevistados 90% responderam que já utilizaram a palavra “próximo” para chamar o paciente, 30% responderam que usam a identificação funcional o “crachá” em local visível, 60% disseram que informam sobre a causa da doença ou sintoma, assim como 100% afirmaram explicar ao usuário o motivo da internação. A maioria dos enfermeiros (80%) alega atender o usuário sempre que o mesmo solicita, enquanto a totalidade deles (100%) disse responder prontamente os questionamentos dos usuários e, igualmente, todos afirmam que conversam com os familiares dos usuários. No entanto, apenas 20% afirma que realizam visita de enfermagem, e 30% alegam que a equipe de enfermagem não informa os horários das medicações a serem administradas e não informam qual medicação está sendo administrada. Por outro lado, 100% dos enfermeiros afirmaram ter o costume de informar sobre o procedimento que será realizado no paciente assim como pedir autorização para a realização do mesmo; nestes casos a totalidade das solicitações de autorização é sempre feita de forma verbal. Além disso, 60% declararam que já receberam recusa dos usuários e 20% que repreenderam usuários para que aceitassem o procedimento.

Quando questionados sobre se os usuários permitiam que os profissionais fizessem o que quisessem em seus corpos, 80% declararam que sim; 100% afirmaram terem conhecimento sobre as leis que protegem os pacientes; 10% alegaram já terem usado estas leis para exigir seus direitos como pacientes; 60% afirmaram que não passam informações aos usuários sobre seus direitos, enquanto somente 50% não acreditam na eficiência destas leis; por outro lado, 100% disseram saber que o usuário tem direito de ler o prontuário, porém 80% afirmaram que não permitem o acesso do usuário ao seu prontuário. Sobre a avaliação em relação ao atendimento da equipe de enfermagem, mostrado na **Tabela 11**, 80% declararam o atendimento “bom”. Na avaliação sobre o atendimento médico, 70% responderam que o atendimento é “bom”. Quando solicitados a avaliar seu próprio atendimento, 60% dos enfermeiros declararam ser “bom”.

**Tabela 10. Dados relacionados com a forma de atendimento na unidade percebido pelos profissionais enfermeiros sobre o cumprimento aos direitos do paciente**

Perguntas	SIM		NÃO		AS VEZE S/NÃO SABE	
	N	%	N	%	N	%
Costuma chamar o paciente pelo nome?	10	100				
Já chamou o paciente utilizando a frase “o próximo”?	09	90	01	10		
Identifica-se para o paciente pelo nome?	04	40			06	60
Usa crachá de maneira visível?	03	30			07	70
Explica a provável causa da doença ou sintoma para o paciente?	06	60			04	40
Quando o paciente é internado o senhor (a) explica o motivo da necessidade da internação?	10	100				
Quando o paciente solicita a presença do enfermeiro, o senhor (a) atende prontamente?	08	80			02	20
Quando o paciente faz uma pergunta, o senhor (a) responde prontamente?	10	100				
O senhor (a) conversa com os familiares do paciente quando solicitado?	10	100				
Em sua opinião, a equipe de enfermagem informa o horário das medicações que devem ser administradas aos pacientes?			03	30	07	70
Em sua opinião, a equipe de enfermagem informa qual o nome da medicação que está sendo administrada?			05	50	05	50
Em sua opinião, o enfermeiro faz visita diária aos pacientes?	02	20			08	80
Quando vai fazer algum procedimento no paciente, o senhor (a) informa o que vai fazer?	10	100				
Quando vai fazer algum procedimento no paciente, o senhor (a) pede a autorização do mesmo?	10	100				
Esta autorização é de forma verbal ou escrita?	Verbal		Escrita			
	10	100				
Já houve casos de pacientes recusarem algum procedimento?	06	60	02	20	02	20

**Tabela 10. Dados relacionados com a forma de atendimento na unidade percebido pelos profissionais enfermeiros sobre o cumprimento aos direitos do paciente (continuação...)**

Perguntas	SIM		NÃO		AS VEZE S /NÃO SABE	
	N	%	N	%		
Quando houve a recusa do procedimento, o senhor (a) o repreendeu?	02	20	07	70	01	10
Em sua opinião, os pacientes permitem que os médicos ou a equipe de enfermagem façam o que quiserem em seu corpo?	08	80	01	10	01	10
O (a) senhor (a) sabe que existem leis que protegem o paciente?	10	100				
O (a) senhor (a) já utilizou algumas destas leis para exigir seus direitos como paciente?	01	10	08	80		
O (a) senhor (a) costuma informar ao paciente sobre quais são os seus direitos como usuário do sistema de saúde?			06	60	04	40
O (a) senhor (a) acredita na eficiência destas leis que protegem o paciente?	02	20	05	50	03	30
O (a) senhor (a) sabe que o paciente tem o direito de ler o próprio prontuário?	10	100				
O (a) senhor (a) permite que o paciente tenha acesso ao prontuário, quando este solicita?			08	80	02	20

Fonte: Próprio autor.

Magalhães<sup>114</sup> *et al* em pesquisa realizada em um hospital no Rio de Janeiro com o objetivo de ouvir o enfermeiro sobre a importância do papel do seu papel como educador, teve como resultado a aprovação de 100% dos entrevistados que acham que um dos papéis do enfermeiro é funcionar como professor tanto para o paciente, como para familiares e toda a equipe de saúde. Ele deve ajudar o paciente e a família na recuperação da saúde, contribuindo para a reinserção social por meio da disponibilização de informações sobre os direitos do paciente e das informações necessárias para o autocuidado e mudanças no dia-a-dia. De acordo com Arruda<sup>146</sup>, em uma pesquisa sobre “a exclusão ao empoderamento do sujeito”, muitos dos pesquisados afirmaram que o empoderamento individual ajuda o paciente a fazer escolhas adequadas que afetam a sua vida; por isso, a forma como as informações

são repassadas para o paciente e seus familiares devem ser analisadas com especial cuidado para evitar qualquer tipo de estresse e não entendimento. Não importa apenas falar, mas como falar. Neste sentido, o profissional deve ultrapassar o físico-biológico e tentar compreender o psicológico do ser humano.

Após análise, observou-se que não existe uma diferença muito grande entre os dados obtidos entre os médicos e enfermeiros em relação ao atendimento do usuário e respeito aos direitos dos mesmos. O que revela uma execução parcial das atividades do enfermeiro que além de assistencialista tem um papel fundamental de educador. Como no caso da visita de enfermagem, apenas 20% fazem esta visita, e seus discursos de defendem apontando dificuldades na elaboração de planos de cuidados e sobrecarga de serviços burocráticos, além de aumento da demanda. O mínimo, durante cada plantão seria uma avaliação completa em cada paciente, principalmente nos considerados críticos, o que não acontece na unidade segundo observações da pesquisadora. O excesso de atividades, a escassez de recursos humanos, a grande demanda de pacientes, talvez dificulte a realização da prática de visita da enfermagem, contudo não pode se tornar impossível a realização de um trabalho com qualidade.

**Tabela 11. Avaliação dos profissionais enfermeiros sobre o atendimento aos usuários na unidade**

Atendimento Equipe de Enfermagem em Geral			Atendimento Médico em Geral			Seu Atendimento em Particular		
	N	%		N	%		N	%
Ótimo	00	00	Ótimo	00	00	Ótimo	00	00
Bom	08	80	Bom	07	70	Bom	06	60
Regular	02	20	Regular	03	30	Regular	04	40
Ruim	00	00	Ruim	00	00	Ruim	00	00
Péssimo	00	00	Péssimo	00	00	Péssimo	00	00
<b>Total absoluto</b>	<b>10</b>	<b>11,1</b>		<b>10</b>	<b>11,1</b>		<b>10</b>	<b>11,1</b>
<b>Total relativo</b>	<b>10</b>	<b>100</b>		<b>10</b>	<b>100</b>		<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Próprio autor.

#### 5.4 QUESTIONÁRIO 4 - TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Foram entrevistados 40 técnicos de enfermagem. Conforme mostra a **Tabela 12**, os dados sócio-demográficos revelaram que a predominância é de brancos, do sexo feminino, faixa etária compreendida entre 30 a 39 anos e solteiros, sendo que 55% possuem curso superior completo.

**Tabela 12. Dados sócio-demográficos dos profissionais técnicos de enfermagem referentes a idade, cor, sexo, estado civil e escolaridade.**

Idade			Cor			Sexo			Estado Civil			Escolaridade			
	N	%		N	%		N	%		N	%		N	%	
18-29	05	12,5	Branco	23	57,5	M	08	20	Solteiro	15	37,5	Superior	22	55	
												Completo			
30-39	16	40	Negro	05	12,2	F	22	55	Casado	13	32,5	Superior	16	40	
												Incompleto			
40-49	08	20	Amarel	00	00				Viúvo	00	00	Esp. Lato	02	5	
			o									sensu			
50-59	01	2,5	Pardo	02	5				União	00	00	Mestrado	00	00	
									Estável			Completo			
≥ 60	00	00	Outros	00	00				Divorcía	00	00	Mestrado	00	00	
									do			Incompleto			
									Separad	02	5	Doutorado	00	00	
									o			Completo			
									Outros	00	00	Doutorado	00	00	
												Incompleto			
Total absoluto	40	44,4		40	44,4		40	44,4		40	44,4		40	44,4	
Total relativo	40	100		40	100		40	100		40	100		40	100	

Fonte: Próprio autor.

Os dados relacionados à forma de atendimento na unidade percebido pelos profissionais técnicos de enfermagem sobre o cumprimento aos direitos do paciente, referidos na **Tabela 13**, revelaram que alguns já tinham ouvido falar e outros desconheciam estes direitos legais. Quando questionados sobre se costumam chamar o paciente pelo nome, 50% responderam que sim, sendo que 90% responderam que já utilizaram a palavra “próximo” para chamar o paciente e 30% informaram que usam a identificação funcional do crachá em local visível. Foram



35% dos técnicos e enfermagem que afirmaram que informam sobre a causa da doença ou sintoma, assim como 30% disseram explicar ao usuário o motivo da internação. A pesquisa também mostrou que para 27,5% dos técnicos de enfermagem afirmam que o médico atende prontamente à solicitação do usuário e que para 57,5% deles o enfermeiro atende prontamente a mesma solicitação, ou seja, praticamente o dobro da atenção dada pelos médicos. Além disso, 70% afirmaram que respondem prontamente os questionamentos dos usuários, 55% informaram que conversam com os familiares dos usuários e 65% e 80%, respectivamente alegam que a equipe de enfermagem não informa os horários das medicações a serem administradas e não informam qual medicação está sendo administrada. Por outro lado, 75% dos representantes desta amostra específica registraram que costumam informar sobre qual procedimento será realizado e 25% confirmaram que solicitam ao usuário autorização para realizar o procedimento. Nesta situação específica, 100% afirmaram que a autorização é sempre solicitada de forma verbal, 62,5% declararam que já receberam recusa dos usuários e 45% contaram que já repreenderam usuários para que estes aceitassem o procedimento.

Quando questionados sobre se os usuários permitem que os profissionais façam o que quiserem em seus corpos, 65% declararam que sim, 82,5% afirmaram terem conhecimento sobre as leis que protegem os pacientes e 12,5% disseram já terem usado estas leis para exigir seus direitos como pacientes. Foram 80% os técnicos de enfermagem que informaram que não passam informações aos usuários sobre seus direitos, nada menos que 87,5% deles não acreditam na eficiência destas leis, 47,5% não sabiam que o usuário tem direito de ler o prontuário e 62,5% responderam que não permitem o acesso do usuário ao seu próprio prontuário.

**Tabela 13. Dados relacionados com a forma de atendimento na unidade percebido pelos profissionais técnicos de enfermagem sobre o cumprimento aos direitos do paciente**

Perguntas	SIM		NÃO		AS VEZES/NÃO SABE	
	N	%	N	%	N	%
Costuma chamar o paciente pelo nome?	20	50			20	50
Já chamou o paciente utilizando a frase “o próximo”?	36	90	03	7,5	01	2,5
Identifica-se para o paciente pelo nome?	19	47,5	17	42,5	04	10
Usa crachá de maneira visível?	12	30	24	60	04	10
Explica a provável causa da doença ou sintoma para o paciente?	14	35	15	37,5	11	27,5
Quando o paciente é internado o senhor (a) explica o motivo da necessidade da internação?	12	30	14	35	14	35
Em sua opinião, quando o paciente solicita a presença do médico, este atende prontamente?	11	27,5	10	25	19	47,5
Em sua opinião, quando o paciente solicita a presença do enfermeiro, este atende prontamente?	23	57,5	08	20	09	22,5
Quando o paciente faz uma pergunta, o senhor (a) responde prontamente?	28	70			12	30
O senhor (a) conversa com os familiares do paciente quando solicitado?	22	55	10	25	08	20
Em sua opinião, a equipe de enfermagem informa o horário das medicações que devem ser administradas aos pacientes?			26	65	14	35
Em sua opinião, a equipe de enfermagem informa qual o nome da medicação que está sendo administrada?			32	80	08	20
Em sua opinião, o enfermeiro faz visita diária aos pacientes?	10	25	28	70	02	5
Quando vai fazer algum procedimento no paciente, o senhor (a) informa o que vai fazer?	30	75				
Quando vai fazer algum procedimento no paciente, o senhor (a) pede a autorização do mesmo?	10	25	26	65	04	10
Esta autorização é de forma verbal ou escrita?	Verbal		Escrita			
	40	100				

Fonte: Próprio autor.

**Tabela 13. Dados relacionados com a forma de atendimento na unidade percebido pelos profissionais técnicos de enfermagem sobre o cumprimento aos direitos do paciente (continuação...)**

Perguntas	SIM		NÃO		AS VEZES/NÃO SABE	
	N	%	N	%	N	%
Já houve casos de pacientes recusarem algum procedimento?	25	62,5	05	12,5	10	25
Quando houve a recusa do procedimento, o senhor (a) o repreendeu?	18	45	18	45	04	10
Em sua opinião, os pacientes permitem que os médicos ou a equipe de enfermagem façam o que quiserem em seu corpo?	26	65	12	30	02	5
O (a) senhor (a) sabe que existem leis que protegem o paciente?	33	82,5	07	17,5		
O (a) senhor (a) já utilizou algumas destas leis para exigir seus direitos como paciente?	05	12,5	25	62,5		
O (a) senhor (a) costuma informar ao paciente sobre quais são os seus direitos como usuário do sistema de saúde?	06	15	32	80	02	5
O (a) senhor (a) acredita na eficiência destas leis que protegem o paciente?	05	12,5	35	87,5		
O (a) senhor (a) sabe que o paciente tem o direito de ler o próprio prontuário?	18	45	19	47,5	03	7,5
O (a) senhor (a) permite que o paciente tenha acesso ao prontuário, quando este solicita?	06	15	25	62,5	09	22,5

Fonte: Próprio autor.

Percebe-se também o despreparo profissional e até mesmo o descaso expresso em suas afirmações, demonstrando certo desinteresse em aprender e falta de responsabilidade com o serviço público e com os usuários. Os técnicos de enfermagem alegam que tem a obrigação apenas de executar a prescrição e os demais procedimentos e informações são de responsabilidade dos médicos e enfermeiros. Porém, alegam que são os que mais informam aos pacientes sobre a doença, as medicações e tem mais contato com familiares, pois afirmam que os enfermeiros e médicos não se fazem presentes no horário de visita dos familiares, já com a intenção de não passar informações e não serem incomodados. Ainda alegam que quando o médico ou enfermeiro são solicitados pelos pacientes, estes pensam que estão fazendo um favor, o que na verdade, não é mais que uma obrigação como profissional e servidor do estado. Para Koerich *et al*<sup>147</sup> os

profissionais não percebem que os usuários também dependem deles para que seus direitos sejam efetivados. Não basta ter somente um atendimento com qualidade, o essencial é ter atitudes humanas.

Sobre a avaliação em relação ao atendimento da equipe de enfermagem, explicitado na **Tabela 14**, 72,5% declararam que, de modo geral, o atendimento era “bom” na unidade estudada. Na avaliação sobre o atendimento médico, 62,5% responderam que o atendimento era “bom” e quando solicitado a avaliar seu próprio atendimento 65% declararam ser “bom”.

**Tabela 14. Avaliação dos profissionais técnicos de enfermagem sobre o atendimento aos usuários na unidade**

Atendimento Equipe de Enfermagem em Geral			Atendimento Médico em Geral			Seu Atendimento em Particular		
	N	%		N	%		N	%
Ótimo	02	5	Ótimo	03	7,5	Ótimo	03	7,5
Bom	29	72,5	Bom	25	62,5	Bom	26	65
Regular	09	22,5	Regular	12	30	Regular	11	27,5
Ruim	00	00	Ruim	00	00	Ruim	00	00
Péssimo	00	00	Péssimo	00	00	Péssimo	00	00
Total absoluto	40	44,4		40	44,4		40	44,4
Total relativo	40	100		40	100		40	100

Fonte: Próprio autor.

## 5.5 FORMULÁRIO I - ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

Depois da aplicação dos questionários, quatro (4) questões abertas foram apresentadas aos profissionais constantes da amostra e assim representados: 30 médicos, 10 enfermeiros e 40 técnicos de enfermagem. Quando questionados na primeira pergunta sobre se conheciam os direitos do paciente e se poderiam explicar e comentar sobre alguns deles, após análise e seleção das respostas, foram as seguintes as que mais se sobressaíram diante dos objetivos propostos para o estudo:

- M1** *Sim. Direito à saúde. Todo cidadão brasileiro tem direito e livre acesso ao SUS, o que inclui os procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Direito a ser tratado com dignidade e respeito.*
- M5** *Sim. Direito à saúde. Direito a um atendimento digno em condições adequadas. Direito a acesso a medicamentos. Direito de escolha.*
- M15** *Sim. Direito a informação, acesso ao prontuário pelos meios legais. Direito de optar por outros tratamentos e escolha de um profissional de sua confiança.*
- E2** *Sim. Direito de ter um acompanhante. Direito de ser respeitado e informado. Direito de ser ouvido. Direito de acesso a todos os serviços oferecidos pelo SUS.*
- E4** *Sim. Direito a uma acomodação digna. Direito a um tratamento seguro. Direito a medicamentos e procedimentos gratuitos. Direito de escolher onde quer morrer. Direito de opção de não ter sua vida prolongada por aparelhos, de não ser intubado.*
- E9** *Sim. Direito de questionar os procedimentos e recusá-los. Direito de saber quais medicamentos vão ser administrados e seus efeitos colaterais e adversos. Direito de ser respeitado*

*como cidadão.*

**TE3** *Sim. Direito à saúde. Direito a saber sobre seu diagnóstico. Direito à dignidade.*

**TE5** *Sim. Direito a acesso ao prontuário e outras informações necessárias tanto ao paciente quanto ao familiar. Direito a ser tratado como gente.*

**TE20** *Sim. Direito ao acesso aos medicamentos e aos serviços oferecidos pelo SUS. Direito a respeito e dignidade, principalmente os idosos.*

Como se pode perceber, dentre as muitas palavras relacionadas com os “direitos do paciente”, dignidade e respeito foram as mais citadas. Isso mostra que os profissionais reconhecem que os direitos dos pacientes estão muito além de significar apenas direito ao acesso à tecnologia ou a medicamentos, incluindo também priorização à questão do relacionamento e da execução de ações clínicas mais humanizadas. Assim sendo, princípios bioéticos contidos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco<sup>70</sup>, já mencionada nesta dissertação, como o respeito à dignidade das pessoas, no caso os usuários (Artigo 3 – Dignidade Humana e Direitos Humanos), devem ser cumpridos em todo o ciclo vital do ser humano. O paciente deve ter protegida sua privacidade, seus pudores, seu espaço físico, sua intimidade, o direito de não ter seu corpo violado sem autorização, o direito de manter a confidencialidade de todas as informações sobre sua saúde, impedindo que terceiros quebrem sua intimidade (Artigo 9 da Declaração de Bioética da Unesco – Privacidade e Confidencialidade). O fato de permitir a um estranho a possibilidade de ouvir as confissões do paciente e toda sua história patológica - seja física ou psíquica - pode resultar ainda em sérios danos futuros a esse paciente/usuário, aspecto também previsto no Artigo 11 da referida Declaração e que trata da “Não-Discriminação e Não-Estigmatização”.

O fator estrutural do ambiente também permite que o paciente se sinta ainda mais frágil na própria condição de doente. Porém, seus direitos vão muito além do

respeito à sua dignidade, pois o cumprimento legal deve ser adotado uma vez que ter acesso à saúde é um direito do cidadão e dever do Estado proporcioná-lo. O usuário/cidadão tem o direito de acesso a um serviço público de atendimento com qualidade; ter autonomia para decidir livremente sobre a sua pessoa ou o seu bem estar; ter respeitada a privacidade e a integridade física, psicológica e moral; não sofrer discriminação de qualquer espécie; ter atendimento adequado às suas necessidades; ser atendido incondicionalmente em situações de emergência e de urgência; escolher livremente, em qualquer etapa de seu tratamento, o estabelecimento de saúde e a equipe médica responsável por seu tratamento; ser atendido por profissional capacitado e constantemente atualizado; estar informado pessoalmente ou através de seu representante legal sobre seu diagnóstico e prognóstico; consentir, após informação detalhada, com cada uma das etapas de seu tratamento; ter o seu prontuário médico corretamente preenchido e de livre acesso à sua pessoa ou ao seu representante legal; receber laudos médicos quando solicitar; ter suas vantagens legais respeitadas; ter o seu segredo médico mantido; reclamar da qualidade do atendimento; receber reparação em caso de dano; entre outras situações<sup>148</sup>.

A segunda pergunta aberta foi a seguinte: Na unidade de pronto socorro deste hospital, em sua opinião, os direitos do paciente são respeitados? Explique sua resposta.

**M6** *Em parte sim, porém não contempla todos os direitos por não ser possível cumpri-los com a estrutura oferecida aos profissionais que aqui prestam atendimento. Muitos pacientes ficam expostos, sem privacidade, tendo que fazer suas necessidades fisiológicas na frente de outros pacientes por falta de biombo, por falta de espaço físico as camas ficam muito próximas uma da outra, outros pacientes e acompanhantes escutam toda a conversa entre médico e paciente durante as visitas médicas.*

**M10** *Alguns sim outros não. Impossível cumprir diante das condições oferecidas, o que se faz é o mínimo para manter um atendimento digno e respeitoso. O paciente não tem privacidade*

*já que a unidade sempre muito lotada e as camas são próximas, o paciente fica exposto quando necessita fazer um procedimento qualquer que seja.*

- M20** *Em sua maioria não. As condições não são favoráveis para o profissional atender bem, a estrutura hospitalar não permite, por exemplo, manter uma privacidade, a grande demanda impede um diálogo mais prolongado, um contato maior entre profissional e paciente.*
- E3** *Tentamos respeitar dentro do possível. Nem sempre se consegue. A falta de materiais, de leitos, de medicamentos e recursos humanos muitas vezes nos impede de seguir a legislação, as normas e as regras. Acontece muito a exposição do corpo do paciente na presença de inúmeros profissionais e outros pacientes.*
- E7** *Verdadeiramente, não. O que se consegue é minimizar o sofrimento diante do desrespeito, da falta de estrutura, da falta de comprometimento dos gestores. É impossível cumprir os direitos do paciente como descrito na cartilha do usuário, diante de tanto descaso “falta tudo”.*
- E8** *Os principais direitos que em minha opinião são o respeito e a dignidade ao ser humano não são cumpridos por um simples motivo, não existe uma estrutura adequada. Por mais que os profissionais se esforcem, o sistema em algum momento não consegue manter (ou por falta de material, ou por falta de equipamentos, ou por falta de recursos humanos). O paciente sempre fica a mercê do sistema.*
- TE11** *Não. Principalmente o direito à informação. Muitos pacientes não sabem que pode ter acesso ao prontuário e quando sabem precisam percorrer uma via cruzes, isto é por meios legais o que*



*demanda tempo, muitos não compreendem o que os médicos falam. A enfermagem praticamente fica sobrecarregada com este serviço de informação.*

**TE13** *Não. Tem paciente que sai do consultório médico após consulta e não sabe o seu diagnóstico e muito menos pra que serve a medicação que o médico passou. Cadê o direito a informação e linguagem simples? Muitas vezes o médico não dá chance para o paciente perguntar nada.*

**TE22** *Às vezes, tem profissionais que mesmo em péssimas condições de trabalho tentam agir de forma a respeitar o mínimo possível dos direitos do usuário. Mas, são poucos.*

Quando o paciente procura um serviço médico, está em princípio emocionalmente abalado, seja por desconhecimento da doença, pelo sofrimento e medo da morte. Por estes motivos e outros, a relação profissional-paciente deve ser trabalhada no quesito referente ao respeito aos direitos individuais de ambas as partes, no sentido de melhorar o atendimento. A educação empoderadora permite neste caso o envolvimento do usuário no processo, alavancando a qualidade no atendimento, fato que se reflete no sistema de saúde de forma positiva. O profissional deve deixar de ver o usuário como um futuro problema judicial e passar a ser parceiro e compartilhador das responsabilidades.

A terceira questão foi: O que poderia ser feito para melhorar a comunicação entre profissional de saúde e paciente?

**M4** *Não basta apenas criar um projeto de humanização, a estrutura deve ser preparada para que se possa implantar. O usuário e o profissional de saúde devem ser “educados” conscientizados sobre o processo.*

**M11** *Necessita de mais investimentos na atenção básica e informação para o usuário sobre o que é e como funciona o*

SUS, a relação “anda” fragilizada por falta de sintonia entre as partes e os serviços. As condições de atendimento são péssimas, consultórios sem cadeiras, ambiente insalubre não climatizado, sem ventilação, sem segurança, demanda absurda de pacientes que aguardam por horas, e quando adentram ao consultório já estão impacientes e muitas vezes agressivos, o que prejudica ainda mais a relação-médico paciente.

- M22** *Não basta somente o médico atender bem, a estrutura do sistema deve permitir um bom atendimento e resolução dos problemas. O que mina a relação profissional versus paciente é a falta de resolução e a demora no atendimento, seja ambulatorial ou hospitalar. O sistema de saúde está frágil, e assim igualmente o diálogo entre os envolvidos.*
- E3** *Quando o paciente procura o serviço de saúde ele quer que seu problema seja resolvido, mesmo sendo bem atendido pelo profissional de saúde se o problema não for resolvido ou pelo menos encaminhado, nada resolveu o bom atendimento do profissional. Se o sistema funcionasse como deveria, se seguissem a ordem de serviços, passando pela atenção básica, depois atenção secundária e sucessivamente, tendo seus problemas solucionados em cada esfera, talvez a relação voltasse a se fortalecer.*
- E6** *A demanda é grande, o que impede de manter um diálogo mais prolongado e detalhado com o paciente. Isto atrapalha porque não conseguimos manter um vínculo, a confiança fica superficial. Na verdade todo o contato fica superficial. O tempo seria uma das soluções para melhorar esta relação e a comunicação.*

- E10** *A relação está fragilizada pela falta de comunicação, os profissionais estão tensos, estressados, cansados e sobrecarregados, e infelizmente isto reflete na atenção ao usuário, que muitas vezes não lhe é dado o direito de relatar com detalhes a história de saúde, não lhe é permitido opinar sobre o tratamento. Isto dificulta a aproximação e a manutenção da relação.*
- TE26** *Melhorar o atendimento na atenção básica que é a responsável pela informação, orientação e humanização inicial e permanente.*
- TE22** *Dar condições de atendimento digno, e privacidade para dialogar com o profissional de saúde. Muitos profissionais não param para ouvir o paciente, pois já tem o preconceito de que o paciente não sabe de nada.*
- TE33** *Se o médico não informa, então esta função passa para a enfermagem que anda sobrecarregada e esquecida que um dos papéis do enfermeiro e de toda a equipe de enfermagem é de educar e informar o paciente.*

Em sua maioria os entrevistados alegaram a crise estrutural do sistema público de saúde como um fator primordial para a deterioração verificada com relação ao processo relacional atualmente existente entre profissionais e usuários. Relatam que os problemas são muitos, como escassez de materiais e medicamentos, equipamentos sucateados e déficit no quadro de pessoal. Estas falhas apontadas realmente fazem com que os profissionais fiquem desmotivados e preocupados com a saúde pública, e acima de todo com a segurança em prestar um bom atendimento ao usuário. Tudo isto compromete gravemente a qualidade da assistência. Muitas vezes os profissionais se deparam com condições inadequadas para exercer sua profissão e essas deficiências trazem como consequência

denúncias na mídia, publicizando os erros, as críticas e até mesmo o desrespeito de ambas as partes no momento do atendimento. A comunicação profissional-paciente fica fragilizada, portanto, devido à sobrecarga de tensão à qual todos estão expostos. Muitos alegam que os gestores estão mais preocupados com as estatísticas do que com a qualidade do atendimento, afirmando que não basta somente oferecer uma remuneração razoável, pois o profissional deve ser valorizado e ter condições dignas de trabalho.

A última questão aberta foi sobre a possível implantação de um veículo de comunicação direta com o usuário, sendo dado o exemplo de palestras ou qualquer outro meio de comunicação que favorecesse o empoderamento do usuário. A questão foi: Caso fosse implantado neste hospital um programa de conscientização dos pacientes (por meio de palestras) em que seriam abordados os direitos e deveres do usuário do sistema de saúde, o senhor (a) seria a favor e se colocaria à disposição para colaborar? Explique sua resposta.

- M6** *Unidade hospitalar não é o ambiente ideal para ministrar palestras ou qualquer projeto educativo, pois este papel se restringe as unidades básicas de saúde. O hospital é ambiente de resolução imediata, sou contra ficar entrando em enfermarias para ministrar projetos educativos, o médico tem que resolver o problema e pronto. Não concordo com esta idéia porque o paciente quando chega ao hospital já passou por todos os outros serviços e não quer mais ouvir nada, quer apenas ter solução para seu problema.*
- M13** *Sou a favor desde que sejam planejadas e ministradas com responsabilidade, evitando uma interpretação errada da conduta médica, sem colocar o paciente contra o médico ou qualquer outro profissional.*
- M26** *O paciente tem direito a informação, mas de que adianta o bombardeio de informações e a não concretização destas. O paciente vai cobrar e o sistema não vai conseguir cumprir. Seria possível colaborar, desde que remunerado e dentro de*

*um projeto consciente e responsável.*

- E2** *Concordaria desde que não fosse gratuito para os profissionais que iriam ministrar as palestras, o governo deveria investir, mas acho difícil, pois, paciente ignorante significa paciente controlado.*
- E5** *Concordo. Qualquer projeto de educação em prol de uma sociedade mais justa e respeito aos direitos do usuário é sempre importante e deve ser valorizado.*
- E10** *Concordo desde que sejam ministradas por todos os profissionais de saúde, envolvendo-os como uma equipe, nada do médico ser superior aos demais. O paciente deve ter contato com várias informações e profissionais.*
- TE33** *Não. Pois o paciente já reclama demais e nada se resolve. Seria uma frustração para ele saber que possui tantos direitos e na realidade nada acontece. Poucos os que conseguem exigir e conseguir seus direitos, em sua maioria recorrendo a justiça. Infelizmente estou descrente.*
- TE40** *Com certeza faria parte deste projeto. A população merece ter acesso à informação, e esta informação vindas diretamente dos profissionais dentro de um hospital, seria ótima. Não somente para os pacientes, mas para os profissionais também, seria uma maneira de interação e conscientização de que uns precisam do outro. Somos uma equipe e não um grupo.*
- TE39** *Concordo. Os pacientes precisam de respeito e dignidade e as palestras poderiam esclarecer as dúvidas existentes sobre doenças, tratamentos e sobre os direitos dos pacientes. Penso que não somente os profissionais de saúde, mas outros profissionais como: advogados, promotores de justiça, líderes*

*religiosos, grupos sociais organizados tipo GLT, representantes de associações de doentes, etc.*

As respostas acima, na sua grande maioria permitiram caracterizar a percepção dos profissionais sobre a compreensão dos direitos dos pacientes, revelando a necessidade da implantação do processo de educação empoderadora e transformadora nas instituições de saúde. Outra sugestão seria a gerência da unidade sistematizar a iniciativa das chamadas “entrevistas de saída”, iniciando um processo coletivo de melhoria da qualidade na unidade, construindo assim uma nova tomada de consciência na unidade de atendimento público sobre a necessidade de implantação de um processo ativo de co-participação e co-gestão dos usuários.

## **5.6 REFLEXÃO GERAL SOBRE OS RESULTADOS DA PESQUISA**

Diante dos dados apresentados, observou-se que o nível de conhecimento dos usuários e dos profissionais de saúde entrevistados na presente amostra sobre os direitos legais do paciente são escassos. A maioria dos usuários acredita não possuir direitos como pacientes de hospitais. Por sua vez, muitos profissionais demonstraram não se preocupar em repassar aos pacientes o que sabem sobre estes direitos. A maioria das respostas dos usuários quando questionados sobre o atendimento recebido, responderam que este havia sido bom ou ótimo. No entanto, quando perguntados sobre o que havia de especial no atendimento, respondiam que somente conseguir uma internação e ser medicado já podia ser considerado vantajoso, como uma vitória. Isto mostra a visão distorcida dos usuários sobre seus direitos reais. Em sua vulnerabilidade e por desconhecimento de informações apropriadas, consideram qualquer tipo de tratamento prestado pelo serviço público como uma caridade, agradecendo pelo atendimento não como um dever público, mas como um ato de boa vontade ou bondade. Muitos pacientes relataram durante as entrevistas que não se queixam por medo de serem maltratados pelos profissionais e não serem atendidos, o que certamente causa uma cultura de dominação, submissão e não efetivação de seus direitos. Os profissionais, principalmente médicos e enfermeiros, por sua vez, têm se voltado muito mais para a praticidade do trabalho do que para a integralidade do próprio ser humano.

Diversos direitos são negligenciados, como o acesso a medicamentos, procedimentos terapêuticos e de diagnósticos, acomodações dignas, acompanhamento por familiares, despreparo e má qualidade do atendimento dos profissionais. Não são raras as vezes que a lei é desrespeitada e os usuários privados de seus direitos. Em qualquer momento em que o usuário se sentir privado ou desrespeitado em seus direitos, deve este formalizar uma reclamação para os órgãos de defesa, controle e fiscalização, buscando a resolução do problema. Em último caso, deve recorrer à via judicial por meio do Sistema dos Juizados Especiais e das Defensorias Públicas, pois a justiça está cada vez mais acessível ao cidadão. As famílias devem procurar obter informações sobre os direitos dos pacientes e cobrar por serviços com qualidade para que os gestores contratem pessoas com mais preparo para lidar com o público. Também é preciso que os cursos de formação profissional insistam em disseminar conceitos de ética e cuidados com a profissão escolhida. Muitos profissionais de saúde desconhecem que têm uma série de obrigações legais para com os usuários; tais obrigações deveriam estar afixadas em locais de fácil visualização do usuário como meio educativo.

A relação profissional-paciente está afetada em todas as áreas das ciências biológicas, não somente em determinados grupos especializados. A ética requer o cumprimento por opção de valores individuais, coletivos, respeito aos princípios e normas, respeito à autonomia e às convicções e necessidades intrínsecas do ser humano. A pesquisa mostra a fragilidade das relações existentes entre profissionais e usuários, pois várias divergências foram constatadas entre as informações prestadas pelos pacientes em contraste com aquelas dadas pelos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem participantes do estudo.

Entre estas, as principais são as seguintes: todos os usuários afirmaram que não são chamados pelo nome, enquanto a maioria dos profissionais alega que chama o usuário pelo nome; os usuários disseram que não são informados sobre o nome e efeitos dos medicamentos prescritos, no entanto os profissionais alegam que passam estas informações; grande parte dos usuários responderam que médicos e enfermeiros não atendem seus chamados prontamente e que não utilizam uma linguagem fácil de ser entendida, já os profissionais alegam que sempre atendem prontamente às solicitações dos usuários e utilizam uma linguagem acessível. Outros dados que podem ser analisados por meio das tabelas aqui apresentadas permitem concluir, de modo geral, que existe uma divergência entre

as respostas fornecidas pelos usuários e aquelas proporcionadas pelos profissionais.

Um simples passar de olhos nas distorções acima apontadas entre as respostas dos usuários e aquelas fornecidas pelas três categorias profissionais entrevistadas, mostra como não são respeitados os cinco artigos referidos no presente estudo e constantes da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco.

O registro de que os profissionais não chamam os pacientes pelo próprio nome fere frontalmente o Artigo 3 da Declaração que trata da dignidade humana uma vez que o nome da pessoa está diretamente ligado à sua identidade e participação cidadã em sociedade. Por outro lado, o fato do Artigo 14, que trata da responsabilidade social e da saúde, preconizar que a promoção da saúde e o desenvolvimento social para a população deve ser objetivo central de todo governo democrático, mostra que o SUS, da forma como vem sendo desenvolvido em muitas instâncias no país, como na amostra aqui estudada, está ainda longe de alcançar os ideais concebidos quando de sua criação.

Sobre o Artigo 9 da Declaração, referente ao respeito à privacidade e à confidencialidade dos usuários, ficou claro através dos resultados obtidos que apenas uma pequena parcela dos profissionais solicita permissão para acessar o corpo desses pacientes e realizar procedimentos clínicos, o que caracteriza clara violação aos preceitos universalmente preconizados pela Unesco. Por outro lado, o simples fato dos usuários e dos próprios profissionais não saberem que o prontuário – apesar de ser instrumento que preferencialmente deve ficar sob a guarda da unidade operadora - é de propriedade do próprio paciente uma vez que nela estão contidos dados de sua inteira intimidade e privacidade, fere o artigo que trata do respeito à confidencialidade e privacidade dos sujeitos sociais (artigo 9), no caso o usuário.

O fato dos pacientes não serem chamados pelo próprio nome denota uma clara tendência à discriminação. À discriminação, e muito próximo a ela o estigma (categorias que compõe o Artigo 11 da Declaração), contribuem de modo aparentemente sutil, mas mais sinuoso e profundo do que se imagina, para a criação lenta, mas crescente de desrespeito à dignidade dos cidadãos que sustentam com seus impostos o funcionamento da máquina pública do país, incluindo o sistema de atenção à saúde.



Nesta linha de idéias, conforme afirma Maluf<sup>149</sup>, para que haja conscientização dos profissionais na relação com o usuário e todas as barreiras e distorções acima comecem a ser derrubadas, se faz necessário aniquilar o medo inconsciente de ser constrangido por erros; a lentidão em se adaptar às mudanças ambientais; o uso do consentimento informado não como recurso jurídico, mas como um instrumento de confiança e segurança; saber trabalhar com o poder ético e técnico; ter sensibilidade para ver o outro com um olhar diferenciado e humano; adotar uma linguística adequada; abandonar a soberania; e compartilhar as responsabilidades. Por outro lado, o paciente deve deixar a posição de coitado, saindo da área de acomodação, passividade e conforto, passando a enxergar com os próprios olhos e caminhando com as próprias pernas, permitindo apenas a orientação profissional e não se deixando guiar como se fosse um cego ou limitado físico.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

O presente estudo possibilita a compreensão de que o processo de empoderamento na saúde assume um papel fundamental nos dias atuais, exigindo muito mais que habilidades técnicas. Percebe-se pelos dados obtidos que empoderar significa preparar o outro para que participe ativamente em todos os processos do ciclo de sua vida, desde o nascer e passando pelo crescer, viver e morrer em uma sociedade.

Ao buscar compreender todo o processo de formação da cidadania no contexto histórico, principalmente no Brasil, pode-se concluir que a real cidadania somente pode ser percebida diante de um Estado Democrático de Direito em que os cidadãos trabalham e se desenvolvem em busca de igualdade, de dignidade, de respeito coletivo e de garantia dos direitos fundamentais do ser humano. O cidadão deve ter voz e poder para decidir sobre sua vida e para exercer plenamente sua autonomia.

A autonomia na saúde somente se concretiza quando a relação profissional-paciente se baseia em transmissão de conhecimento e confiança, sendo o profissional de saúde o responsável por empoderar o indivíduo, informando-o devidamente sobre as alternativas e as diversas possibilidades de tratamento diante de uma doença, cabendo não induzir, mas recomendar e orientar para a melhor decisão. Com isso, estará proporcionando ao outro, ao usuário, a prática da autonomia sobre si, alcançando o verdadeiro conceito de cidadão, que é aquele indivíduo que conhece e exerce seus direitos e deveres, participando em todas as questões sociais que envolvem sua vida.

Uma das garantias sociais definida na Constituição Federal de 1988 e que obriga o Estado a zelar pelo seu cumprimento, diz respeito às políticas públicas que devem garantir o direito à saúde circundada por todas suas legislações paralelas e protetoras, na busca da efetivação ao acesso do cidadão a um sistema pleno e funcional no setor. A ausência de informação impossibilita a compreensão do processo saúde e doença, inviabiliza a comunicação entre usuários e o sistema de saúde, ocasionando dúvidas e incertezas que impedem o indivíduo de fazer escolhas adequadas para suas necessidades reais. Por isto, o empoderamento torna possível o melhor aproveitamento e escolha dos serviços de saúde oferecidos.

A educação empoderadora deve contribuir para autoformação do indivíduo, de forma a ensiná-lo a tornar-se um cidadão, assumindo sua condição de ser social. Espera-se que os resultados e orientações aqui apresentados possam contribuir para a humanização do serviço de saúde, não somente na unidade pesquisada, pois, a educação em saúde não se limita apenas aos profissionais, mas a todos os envolvidos. A participação deve ser um exercício diário, contínuo e permanente.

Para mudar uma situação, não basta apenas fazer um diagnóstico do problema. É necessário comprometimento de uma equipe multiprofissional e integralidade na atenção aos usuários. A criação de espaços dialógicos, reforçando a melhoria na comunicação entre usuários e profissionais, deve ser priorizada, mesmo com as dificuldades apontadas pelos profissionais. O estímulo aos processos dialógicos e participativos é o primeiro passo em direção a uma educação empoderadora, transformadora e libertadora.

Um dos muitos compromissos dos profissionais da saúde com a sociedade é construir conhecimentos que ajudem os cidadãos a adquirir melhor qualidade de vida. Isto faz com que o processo educativo seja complexo e transcenda para outras áreas, como a política, a economia, a sociologia, a antropologia... Para que o empoderamento se efetive, o sujeito deve ter participação social. Para que se alcance o nível de cidadão e se possa exercer a verdadeira cidadania é necessário o respeito mútuo, a proteção, a liberdade e a consciência dos direitos e deveres.

A pedagogia universitária também deve ser discutida em uma perspectiva de refletir sobre o papel social das universidades. É preciso repensar as práticas em saúde, de forma a inserir o indivíduo as discussões para que este se envolva no processo de cuidar de si e dos outros. Os profissionais devem ser vistos como educadores e transformadores, devem buscar a epistemologia que fundamenta a educação e a constituição da cidadania, se despir dos preconceitos e da mercantilização que assola a relação profissional-paciente e acima de tudo respeitar o ser humano e os momentos de fragilidade deste.

Contudo, por mais que o processo de educação empoderadora seja necessário, é importante ter precaução durante a implantação para que não seja realizado com excesso de entusiasmo. O empoderamento é apenas uma das estratégias das práticas sociais, podendo ou não ser eficaz, dependendo do meio e para que fim será utilizado. Como afirma Backes<sup>121</sup> é preciso criar uma consciência política nos usuários para que estes não sejam meros ouvintes e praticantes,

condicionados a executar ordens. A mudança no controle social na saúde deve possibilitar a integração com a coletividade e garantir serviços de saúde com qualidade.

Deve ser destacado, ainda, o papel da bioética em todo este contexto, utilizada como uma ferramenta de inegável importância para discutir as implicações éticas que envolvem recepção, tratamento, diagnóstico e cuidados com os indivíduos doentes. De acordo com Figueiredo<sup>150</sup> as teorias bioéticas devem ser utilizadas com cautela pois nada é absoluto; o uso de qualquer ferramenta metodológica bioética deve seguir a prudência, a técnica, a ética e o respeito científico. Afirma ainda o referido autor que a ética aplicada deve estar de acordo com a legislação, evitando assim a ilicitude e não cumprimento jurídico, legal e social dos temas em questão.

Com relação ao objetivo geral e aos objetivos específicos estabelecidos para serem respondidos pelo presente estudo, foram suficientemente tratados na Discussão. Para reforçar, deve ser registrado que os resultados obtidos na pesquisa mostraram, de modo geral, que os usuários não tem seus direitos básicos respeitados quando procuram o Sistema Público de Saúde do Distrito Federal. Os cinco princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco especialmente selecionados para proporcionar o aprofundamento da discussão, apesar de terem sido homologados oficialmente pelo Brasil juntamente com outros 190 países componentes daquele importante organismo internacional, não estão sendo cumpridos no que diz respeito ao campo da saúde pública.

Ou seja: os usuários do sistema não estão sendo tratados com dignidade, nem tem seus direitos (humanos) elementares de acesso à saúde respeitados (artigo 3); os usuários não estão sendo respeitados na sua vulnerabilidade de pacientes necessitados que procuram um serviço público por não terem outra opção (artigo 8) e que sucumbem passivamente diante dos maus tratamentos recebidos mostrando-se, portanto, “desempoderados”; a privacidade e a confidencialidade seja do próprio usuário ou dos seus dados clínicos contidos nos prontuários, não estão sendo devidamente preservados e disponíveis ao seu proprietário – no caso o paciente - no contexto do sistema (artigo 9); o simples fato dos pacientes não serem chamados pelo próprio nome no contexto do atendimento demonstra a presença concreta de discriminação e estigma no campo estudado (artigo 11); e, por fim, com relação à responsabilidade social do Estado para com a saúde dos cidadãos (artigo

14), as distorções e falhas aqui apontadas parecem demonstrar que ainda falta muito para ser corrigido no SUS de modo a este se tornar um modelo realmente universalizado de atendimento democrático, cidadão e de qualidade.

No entanto, por não serem absolutas, as teorias bioéticas se complementam e se associam, e podem ser utilizadas para fortalecer o ser humano por meio do conhecimento. Primeiro passo para sair da ignorância, a busca pela valorização social e a educação por meio do empoderamento transcendem a educação formal, escolar, deixando de ter foco individual e passando a valorizar as ações e transformações coletivas. Com esta pesquisa foi possível constatar que, apesar dos avanços legalmente alcançados pelas políticas estatais brasileiras, a maioria dos usuários do sistema público de saúde desconhece seus direitos, embora utilizem, de maneira não consciente, os benefícios advindos da legislação. Percebeu-se que muitos desconhecem a existência da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, que é um documento extremamente importante por trazer práticas humanizadas, sendo importante sua divulgação pelos profissionais de saúde e gestores para estimular discussões nos diferentes níveis de atenção. É neste momento que a abertura de espaços para os diálogos bioéticos tem importância, proporcionando uma oportunidade ímpar de ampliação a participação do usuário na cogestão e qualificação do serviço de saúde, reconhecendo-o como um bem público.

As questões éticas e morais devem ser pautadas durante discussões entre usuários e profissionais, devem ser problematizadas precocemente, na realização concreta de um processo de democratização da informação com institucionalização da informação. A saúde deve ser vista como um valor a ser conquistado por meio do cumprimento legal, do estabelecimento de vínculos entre instituição, profissionais e usuários. O significado de empoderar deve ser trabalhado cada vez com mais firmeza e profundidade no sentido de não dar poder infinito a alguém, mas da construção do compartilhamento deste poder entre cidadãos comprometidos a criar um mundo melhor e mais justo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Educação em Saúde - Planejando as Ações Educativas (Teoria e Prática) NES / PROG. HANS. - CVE 1997 p. 42.<sup>1</sup> [Internet]. [Acesso em 2012 Mai 22]. Disponível em: [ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc\\_tec/educacao.pdf](ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/educacao.pdf).
2. Freitas M. O ensino de bioética como fator de cidadania e inclusão social. [Internet] Pucminas, 2004. [Acesso em 2011 Nov.25]. Disponível em: <http://lentesobreocotidiano.wordpress.com/2011/10/31/monografia-o-ensino-de-bioetica-como-fator-de-cidadania-e-inclusao-social/>.
3. Raw I. Biotecnologia e saúde pública. [Internet] Revista USP, São Paulo, n.75, p. 6-17, setembro/novembro 2007 p.10. [Acesso em 2011 Nov.20]. Disponível em: <http://www.usp.br/revistausp/75/01-isaias.pdf>.
4. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. [Internet] Ciência & Saúde Coletiva, 9 (1):139-146, 2004. [Acesso em 2011 Nov.20]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000100014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000100014&script=sci_abstract&tlng=pt).
5. Gracia D. Introducción La bioética médica. [Internet] Bol. Of. Sanit. Panam. Vol.108, nº.5-6, p.374-378, 1990. [Acesso em 2012 Abr. 21]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=WHOLIS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=32162&indexSearch=ID>.
6. Cavalcante TMN. Os juizados especiais federais itinerantes como política pública de acesso à justiça. 2010.268f. [Internet] Tese (Mestrado Políticas Públicas) - Centro de Ciências Sociais, Universidade Federal do Maranhão. Maranhão, 2010. [Acesso em 2012 Abr. 22]. Disponível em: [http://www.pgpp.ufma.br/producao\\_cientifica/download.php?id=132](http://www.pgpp.ufma.br/producao_cientifica/download.php?id=132).
7. Pinsky J, Pinsky CB. (org). História da cidadania. 2. ed. São Paulo: Contexto; 2008. p. 9.
8. Carvalho JM. Cidadania no Brasil – o longo caminho. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.
9. Aristóteles. A política. São Paulo: Escala; 2008. p. 34. (Col. Mestres Pensadores).

10. Gorczewski C, Martin NB. A necessária revisão do conceito de cidadania: movimentos sociais e novos protagonistas na esfera pública democrática. [Internet]. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2011. [Acesso em 2011 Abr. 12]. Disponível em: [http://www.unisc.br/portal/upload/com\\_editora\\_livro/e\\_book.pdf](http://www.unisc.br/portal/upload/com_editora_livro/e_book.pdf).
11. Kant I. A paz perpétua. Porto Alegre: L&PM; 2008.
12. Rocha AFO. Cidadania e direitos fundamentais na constituição federal - a reforma do judiciário. RIPE– Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos, Bauru, 46 (1). jul./dez. 2006. pp.169-193. Pérez-Luño, Antonio Enrique. La universidad de los derechos humanos y el Estado Constitucional. Bogotá: Universidad Externado de Colômbia, 2002.
13. Marcaggi V. Les origines de la déclaration des droits de l'homme de 1789. [Internet]. Fontenmoing [s.l; s.n], Paris ; 1904. [Acesso em 2012 Fev. 22]. Disponível em: <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789.5076.html>.
14. Malheiro EP. Manual de direito internacional privado. 2. ed. Atlas; 2012.
15. Marshall TH. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1967. pp.63-4.
16. Marshall TH. Citizenship and social democracy. New York: Doubleday, 1964.
17. Fleury S. A questão democrática na saúde. In: Fleury, S. (Org.) Saúde e Democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.
18. Fleury S, Ouverney AM. Política de saúde: uma política social. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. (Orgs.) Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.
19. Habermas J. A inclusão do outro. São Paulo, Edições Loyola; 2002.
20. Baltodano AP. (Coord). Globalización, ciudadanía y A necessária revisão do conceito de cidadania 211 política social en América Latina: tensiones e contradicciones. Caracas: Nueva Sociedad; 2007.

21. Carvalho JM. Cidadania no Brasil: o longo caminho. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
22. Ferreira ABH. Minidicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1993. p.120.
23. Sousa MTC, Loureiro P (Org.). Cidadania. novos temas, velhos desafios. Ijuí: Unijuí, 2009.
24. Pinsky J, Pinsky CB. (Org.). História da cidadania. 5. ed. São Paulo: Contexto; 2010.
25. Mattos HM. Escravidão e cidadania no Brasil monárquico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2004.
26. Brasil. Constituição política do império do Brasil (de 25 de março de 1824). [Internet]. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília – DF. [Acesso em 2012 Abr. 22]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao24.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm).
27. Brasil. Constituição da república dos estados unidos do Brasil ( de 24 de fevereiro de 1891). [Internet]. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília – DF. [Acesso em 2012 Abr. 22]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao91.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm).
28. Moura C. Dicionário da escravidão negra no Brasil. São Paulo: Edusp; 2004.
29. Costa EV. A abolição. 8. ed. São Paulo: Editora Unesp; 2008.
30. Montellato A, Cabrini C, Casteli Junior R. História temática: o mundo dos cidadãos. São Paulo: Ed. Scipione; 2000.
31. Ferreira Filho MG. Curso de direito constitucional. 22. ed. Atual. São Paulo: Saraiva; 1995. p.99.
32. Brasil. Lei nº 7.332, de 1º de julho de 1985. [Internet]. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília. [Acesso em 2012 Mar.15]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1980-1988/L7332.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7332.htm).



33. Porto WC. Dicionário do voto. Brasília: UNB; 2000.

34. Resende Filho CB, Câmara Neto IA. Evolução do conceito de cidadania. [Internet]. Departamento de Ciências Sociais e Letras: Universidade de Taubaté, 2001. [Acesso em 2012 Abr. 25]. Disponível em: [www.unitau.br/prppg/publica/humanas/download/aevolucao-N2-2001.pdf](http://www.unitau.br/prppg/publica/humanas/download/aevolucao-N2-2001.pdf).

35. Rousseau JJ. Emílio ou da educação. São Paulo: Martins; 2005.

36. Brasil. Constituição da república federativa do Brasil de 1988. [Internet]. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília – DF. [Acesso em 2012 Abr.13]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm).

37. Achoche MS. A garantia constitucionalmente assegurada do direito à saúde e o cumprimento das decisões judiciais . [Internet]. Jus Navigandi, Teresina, ano 13, n. 2102, 3 abr. 2009. [Acesso em 2009 jul. 24]. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/12578/a-garantia-constitucionalmente-assegurada-do-direito-a-saude-e-o-cumprimento-das-decisoes-judiciais>.

38. Brasil.Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.[Internet]. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília – DF (1990a). [Acesso em 2012 Abr.12].Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).

39. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. [Internet]. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília – DF (1990b). [Acesso em 2012 Abr. 13]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm).

40. Rocha OP. A era das demolições: cidade do rio de janeiro (1870-1920). Rio de Janeiro: Biblioteca Carioca; 1995.

41. Guimarães R. Saúde e medicina no Brasil: contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

42. Brasil. Decreto nº 4.682 - de 24 de Janeiro de 1923. [Internet]. DOU de 28/01/1923 - Lei Eloy Chaves. NOTA: Foi respeitada a ortografia do original. Rio de Janeiro. [Acesso em 2012 Fev. 22]. Disponível em:<<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>>.

43. Bertolli Filho C. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática; 2000.
44. Aguiar ZN. SUS - sistema único de saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari; 2011.
45. Rocha AA, Cesar CLG. Saúde pública - bases conceituais. Rio de Janeiro: Atheneu; 2008.
46. Cordeiro H. Coleção resumido - sistema único de saúde. Rio de Janeiro: Rio (Universidade Estácio de Sá); 2005.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. [Internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [Acesso em 2011 Mai. 14]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao\\_do\\_SUS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf).
48. Fleury S. Por uma sociedade sem excluídos (as). Rio de Janeiro: Observatório da Cidadania; 2007.
49. Fleury S. Por uma sociedade sem excluídos (as). Rio de Janeiro: Observatório da Cidadania, 2007.
50. Fleury S. Estado sem cidadão: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
51. Duarte EC, Schneider MC, Paes-Sousa R, Ramalho WM, Sardinha LMV, Silva Júnior JB, Castillo-Salgado C. [Internet]. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002. [Acesso em 2011 Mai. 14]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/epi\\_desigualdades.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/epi_desigualdades.pdf).
52. Telles VS. Pobreza e cidadania. São Paulo: USP; 2001. p 51.
53. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. [Internet] Brasília: CONASS, 2003. [Acesso em 2011 Mai. 16]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf).

54. Arendt H. A condição humana. Tradução por Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense; 1987.
55. Romita AS. Os direitos sociais na Constituição e outros estudos. São Paulo: LTr; 1991.
56. Kolotkin R, Crosby RD, Kolotkin KD, Williams GR. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. [Internet] Obesity Research nº 2 (9) February, New York; 2001. [Acesso em 2011 Out. 12]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11316344>.
57. Schramm FR. Por qué la definición de muerte no sirve para legitimar moralmente la eutanasia y el suicidio asistido? Perspectivas Bioéticas. [Internet]. Buenos Aires, 11(6), p. 43-54, 2001. [Acesso em 2010 Out. 10]. Disponível em: <http://www.flacso.org.ar>.
58. Potter VR. Bioethics, bridge to the future. Englewood Cliffs, New York: Prentice-Hall; 1971.
59. Kottow M. 1995. Introducción a la bioética. Chile: Editorial Universitaria, 1995. p. 53.
60. Singer P. Ética prática. [Internet] Trad. Manuel Joaquim Vieira. Lisboa: Tipografia Lugo, 1993. [Acesso em 2011 Jun. 12]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/7299953/Peter-Singer-Etica-Pratica>.
61. Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. [Internet] Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, suppl.1, pp. 719-729. [Acesso em 2012 Jul. 14] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a02v16s1.pdf>.
62. Garrafa V. Bioética. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Cebes, 2009, pp. 853-870.
63. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. [Internet]. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: S190-S198, 2004. [Acesso em 2011 Mai. 22]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>.

64. Berlinguer G. Ética da saúde. São Paulo: Hucitec; 1996. p.16.
65. Schramm FR, Castiel LD. Bioética e saúde pública. [Internet]. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro: UFRJ/FIOCRUZ, 15(Sup.1) pp. 4-5, 1999. [Acesso em 2010 Mai. 15]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s1/0331.pdf>.
66. Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M. (Org). Bioética, Riscos e Proteção. Rio de Janeiro: UFRJ/FIOCRUZ, 2006.
67. Kligerman J. Bioética em saúde pública. [Internet]. Revista Brasileira de Cancerologia, 2002, 48(3): 305-307. [Acesso em 2010 Jun. 22]. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v03/pdf/editorial.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/editorial.pdf).
68. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. [Internet]. RevPanam Salud Publica, 2012. 31 (3) 260–8pp. [Acesso em 2012 Mai. 15]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>.
69. WHO. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? [Internet]. Copenhagen: Health Evidence Network, 2006. [Acesso em 2010 Nov. 22]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>.
70. Unesco – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Cultura, a Ciência e a Tecnologia. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. [Internet]. Tradução Brasileira sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. [Acesso em 2012 Fev. 14]. Disponível em: <http://bioetica.catedraunesco.unb.br>.
71. Beauchamp TL, Childress JF. The principles of biomedical ethics. 1a. Ed, New York: Oxford University Press, 1979.
72. Garrafa V. O novo conceito de Bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A. Bases conceituais da bioética – enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia / UNESCO, 2006, PP. 09-15.
73. Lagarde M. Cautiverios de lãs mujeres: madresposas, monjas, putas, presas e locas. [Internet]. 4. ed. México: UNAM - Universidad Nacional Autonoma; 2005. [Acesso em 2012 Mai. 12]. Disponível em: [http://biblioteca.universia.net/html\\_bura/ficha/params/title/cautiverios-mujeres-madresposas-monjas-putas-presas-locas/id/37848322.html](http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/cautiverios-mujeres-madresposas-monjas-putas-presas-locas/id/37848322.html).

- 74 Kabeer N. Empoderamiento desde abajo: Qué podemos aprender de las organizaciones de base?. In Leon, M. (org) Poder y empoderamiento de las mujeres. Bogotá: MT Editores; 1997.
75. Foucault M. Microfísica do poder. 12. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1995.
76. Galbraith J. Anatomia do poder. 3. ed. São Paulo: Pioneira; 1989.
77. Corrêa JSO. O exercício do poder na administração: análise do comportamento de grupos em conflito. Rio de Janeiro. Documentário; 1977.
78. Aguiar MAF. Psicologia aplicada à administração. São Paulo: Atlas; 1983.
79. Chiavenato I. Gerenciando pessoas. 3. ed. São Paulo: Makron Books; 1997.
80. Sidman M. Coerção e suas implicações. Campinas: Livro Pleno; 2001.
81. Bourdieu P. O poder simbólico. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
82. Arendt H. A condição humana. 11. ed. São Paulo: Forense Jurídica (Grupo GEN); 2010.
83. Dallari DA. Direitos humanos e cidadania. São Paulo: Moderna, 1998.
84. Oakley P, Clayton A. Monitoramento e avaliação do empoderamento ("empowerment"). São Paulo: instituto polis; 2003.
85. Vasconcellos EM. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teoria e estratégias. São Paulo: Paullus; 2003.
86. Stotz EM, Araújo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. Saúde e Sociedade, São Paulo, nº 2(13), maio/ago. 2004. pp.5-19.
87. Silva C, Martínez ML. Empoderamiento: proceso, nivel y contexto. [Internet]. Psykhe, Santiago/Chile, nº. 1(13) mai. 2004. 29-39pp. [Acesso em 2012 Mai. 7] Disponível em: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000200003&script=sci_arttext).

88. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética*, 2005, 2(1): 122-132.
89. Mills DQ. *Empowerment: um imperativo*. Rio de Janeiro: Campus, 1996.
90. Martins PC, Cotta RMM, Siqueira-Batista R, Mendes FF, Franceschinni SCC, Priore SE, Dias G. Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. [Internet]. *Physis*. nº 3(19). 2009. 679-694pp. [Acesso em 2012 mai. 7]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000300007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000300007&script=sci_arttext).
91. Garrafa V. Bioética cotidiana. [Internet]. *Caderno de Saúde Pública*. nº.1(21). 2005. 333-334pp. ISSN 0102-311X. [Acesso em 2010 Jun. 22]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/38.pdf>.
92. Guedes C. Bioética e saúde pública. *Caderno de Saúde Pública*. [Internet]. nº 6(20), 2004. 1765-1766pp. ISSN 0102-311X. [Acesso em 2010 Jun. 26]. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0102-311X2004000600041&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X2004000600041&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>.
93. Garrafa V, Kottow M E, Saada A. (Orgs.) *Bases conceituais da bioética enfoque latinoamericano*. São Paulo: Gaia, 2006.
94. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Saúde, empoderamento e triangulação. [Internet]. *Revista Saúde e Sociedade*. nº 2 (13) pp.32-8, maio-ago 2004. [Acesso em 2011 Mai. 22]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/04.pdf>.
95. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics* 2003, 17(5-6):399-416.
96. Cohen C, Gobbetti G. Bioética da vida cotidiana. *Cienc*. [Internet]. *Cult*. nº.4(56) .2004 pp. 47-49. [Acesso em 2011 Abr. 21]. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v56n4/a20v56n4.pdf>.
97. Lôbo PLN. A informação como direito fundamental do consumidor. [Internet]. *Revista Jus Navigandi*. ISSN 1518-4862, Teresina, ano 6, nº. 51, 1 out. 2001. [Acesso em 2010 Nov. 7]. Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/2216>. Acesso em: 7 Nov. 2010.

98. Lopes M. Política de saúde pública interação dos atores sociais. São Paulo: Atheneu; 2010.

99. Oselka G. Direitos dos pacientes e legislação. [Internet]. Revista da Associação Médica do Brasil. n.2 (47), 2001. 104-105pp. ISSN 0104-4230. [Acesso em 2010 Ago. 28]. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0104-42302001000200024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-42302001000200024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>.

100. Código de Ética Médica. [Internet] Resolução CFM nº 1.931, de 17 de Setembro de 2009. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção I, pp.90-2. [Acesso em 2011 Abr. 14]. Disponível em: [http://www.abdir.com.br/legislacao/legislacao\\_abdir\\_24\\_9\\_09\\_1.pdf](http://www.abdir.com.br/legislacao/legislacao_abdir_24_9_09_1.pdf)

101. Código de ética dos profissionais de enfermagem. [Internet]. Resolução COFEN nº 311/2007 de 08/02/07. Conselho Federal de Enfermagem. Rio de Janeiro, 08 de fevereiro 2007. [Acesso em 2011 Nov. 22]. Disponível em: <[http://www.coren-df.org.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=335:codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem&catid=45:incriacao&Itemid=11](http://www.coren-df.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=335:codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem&catid=45:incriacao&Itemid=11)>.

102. Rocha AA, Cesar CG. Saúde pública - bases conceituais. São Paulo: Atheneu; 2008.

103. Rosa DS. Bioética: riscos e proteção. [Internet]. Caderno de Saúde Pública. n.10(22). 2006. 2257-2259pp. ISSN 0102-311X. [Acesso em 2010 Jul. 26]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001000034&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000034&lang=pt).

104. Gauderer C. Os direitos do paciente. 7. ed. Rev. Ampl. Rio de Janeiro: Record, 1998.

105. Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. [Internet]. Ciênc. saúde coletiva, 2008, vol.13, suppl. 2, pp.2029-2040. ISSN 1413-8123. [Acesso em 2011 Mai. 25]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a07>.

106. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. [Internet]. Ministério da Saúde. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série E. Legislação de Saúde). [Acesso em 2010 Fev. 23]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_direito\\_usuarios\\_2ed2007.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf)>.

107. Brasil. Portaria do Ministério da Saúde nº1286 de 26 de outubro de 1993. [Internet]. Fórum de patologias do Estado de São Paulo - Governo do Estado de São Paulo - Secretaria de Estado da Saúde. [Acesso em 2011 Nov. 11]. Disponível em: <http://www.aboi.org.br/direitospaciente.html>.

108. Brasil. Portaria do ministério da saúde nº74 de 04 de maio de 1994.[Internet]. Fórum de patologias do Estado de São Paulo - governo do Estado de São Paulo - Secretaria de Estado da Saúde. [Acesso em 2011 Nov. 11]. Disponível em: <http://www.aboi.org.br/direitospaciente.html>.

109. Chioro A, Scaft A. Saúde e cidadania, a implantação do sistema único de saúde. Rio de Janeiro, Vol. 07; 1999.

110. Praia M. Formar-(se) cidadão: dinâmica de valores e conceito de normalidade. [Internet] Noesis nº 56, Out/Dez. [Acesso em 2012 Abr. 21]. Disponível em:<http://area.dgidc.min-edu.pt/inovbasic/edicoes/noe/noe56/index.htm>.

111. Freire P. Pedagogia do oprimido. 28 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

112. Becker D, Edmundo K, Nunes NR, Bonatto D, Souza R. Empowermente avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. [Internet] Ciência & Saúde Coletiva, 9(3), 2004. pp. 655-667 [Acesso em 2011 Abr. 15]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n3/a12v09n3.pdf>.

113. Garbin HBR, Pereira Neto, A, Guilam, MCR. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. [Internet]. Interface (Botucatu) nº.26(12). 2008. pp.579-588. ISSN 1414-3283. [Acesso em 2011 Mar. 22]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n26/a10.pdf>.

114. Magalhães CR, Guimarães EC, Aguiar BGC. O papel do enfermeiro educador: ação educativa do enfermeiro no pré e pósoperatório. [Internet]. Revista de Pesq.: cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, ano 8, n. 1/2, pp.115-9, 1./2. sem. 2004. [Acesso em 2010 Mai. 25]. Disponível em: <http://www.unirio.br/repef/arquivos/2004/12%202004.pdf>.

115. Alves PC, Lunardi VL, Lunardi GL, Lunardi Filho WD. A percepção das enfermeiras acerca da sua atuação ante os direitos dos clientes. [Internet]. RevEscEnferm USP 2008; 42(2) pp.242-8. [online]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a04.pdf>. Acesso em: 12 Mar. 2011.

116. Reyzábal MVA comunicação oral e sua didática. São Paulo: EDUSC; 1999.

117. Freire P. Pedagogia da autonomia. 13. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1999.



118. Sonobe HM, Buetto LS, Zago MMF. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. [Internet]. RevEscEnferm USP 2011; 45(2):342-8. [Acesso em 2012 Fev. 02]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a05.pdf>.

119. Gonzáles CRA. A promoção da saúde como caminho para o envelhecimento ativo: o cuidado ao hipertenso em um centro de saúde escola. [Internet] 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008. [Acesso em 2010 Mai. 24]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=505236&indexSearch=ID>.

120. Organização Mundial de Saúde. A discussion document on the concept and principles of health promotion. [Internet] Copenhagen, 9–13 July 1984. [Acesso em 2010 Fev. 15]. Disponível em: [http://www.who.int/healthpromotion/milestones\\_yellowdocument.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/milestones_yellowdocument.pdf).

121. Backes DS, Koerich MS, Rodrigues ACRL, Drago LC, Klock P, Erdmann AL. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. Ciênc. saúde coletiva. n.3(14), 2009. 903-910pp. ISSN 1413-8123. [Acesso em 2011 Nov. 02]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300026&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300026&script=sci_arttext).

122. Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. [Internet] Interface – Comunic., Saúde, Educ. nº 18(9). 2005. pp.489-506. [Acesso em 2012 Fev. 14]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>.

123. Gomes ILV, Fraga MNO. Direitos do cidadão hospitalizado: teoria e práxis. Fortaleza: Ban Gráfica, 2001.

124. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “Empowerment” no projeto de promoção à saúde. [Internet] Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. nº.4(20). jul-ago. 2004. Pp.1088-1.095. [Acesso em 2010 Jun. 06]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>.

125. Oliveira AC.; Sa L.; Silva MJP. O posicionamento do enfermeiro frente à autonomia do paciente terminal. [Internet] Rev. bras. enferm. nº.3(60).2007. pp.286-

290. ISSN 0034-7167. [Acesso em 2011 Out. 15]. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a07.pdf>.

126. Durand G. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. São Paulo (SP): Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2003.

127. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

128. Brandão Z. Entre questionários e entrevistas. In: Nogueira MA.; Romanelli G.; Zago N. (orgs.). Família & escola. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. p. 171-83.

129. Proença WL. Observação participante. ANTROPOS – Revista de Antropologia – Volume 2, Ano 1, Mai. 2008 .

130 May Tim. *Pesquisa social. Questões, métodos e processos*. 2001. Porto Alegre, Artemed.

131. Queiroz DT, Vall J, Souza AMA, Vieira NFC. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. [Internet] R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):276-83. [Acesso em 2012 Fev. 24]. Disponível em:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=475662&indexSearch=ID>.

132. Lakatos EM.; Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. Porto Alegre: Atlas, 2005.

133. Vergara SC. Métodos de pesquisa em administração. São Paulo: Atlas, 2005.

134. Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. 5. ed. Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, 2002 Cap. 3.

135. Organización Panamericana de la Salud-OPS. Exclución en salud en países de América Latina y el Caribe. [Internet] Serie N° 1. Extensión de la Protección Social em Salud. Washington D.C.: OPS/OMS, Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), 2003. [Acesso em 2012 Ago. 13]. Disponível em:  
[http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Extension-Exclusion\\_Salud\\_Paises\\_America\\_Latina\\_Caribe.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Extension-Exclusion_Salud_Paises_America_Latina_Caribe.pdf).

136. Marinho A. Um estudo sobre as filas para internações e para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. [Internet] Revista Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Rio de Janeiro, novembro de 2004, nº 1055. [Acesso em 2011 Set. 22]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2004/td1055.pdf>.

137. Marinho A.; Cardoso SS. Um estudo multinível sobre as filas para internações relacionadas com a gravidez, o parto e o puerpério no SUS. [Internet] Revista Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea. Rio de Janeiro, janeiro de 2006, nº 1151. [Acesso em 2011 Set. 22]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2006/td1151.pdf>.

138. Campos, G.W.S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?[Internet] Interface - Comunic., Saúde, Educ., Vol.9, n.17, p.398-403, 2005. [Acesso em 2012 Abr. 18]. Disponível em:  
[www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf).

139. Gomes AMA, Sampaio JJC, Carvalho MGB, Nations MK, Alves MSCF. Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. [Internet] Interface (Botucatu). 2008, vol.12, n.27, pp. 773-782. ISSN 1414-3283. [Acesso em 2011 Out. 11]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a08v1227.pdf>.

140. Ribeiro ECO, Motta JIJ. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. [Internet] Divulg. Saúde debate, Vol. 12, p. 39-44, jul. 1996. Boletim Eletrônico. [Acesso em 2007 Fev. 22]. Disponível: <http://www.redeunida.org.br/arquivos/educacao.rtf>.

141. Brasil. Ministério da Saúde. Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. [Internet] Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília. MS, 2004. [Acesso em 2012 Ago. 26]. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2\\_vpdf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf).

142. Sonobe HM, Buetto LS, Zago MMF. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. [Internet]. RevEscEnferm USP 2011; 45(2):342-8. [Acesso em 2011 Set. 22]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a05.pdf>.

143. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsabilidade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3):599-613,2005.
144. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Relatório de Desenvolvimento Humano. Em 182 países, os progressos irregulares e as desigualdades na saúde, na riqueza e na educação persistem. [Internet] 2009. NY. [Acesso em 2012 Ago. 22]. Disponível em:<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2009/>.
145. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A saúde na opinião dos brasileiros / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003.
146. Arruda PL. O profissional da saúde e os dois lados da doença: da exclusão ao empoderamento do sujeito. [Internet] *Revista Virtual Textos & Contextos*, nº 4, dez. 2005. [Acesso em 2012 Jun. 25]. Disponível em:<http://www.richieri.com/wp-content/uploads/2010/04/775.pdf>.
147. Koerich MS.; Backes DS.; Marchiori MC.; Erdmann AL. Pacto em defesa da saúde: divulgando os direitos dos usuários pela pesquisa-ação. *Ver. Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS)* 2009 dez; 30(4):677-84.
148. Timi JRR. O médico e os direitos do paciente. [Internet]. *J VascBr* 2003, Vol. 2, Nº3. [Acesso em 2012 Ago. 13]. Disponível em:<http://www.imaginologia.com.br/dow/direitos-deveres/O-Medico-e-os-Direitos-do-Paciente.pdf>.
149. Maluf F. Relação profissional-paciente e bioética: uma discussão sempre atual. [Internet] *Rev. Assoc. Med. Bras.* vol.58 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2012. [Acesso em 2012 Set. 25]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302012000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302012000100003&script=sci_arttext).
150. Figueiredo AM. Bioética clínica e sua prática. [Internet] *Bioética (Impr)* 2011;19(2): 343-58. [Acesso em 2012 Ago. 22]. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/632/659](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/632/659).

# APÊNDICES

## **APÊNDICE – 1**

**Termos de Consentimento Livre e Esclarecido,  
conforme modelo do CEP/SES/DF**

**MODELO 1**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**  
**(Servidores da Unidade de Pronto Socorro do HRT)**

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **“Uma Análise Bioética Sobre o Processo de Empoderamento do Usuário Como Ferramenta para Inclusão na Saúde”**. A pesquisa encontra-se sob a responsabilidade da Mestranda Sheila Pereira Soares participante do **Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília (UnB) sob orientação do Prof. Dr. Volnei Garrafa**. Tem finalidade acadêmica, objetivando levantar o nível de conhecimento dos servidores e pacientes que se encontram no Pronto Socorro do Hospital Regional de Taguatinga sobre o tema proposto, visando obter resultados que possibilitem a detecção de deficiência e a busca de soluções a respeito do assunto. Os dados serão obtidos por meio de entrevistas com preenchimentos de um questionário pela própria pesquisadora que se apresenta contendo questões fechadas, semi-abertas e um questionário de autopreenchimento contendo perguntas abertas. O tempo estimado para o preenchimento é de 30 minutos. A abordagem será feita de forma aleatória na unidade escolhida e não causará nenhum desconforto para o sujeito da pesquisa, nem trará risco algum. O sujeito da pesquisa terá direito de receber todas as informações sobre a pesquisa; participar voluntariamente, podendo recusar-se a participar em qualquer momento sem prejuízo ou penalidade a sua pessoa. Não terá nenhum tipo de despesa, nem receberá pagamento ou qualquer gratificação por sua participação. Poderá recusar-se a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento e terá a garantia de receber esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas acerca dos procedimentos da pesquisa, inclusive sobre o seu andamento e resultados, que serão utilizados para fins educativos ou publicação científica, sendo preservada sua identidade. Os benefícios da pesquisa estão voltados para os profissionais da área de saúde e para os pacientes, contribuindo para o enriquecimento no campo do saber e melhoria da qualidade no atendimento. Este TCLE foi emitido em duas vias, sendo uma para o entrevistado e outra para a pesquisadora. Maiores esclarecimentos poderão ser obtidos através de Sheila Pereira Soares (61) 9816-7597 ou CEP/SES/DF (61) 3325-4955, os formulários utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora por 5 anos. **Tenho ciência do exposto, aceito participar voluntariamente da pesquisa.**

**Nome: (Opcional)** \_\_\_\_\_

**Brasília,** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Assinatura do Pesquisador Responsável

**MODELO 2**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**  
**(Pacientes da Unidade de Pronto Socorro do HRT)**

O(a) Senhor(a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“Uma Análise Bioética Sobre o Processo de Empoderamento do Usuário Como Ferramenta para Inclusão na Saúde”**. O nosso objetivo é analisar o nível de conhecimento dos trabalhadores da saúde e pacientes que se encontram no Pronto Socorro do Hospital Regional de Taguatinga sobre os direitos dos pacientes e se estes direitos estão sendo repassados para os pacientes ou omitidos pelos trabalhadores da saúde.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação será através de uma entrevista que o Senhor(a) deverá responder caso concorde em participar após esclarecimentos da pesquisadora e assinatura do termo TCLE o tempo estimado para responder o questionário é aproximadamente de 30 minutos. Porém, não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder as perguntas. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a Senhor(a). Os resultados da pesquisa serão divulgados no Setor de Núcleo de Pesquisa do HRT e na Instituição UnB – Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente em alguma revista ou outro instrumento de divulgação científica. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora por 5 anos.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para Pesquisadora Sheila Pereira Soares (61) 9816-7597 no horário de 09:00 às 18:00 ou para o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - CEP/SES/DF (61) 3325-4955 no horário de 08:00 às 11:30. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

**Nome / assinatura do entrevistado.** (Opcional): \_\_\_\_\_

**Pesquisadora Responsável:** Sheila Pereira Soares

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



## **APÊNDICE - 2**

### **Questionários I, II, III, IV e Formulário I**

**Universidade de Brasília**

**Programa de Pós-Graduação em Bioética**

**Tema: Uma Análise Bioética Sobre o Processo de Empoderamento do Usuário como Ferramenta para Inclusão na Saúde**

**QUESTIONÁRIO I (USUÁRIOS)**

**1. Dados sócio-demográficos**

Idade (anos)	Sexo	Cor	Religião	Estado Civil
<input type="checkbox"/> 0 - 4	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Católico	<input type="checkbox"/> Solteiro
<input type="checkbox"/> 5 - 9	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Protestante	<input type="checkbox"/> Casado
<input type="checkbox"/> 10 - 14		<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Espírita	<input type="checkbox"/> Viúvo
<input type="checkbox"/> 15 - 17		<input type="checkbox"/> Pardo	<input type="checkbox"/> Ateu	<input type="checkbox"/> União Estável
<input type="checkbox"/> 18 - 29		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Não Informado	<input type="checkbox"/> Divorciado
<input type="checkbox"/> 30 - 49			<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Separado
<input type="checkbox"/> 50 - 59				<input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> ≥ 60				

Local de Residência	Escolaridade	Atividade Profissional	Renda familiar
<input type="checkbox"/> Taguatinga	<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> ≤1
<input type="checkbox"/> Ceilândia	<input type="checkbox"/> Ens. Fund. Completo	<input type="checkbox"/> Empresário	<input type="checkbox"/> 1 - 3
<input type="checkbox"/> Brasília	<input type="checkbox"/> Ens. Fund. Incompleto	<input type="checkbox"/> Do Lar	<input type="checkbox"/> 4- 6
<input type="checkbox"/> Outras Cidades Satélites	<input type="checkbox"/> Ens. Méd. Completo	<input type="checkbox"/> Empresa Privada	<input type="checkbox"/> 7 - 9
<input type="checkbox"/> Cidades do Entorno	<input type="checkbox"/> Ens. Méd. Incompleto	<input type="checkbox"/> Funcionário Público	<input type="checkbox"/> ≥ 10
<input type="checkbox"/> Outros Estados do Brasil	<input type="checkbox"/> Superior Completo	<input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Não Informado
<input type="checkbox"/> Outros Países	<input type="checkbox"/> Superior Incompleto	<input type="checkbox"/> Desempregado	
	<input type="checkbox"/> Pós-Graduação	<input type="checkbox"/> Outros	

## 2. Dados Sobre Internação

Tempo de Espera por Atendimento ao Chegar à Unidade	Clínica de Internação	No Momento da Internação ficou Acomodado em:	Tempo de Internação até o Momento:	Hoje Encontra-se Internado em:
<input type="checkbox"/> 0 - 20 minutos	<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Cama	<input type="checkbox"/> 1 – 3 dias	<input type="checkbox"/> Cama
<input type="checkbox"/> 30 - 50 minutos	<input type="checkbox"/> Clínica Médica	<input type="checkbox"/> Maca	<input type="checkbox"/> ≥ 4	<input type="checkbox"/> Maca
<input type="checkbox"/> 1 - 2 horas	<input type="checkbox"/> Ortopedia	<input type="checkbox"/> Cadeira		<input type="checkbox"/> Cadeira
<input type="checkbox"/> 3 – 4 horas	<input type="checkbox"/> Clínica Cirúrgica	<input type="checkbox"/> Chão		<input type="checkbox"/> Chão
<input type="checkbox"/> ≥ de 5 horas	<input type="checkbox"/> Pediatria	<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Não sabe, não lembra				

## 3. Dados do Atendimento

Perguntas	SIM	NÃO	ÀS VEZES/NÃO SABE
Foi chamado pelo nome quando solicitado a entrar no consultório?			
Foi permitida a entrada do acompanhante no consultório durante a consulta?			
O médico se identificou? (pelo nome)			
O (a) senhor (a) viu o crachá do médico?			
O médico deixou o (a) senhor (a) falar o que estava acontecendo?			
O médico explicou a provável causa da doença ou mal-estar?			
O médico prescreveu medicamentos?			
O médico explicou quais eram e como funcionavam estes medicamentos?			
O (a) senhor (a) sabe por que está internado (a)?			
O (a) senhor (a) recebe visita do médico diariamente?			
O (a) senhor (a) sabe se o médico solicitou exames ?			
O (a) senhor (a) sabe quando vai realizar os exames solicitados pelo médico?			
Quando o (a) senhor (a) solicita a presença do médico este vem prontamente?			
Quando o (a) senhor (a) faz uma pergunta ao médico, ele responde prontamente?			
Quando o médico responde a sua pergunta, ele usa uma linguagem fácil de ser entendida pelo senhor (a)?			
O médico conversa com seus familiares?			
Quando o (a) senhor (a) solicita a presença do enfermeiro este vem prontamente?			
Quando o (a) senhor (a) faz uma pergunta ao enfermeiro, ele responde			

prontamente?			
Quando o enfermeiro responde a sua pergunta, ele usa uma linguagem fácil de ser entendida pelo senhor (a)?			
O enfermeiro conversa com seus familiares?			
O (a) senhor (a) está sendo chamado pelo seu nome pela equipe de enfermagem?			
Foi permitido acompanhante durante sua internação?			
O (a) senhor (a) viu o crachá do enfermeiro ou técnico de enfermagem?			
O (a) senhor (a) está sendo bem atendido durante o processo de internação pela equipe de enfermagem?			
A equipe de enfermagem tem verificado os sinais vitais? (PA, T, P, R)			
A equipe de enfermagem tem respondido suas perguntas de forma satisfatória?			
O (a) senhor (a) sabe o horário das medicações que estão sendo administradas?			
A equipe de enfermagem informa qual o nome da medicação que está sendo administrada?			
O (a) senhor (a) recebe visita do enfermeiro diariamente?			
O (a) senhor (a) recebe visita dos familiares diariamente?			
A equipe de enfermagem conversa com seus familiares?			
Quando os médicos vão fazer algum procedimento no (a) senhor (a), eles informam o que vão fazer?			
Quando os médicos vão fazer algum procedimento no (a) senhor (a), eles pedem sua autorização?			
Quando a equipe de enfermagem ou médico vão fazer algum procedimento no (a) senhor (a), eles pedem sua autorização?			
Esta autorização é de forma verbal ou escrita?	<b>Verbal</b>	<b>Escrita</b>	
Teve algum procedimento que o (a) senhor (a) não permitiu realizar?			
Quando recusou o procedimento o médico ou a equipe de enfermagem lhe repreendeu?			
O (a) senhor (a) deixa os médicos ou a equipe de enfermagem fazerem o que quiserem no seu corpo? Pois estudaram e sabem o que estão fazendo.			
O (a) senhor (a) sabe que existem leis que protegem o paciente?			
O (a) senhor (a) já utilizou algumas destas leis para exigir seus direitos?			
O médico ou a equipe de enfermagem lhe informaram sobre seus direitos nesta instituição?			
O (a) senhor (a) acredita na eficiência destas leis que protegem o paciente?			
O (a) senhor (a) sabe que pode ver e ler seu prontuário?			

**4. Sobre o atendimento da equipe de enfermagem em geral**

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( )

**5. Sobre o atendimento médico em geral**

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( )

**8. Gostaria que fossem realizadas palestras dentro do hospital para esclarecer os pacientes sobre seus direitos e deveres?**

( ) Sim ( ) Não

Obrigada pela atenção.

Universidade de Brasília

Programa de Pós-Graduação em Bioética

Tema: Uma Análise Bioética Sobre o Processo de Empoderamento do Usuário como Ferramenta para Inclusão na Saúde

**QUESTIONÁRIO II (Profissionais de Saúde - Médicos)****1. Dados demográficos**

Idade (anos)	Sexo	Cor	Estado Civil	Escolaridade
<input type="checkbox"/> 22 - 29	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Especialização Lato sensu
<input type="checkbox"/> 30 - 39	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Mestrado Completo
<input type="checkbox"/> 40 - 49		<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Mestrado Incompleto
<input type="checkbox"/> 50 - 59		<input type="checkbox"/> Pardo	<input type="checkbox"/> União Estável	<input type="checkbox"/> Doutorado Completo
<input type="checkbox"/> ≥ 60		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Doutorado Incompleto
			<input type="checkbox"/> Separado	
			<input type="checkbox"/> Outros	

**2. Dados Sobre os Direitos**

Perguntas	SIM	NÃO	AS VEZES/NÃO SABE
Costuma chamar o paciente pelo nome?			
Já chamou o paciente utilizando a frase "o próximo" para que este entre no consultório?			
Permiti a entrada do acompanhante no consultório durante a consulta?			
Identifica-se para o paciente pelo nome?			
Usa crachá de maneira visível?			
Explica a provável causa da doença ou sintoma para o paciente?			
Quando prescreve alguma medicação o senhor (a) informa o nome e quais são os efeitos destes medicamentos?			

Quando o paciente é internado o senhor (a) explica o motivo da necessidade da internação?			
O senhor (a) realiza visita médica quando está de plantão?			
Quando o paciente solicita a presença do médico, o senhor (a) atende prontamente?			
Quando o paciente faz uma pergunta, o senhor (a) responde prontamente?			
O senhor (a) conversa com os familiares do paciente quando solicitado?			
Em sua opinião, o médico faz visita diária aos pacientes?			
Quando vai fazer algum procedimento no paciente, o senhor (a) informa o que vai fazer?			
Quando vai fazer algum procedimento no paciente, o senhor (a) pede a autorização do mesmo?			
Esta autorização é de forma verbal ou escrita?	<b>Verbal</b>	<b>Escrita</b>	
Já houve casos de pacientes recusarem algum procedimento?			
Quando houve a recusa do procedimento, o senhor (a) o repreendeu?			
Em sua opinião, os pacientes permitem que os médicos façam o que quiserem em seu corpo?			
O (a) senhor (a) sabe que existem leis que protegem o paciente?			
O (a) senhor (a) já utilizou algumas destas leis para exigir seus direitos como paciente?			
O (a) senhor (a) costuma informar ao paciente sobre quais são os seus direitos como usuário do sistema de saúde?			
O (a) senhor (a) acredita na eficiência destas leis que protegem o paciente?			
O (a) senhor (a) sabe que o paciente tem o direito de ler o próprio prontuário?			
O (a) senhor (a) permite que o paciente tenha acesso ao prontuário, quando este solicita?			

**3. Sobre o atendimento da equipe de enfermagem em geral**

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( )

**4. Sobre o atendimento médico em geral**

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( )

**5. Sobre o seu atendimento em particular**

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( )

**6. Gostaria que fossem realizadas palestras dentro do hospital para esclarecer os pacientes sobre seus direitos e deveres como usuário do sistema de saúde?**

( ) Sim                      ( ) Não

**Obrigada pela atenção.**



## Universidade de Brasília

## Programa de Pós-Graduação em Bioética

Tema: Uma Análise Bioética Sobre o Processo de Empoderamento do Usuário como Ferramenta para Inclusão na Saúde

## QUESTIONÁRIO III (Profissionais de Saúde - Enfermeiros)

## 1. Dados demográficos

Idade (anos)	Sexo	Cor	Estado Civil	Escolaridade
<input type="checkbox"/> 22 - 29	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Especialização Lato sensu
<input type="checkbox"/> 30 - 39	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Mestrado Completo
<input type="checkbox"/> 40 - 49		<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Mestrado Incompleto
<input type="checkbox"/> 50 - 59		<input type="checkbox"/> Pardo	<input type="checkbox"/> União Estável	<input type="checkbox"/> Doutorado Completo
<input type="checkbox"/> ≥ 60		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Doutorado Incompleto
			<input type="checkbox"/> Separado	
			<input type="checkbox"/> Outro	

## 2. Dados Sobre os Direitos

Perguntas	SIM	NÃO	AS VEZES/NÃO SABE
Costuma chamar o paciente pelo nome?			
Já chamou o paciente utilizando a frase "o próximo"?			
Identifica-se para o paciente pelo nome?			
Usa crachá de maneira visível?			
Explica a provável causa da doença ou sintoma para o paciente?			
Quando o paciente é internado o senhor (a) explica o motivo da necessidade da internação?			
Quando o paciente solicita a presença do enfermeiro, o senhor (a) atende			

prontamente?			
Quando o paciente faz uma pergunta, o senhor (a) responde prontamente?			
O senhor (a) conversa com os familiares do paciente quando solicitado?			
Em sua opinião, a equipe de enfermagem informa o horário das medicações que devem ser administradas aos pacientes?			
Em sua opinião, a equipe de enfermagem informa qual o nome da medicação que está sendo administrada?			
Em sua opinião, o enfermeiro faz visita diária aos pacientes?			
Quando vai fazer algum procedimento no paciente, o senhor (a) informa o que vai fazer?			
Quando vai fazer algum procedimento no paciente, o senhor (a) pede a autorização do mesmo?			
Esta autorização é de forma verbal ou escrita?	<b>Verbal</b>	<b>Escrita</b>	
Já houve casos de pacientes recusarem algum procedimento?			
Quando houve a recusa do procedimento, o senhor (a) o repreendeu?			
Em sua opinião, os pacientes permitem que os médicos ou a equipe de enfermagem façam o que quiserem em seu corpo?			
O (a) senhor (a) sabe que existem leis que protegem o paciente?			
O (a) senhor (a) já utilizou algumas destas leis para exigir seus direitos como paciente?			
O (a) senhor (a) costuma informar ao paciente sobre quais são os seus direitos como usuário do sistema de saúde?			
O (a) senhor (a) acredita na eficiência destas leis que protegem o paciente?			
O (a) senhor (a) sabe que o paciente tem o direito de ler o próprio prontuário?			
O (a) senhor (a) permite que o paciente tenha acesso ao prontuário, quando este solicita?			

**3. Sobre o atendimento da equipe de enfermagem em geral**

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( )

**4. Sobre o atendimento médico em geral**

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( )

**5. Sobre o seu atendimento em particular**

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( )

**6. Gostaria que fossem realizadas palestras dentro do hospital para esclarecer os pacientes sobre seus direitos e deveres como usuário do sistema de saúde?**

( ) Sim                      ( ) Não

**Obrigada pela atenção.**

## Universidade de Brasília

## Programa de Pós-Graduação em Bioética

Tema: Uma Análise Bioética Sobre o Processo de Empoderamento do Usuário como Ferramenta para Inclusão na Saúde

## QUESTIONÁRIO IV (PROFISSIONAIS DE SAÚDE – TÉCNICOS DE ENFERMAGEM)

## 1. Dados demográficos

Idade (anos)	Sexo	Cor	Estado Civil	Escolaridade
( ) 18 - 29	( ) M	( ) Branco	( ) Solteiro	( ) Superior Completo
( ) 30 - 39	( ) F	( ) Negro	( ) Casado	( ) Superior Incompleto
( ) 40 - 49		( ) Amarelo	( ) Viúvo	( ) Especialização Lato sensu
( ) 50 - 59		( ) Pardo	( ) União Estável	( ) Mestrado Completo
( ) ≥ 60		( ) Outros	( ) Divorciado	( ) Mestrado Incompleto
			( ) Separado	( ) Doutorado Completo
			( ) Outro	( ) Doutorado Incompleto

## 2. Dados Sobre os Direitos

Perguntas	SIM	NÃO	AS VEZES/NÃO SABE
Costuma chamar o paciente pelo nome?			
Já chamou o paciente utilizando a frase "o próximo"?			
Identifica-se para o paciente pelo nome?			
Usa crachá de maneira visível?			
Explica a provável causa da doença ou sintoma para o paciente?			
Quando o paciente é internado o senhor (a) explica o motivo da necessidade da internação?			
Em sua opinião, quando o paciente solicita a presença do médico, este atende prontamente?			
Em sua opinião, quando o paciente solicita a presença do enfermeiro, este atende prontamente?			

Quando o paciente faz uma pergunta, o senhor (a) responde prontamente?			
O senhor (a) conversa com os familiares do paciente quando solicitado?			
Em sua opinião, a equipe de enfermagem informa o horário das medicações que devem ser administradas aos pacientes?			
Em sua opinião, a equipe de enfermagem informa qual o nome da medicação que está sendo administrada?			
Em sua opinião, o enfermeiro faz visita diária aos pacientes?			
Quando vai fazer algum procedimento no paciente, o senhor (a) informa o que vai fazer?			
Quando vai fazer algum procedimento no paciente, o senhor (a) pede a autorização do mesmo?			
Esta autorização é de forma verbal ou escrita?	<b>Verbal</b>	<b>Escrita</b>	
Já houve casos de pacientes recusarem algum procedimento?			
Quando houve a recusa do procedimento, o senhor (a) o repreendeu?			
Em sua opinião, os pacientes permitem que os médicos ou a equipe de enfermagem façam o que quiserem em seu corpo?			
O (a) senhor (a) sabe que existem leis que protegem o paciente?			
O (a) senhor (a) já utilizou algumas destas leis para exigir seus direitos como paciente?			
O (a) senhor (a) costuma informar ao paciente sobre quais são os seus direitos como usuário do sistema de saúde?			
O (a) senhor (a) acredita na eficiência destas leis que protegem o paciente?			
O (a) senhor (a) sabe que o paciente tem o direito de ler o próprio prontuário?			
O (a) senhor (a) permite que o paciente tenha acesso ao prontuário, quando este solicita?			

**3. Sobre o atendimento da equipe de enfermagem em geral.**

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( )

**4. Sobre o atendimento médico em geral.**

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( )

**5. Sobre o seu atendimento em particular.**

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo ( )

**6. Gostaria que fossem realizadas palestras dentro do hospital para esclarecer os pacientes sobre seus direitos e deveres como usuário do sistema de saúde?**

( ) Sim                      ( ) Não

**Obrigada pela atenção.**

Universidade de Brasília

Programa de Pós-Graduação em Bioética

Tema: Uma Análise Bioética Sobre o Processo de Empoderamento do Usuário como Ferramenta para Inclusão na Saúde

**FORMULÁRIO I – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (Profissionais de saúde)**

1. O senhor (a) conhece os direitos do pacientes, e caso tenha conhecimento poderia exemplificar e comentar um ou alguns deles.

---

---

---

---

---

---

2. Na unidade de pronto socorro deste hospital, em sua opinião, os direitos do paciente são respeitados. Explique sua resposta.

---

---

---

---

---

---

3. O que poderia ser feito para melhorar a comunicação entre profissional de saúde e paciente?

---

---

---

---

---

---

4. Caso fosse implantado neste hospital um programa de conscientização dos pacientes (por meio de palestras) em que seriam abordados os direitos e deveres do usuário do sistema de saúde, o senhor (a) seria a favor e se colocaria a disposição para colaborar. Explique sua resposta.

---

---

---

---

---

---

Obrigada pela atenção.

# **ANEXOS**



**ANEXO 1**  
**DIREITOS DO PACIENTE**

## **CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE - Ministério da Saúde**

1. O paciente tem direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Tem direito a um local digno e adequado para seu atendimento.
2. O paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome. Não deve ser chamado pelo nome da doença ou do agravo à saúde, ou ainda de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.
3. O paciente tem direito a receber do funcionário adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria de seu conforto e bem-estar.
4. O paciente tem direito a identificar o profissional por crachá preenchido com o nome completo, função e cargo.
5. O paciente tem direito a consultas marcadas, antecipadamente, de forma que o tempo de espera não ultrapasse a trinta (30) minutos.
6. O paciente tem direito de exigir que todo o material utilizado seja rigorosamente esterilizado, ou descartável e manipulado segundo normas de higiene e prevenção.
7. O paciente tem direito de receber explicações claras sobre o exame a que vai ser submetido e para qual finalidade irá ser coletado o material para exame de laboratório.
8. O paciente tem direito a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, sobre as ações diagnósticas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização, a localização de sua patologia, se existe necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos.
9. O paciente tem direito a ser esclarecido se o tratamento ou o diagnóstico é experimental ou faz parte de pesquisa, e se os benefícios a serem obtidos são proporcionais aos riscos e se existe probabilidade de alteração das condições de dor, sofrimento e desenvolvimento da sua patologia.
10. O paciente tem direito de consentir ou recusar a ser submetido à experimentação ou pesquisas. No caso de impossibilidade de expressar sua vontade, o consentimento deve ser dado por escrito por seus familiares ou responsáveis.
11. O paciente tem direito a consentir ou recusar procedimentos, diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados. Deve consentir de forma livre, voluntária, esclarecida com adequada informação. Quando ocorrerem alterações significantes no estado de saúde inicial ou da causa pela qual o consentimento foi dado, este deverá ser renovado.
12. O paciente tem direito de revogar o consentimento anterior, a qualquer instante, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.
13. O paciente tem o direito de ter seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consultá-lo a qualquer momento. Este prontuário deve conter o conjunto de documentos padronizados do histórico do paciente, princípio e evolução da doença, raciocínio clínico, exames, conduta terapêutica e demais relatórios e anotações clínicas.

14. O paciente tem direito a ter seu diagnóstico e tratamento por escrito, identificado com o nome do profissional de saúde e seu registro no respectivo Conselho Profissional, de forma clara e legível.
15. O paciente tem direito de receber medicamentos básicos, e também medicamentos e equipamentos de alto custo, que mantenham a vida e a saúde.
16. O paciente tem o direito de receber os medicamentos acompanhados de bula impressa de forma compreensível e clara e com data de fabricação e prazo de validade.
17. O paciente tem o direito de receber as receitas com o nome genérico do medicamento (Lei do Genérico) e não em código, datilografadas ou em letras de forma, ou com caligrafia perfeitamente legível, e com assinatura e carimbo contendo o número do registro do respectivo Conselho Profissional.
18. O paciente tem direito de conhecer a procedência e verificar antes de receber sangue ou hemoderivados para a transfusão, se o mesmo contém carimbo nas bolsas de sangue atestando as sorologias efetuadas e sua validade.
19. O paciente tem direito, no caso de estar inconsciente, de ter anotado em seu prontuário, medicação, sangue ou hemoderivados, com dados sobre a origem, tipo e prazo de validade.
20. O paciente tem direito de saber com segurança e antecipadamente, através de testes ou exames, que não é diabético, portador de algum tipo de anemia, ou alérgico a determinados medicamentos (anestésicos, penicilina, sulfas, soro antitetânico, etc.) antes de lhe serem administrados.
21. O paciente tem direito à sua segurança e integridade física nos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados.
22. O paciente tem direito de ter acesso às contas detalhadas referentes às despesas de seu tratamento, exames, medicação, internação e outros procedimentos médicos.
23. O paciente tem direito de não sofrer discriminação nos serviços de saúde por ser portador de qualquer tipo de patologia, principalmente no caso de ser portador de HIV / AIDS ou doenças infecto-contagiosas.
24. O paciente tem direito de ser resguardado de seus segredos, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública. Os segredos do paciente correspondem a tudo aquilo que, mesmo desconhecido pelo próprio cliente, possa o profissional de saúde ter acesso e compreender através das informações obtidas no histórico do paciente, exames laboratoriais e radiológicos.
25. O paciente tem direito a manter sua privacidade para satisfazer suas necessidades fisiológicas, inclusive alimentação adequada e higiênica, quer quando atendido no leito, ou no ambiente onde está internado ou aguardando atendimento.
26. O paciente tem direito a acompanhante, se desejar, tanto nas consultas, como nas internações. As visitas de parentes e amigos devem ser disciplinadas em horários compatíveis, desde que não comprometam as atividades médico/sanitárias. Em caso de parto, a parturiente poderá solicitar a presença do pai.
27. O paciente tem direito de exigir que a maternidade, além dos profissionais comumente necessários, mantenha a presença de um neonatologista, por ocasião do parto.

28. O paciente tem direito de exigir que a maternidade realize o "teste do pezinho" para detectar a fenilcetonúria nos recém-nascidos.
  29. O paciente tem direito à indenização pecuniária no caso de qualquer complicação em suas condições de saúde motivadas por imprudência, negligência ou imperícia dos profissionais de saúde.
  30. O paciente tem direito à assistência adequada, mesmo em períodos festivos, feriados ou durante greves profissionais.
  31. O paciente tem direito de receber ou recusar assistência moral, psicológica, social e religiosa.
  32. O paciente tem direito a uma morte digna e serena, podendo optar ele próprio (desde que lúcido), a família ou responsável, por local ou acompanhamento e ainda se quer ou não o uso de tratamentos dolorosos e extraordinários para prolongar a vida.
  33. O paciente tem direito à dignidade e respeito, mesmo após a morte. Os familiares ou responsáveis devem ser avisados imediatamente após o óbito.
  34. O paciente tem o direito de não ter nenhum órgão retirado de seu corpo sem sua prévia aprovação.
  35. O paciente tem direito a órgão jurídico de direito específico da saúde, sem ônus e de fácil acesso.
- 

**Fonte:** Brasil. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde/ Ministério da Saúde**. 2ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_direito\\_usuarios\\_2ed2007.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf)>. Acesso em: 23 Fev. 2010.

**Fonte:** Brasil. **Portaria do Ministério da Saúde nº1286 de 26 de outubro de 1993**. Fórum de patologias do Estado de São Paulo - Governo do Estado de São Paulo - Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <<http://www.aboi.org.br/direitospaciente.html>>. Acesso em: 11 Nov.2011.

## **ANEXO 2**

### **ENDEREÇOS DE EXEMPLOS DE PROJETOS DE EDUCAÇÃO EMPODERADORA QUE DERAM CERTO**

**Endereços para consultas:**

- Bernardo MHJ *et al.* A saúde no diálogo com a vida cotidiana: a experiência do trabalho educativo com idosos no grupo roda da saúde. Rev. APS, v. 12, n. 4, p. 504-509, out./dez. 2009. Disponível em: <[www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/744/275](http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/744/275)>. Acesso em: 24 Jun. 2011.
- Becker D.; Edmundo K.; Nunes NR.; Bonatto D.; Souza R. *Empowerment* avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):655-667, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n3/a12v09n3.pdf>>. Acesso em: 04 Jul. 2011.
- Gomes AMA; Sampaio JJC; Carvalho MGB; Nations MK; Alves MSCF. Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. *Interface (Botucatu)* [online]. 2008, vol.12, n.27, pp. 773-782. ISSN 1414-3283. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a08v1227.pdf>>. Acesso em: 15 Out. 2011.
- Farão EMD; Soares RSA; Saul AMR; Weiller TH; Engel RH; Fernandes MN. O empoderamento do usuário submetido à laringectomia total. II Jornada Internacional de Enfermagem UNIFRA. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/jornadadeenfermagem/Trabalhos/3636.pdf>>. Acesso em: 15 Out. 2011.
- Hammerschmidt KSA; Lenardt MH. Tecnologia educacional inovadora para o Empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 358-65. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/18.pdf>>. Acesso em: 15 Out. 2011.

**ANEXO 3**  
**TERMO DE APROVAÇÃO PELO CEP/SES/DF**



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 0186/2011

**PROTOCOLO Nº DO PROJETO:** 206/2011 – UMA ANÁLISE BIOÉTICA SOBRE O PROCESSO DE EMPODERAMENTO E LIBERTAÇÃO DO CIDADÃO COMO FERRAMENTAS PARA INCLUSÃO NA SAÚDE.

**Instituição Pesquisada:** Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

**Área Temática Especial:** Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

**Validade do Parecer:** 31/05/2013

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 01 de junho de 2011.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF  
Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Fone/Fax: 3325-4955 - e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br  
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-907  
BRASÍLIA - PATRIMONIO CULTURAL DA HUMANIDADE