

**Brazilian Journal of Forensic Sciences,  
Medical Law and Bioethics**

Journal homepage: [www.ipebj.com.br/forensicjournal](http://www.ipebj.com.br/forensicjournal)



**O Direito Humano à Saúde no Brasil e a  
Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**

**The Human Right to Health in Brazil and the  
Health System Users' Charter of Rights**

José Renato Gatto Junior<sup>1</sup>, Andressa Silva dos Santos<sup>1</sup>, Emanuele Seicenti de Brito<sup>1</sup>, Isabela Moreira Freitas<sup>1</sup>, Karla Fernanda Gomes Benetti<sup>1</sup>, Tatiana Mara da Silva Russo<sup>1</sup>, Carla Aparecida Arena Ventura<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Endereço: Avenida Bandeirantes, nº 3900 – CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto, São Paulo - Brasil. [caaventu@gmail.com](mailto:caaventu@gmail.com)*

Received 4 November 2012

**Resumo.** Este trabalho busca compreender como é garantido o direito à saúde dos usuários do sistema público de saúde no Brasil. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, cujos dados foram coletados por meio de revisão da literatura, tendo como fundamentação teórica a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde do Ministério da Saúde (2006). Foram encontradas 26 citações a cerca de questões concernentes aos direitos dos usuários da saúde em 10 artigos. Do total de citações, 17 se deram em 5 artigos publicados anteriormente à Carta e 9 se deram em 5 artigos publicados posteriormente a mesma. Observou-se também que o maior número de citações (9) foi referente à temática do terceiro princípio, o qual está inerente às questões da humanização e enfatiza que “*todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação*”.

**Palavras-chave:** Direitos Sociais; Direito à Saúde; Cidadania; SUS; Carta dos Usuários.

**Abstract.** The goal of this study is to understand how the right to health of users of the health system is assured in Brazil. This is a descriptive exploratory study, data were collected through literature review, based on the principles of the Health System Users' Chart of Rights (2006). Authors found 26 citations regarding issues concerning the rights of

health users in 10 articles. Among the total citations, 17 were from five papers published prior to the Charter and nine of them from five papers published after the Charter. Authors found the highest number of citations (9) about the third principle, which is related to humanization issues and emphasizes that "every citizen is entitled to a humanized care, friendly and free from any discrimination."

**Keywords:** Social Rights; Right to Health; Citizenship; Single Health System; Users' Charter.

## 1. Introdução

No percurso do desenvolvimento da humanidade sempre esteve presente a busca constante do homem pelo bem-estar e, para tal, desde os primórdios, os grupos sociais adotam regras de conduta que são incorporadas em seu cotidiano. No transcorrer dos tempos até a atualidade, ocorreram mudanças significativas que foram internalizadas por diversos grupos sociais. Assim, modificações e alterações de comportamento influem nas relações entre os indivíduos na sociedade provocando reflexões, gerando novos valores, crenças e hábitos. As modificações comportamentais são, portanto, produtos das relações humanas tanto no contexto social quanto profissional.

A ordem social adquiriu dimensão jurídica a partir do momento em que as constituições e outras leis passaram a discipliná-la sistematicamente. No Brasil, a primeira Constituição a inscrever um título sobre a ordem econômica e social foi a de 1934. Posteriormente, a Constituição de 1988 traz um capítulo próprio dos direitos sociais e um título especial sobre a ordem social, mas não os separa radicalmente, pois os direitos sociais são conteúdo da ordem social.

Direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são ações positivas, sendo direta ou indiretamente proporcionadas pelo Estado, aplicadas/enunciadas por normas constitucionais com o objetivo de possibilitar melhores condições de vida aos que possuem menor autonomia, visando à equidade de situações sociais desiguais<sup>1</sup>.

Os direitos sociais foram divididos de acordo com seu conteúdo, em dois grupos: direitos de defesa e direitos prestacionais. Os direitos de defesa estão ligados aos direitos de liberdade, igualdade, direitos garantia, garantias institucionais, direitos políticos e posições jurídicas fundamentais em geral. São aplicados imediatamente e possuem eficácia plena, pois reclamam uma atitude de

abstenção do Estado e não uma atitude positiva, não dependendo em regra, de alocação de recursos e de concretização legislativa<sup>2</sup>.

A saúde é um direito social prestacional. “Os direitos sociais prestacionais, ao contrário dos direitos de defesa, não se dirigem à proteção da liberdade e igualdade abstratas, mas sim, encontram-se intimamente vinculados às tarefas de melhoria, distribuição e redistribuição dos recursos existentes, bem como à criação de bens essenciais não disponíveis para todos os que deles necessitem”<sup>3:263</sup>.

Para que o direito a saúde se concretize por meio de leis que garantam sua aplicabilidade de forma eficaz, no Brasil, a Constituição da República de 1988 atribuiu competência legislativa concorrente em matéria de prestação e defesa da saúde. Explicita a proteção constitucional ao direito à saúde no artigo 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”<sup>4</sup>.

Além deste artigo há vários outros dispositivos que mencionam o tema da saúde na Constituição da República: artigos 5º, 6º, 7º, 21, 22, 23, 24, 30, 127, 129, 133, 134, 170, 182, 184, 216, 218, 220, 225, 227 e 230. O art. 197 dispõe ser de relevância pública as ações e serviços de saúde. No artigo 200 estão detalhadas as atribuições do Sistema Único de Saúde. Para fazer valer este artigo, foi promulgada a Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde, que institui o Sistema Único de Saúde). Também foram criadas outras leis que tratam do direito à saúde depois da Carta de 1988. Além das leis específicas, o tema também é encontrado no Código Penal Brasileiro, Estatuto da Criança e do Adolescente, Código de Defesa do Consumidor, dentre outros microssistemas jurídicos.

No contexto da saúde, “o sistema enfrenta conflitos em relação à qualidade e aos valores das práticas profissionais”<sup>5:347</sup>. Para que tais conflitos não firam os direitos do usuário, garantidos na Constituição da República, o Ministério da Saúde, por meio da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, determina diretrizes que norteiam o cumprimento dos direitos dos usuários dos serviços de saúde no Brasil. Os princípios deste documento enfatizam que todo cidadão tem direito a ser atendido com ordem, organização e qualidade de serviço; o cuidado deve ser humanizado e sem nenhuma discriminação, conservando total respeito aos direitos do paciente. Ainda, um destes princípios indica que é dever do cidadão buscar o

atendimento de saúde e revela que é preciso o comprometimento por parte dos gestores para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

### **1.1 A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde do Ministério da Saúde do Brasil**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista social consagrada na Constituição de 1988. Seus princípios doutrinários são a universalidade, a integralidade e a equidade, os quais têm o objetivo principal de assegurar e defender a democratização dos serviços de saúde, norteados, sobretudo, pelas diretrizes organizativas de descentralização dos serviços, regionalização da saúde, hierarquização dos níveis de atenção à saúde, integração das ações e recursos e a participação dos cidadãos<sup>6</sup>.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi consequência da Reforma Sanitária Brasileira, originada a partir de um processo político mobilizador da sociedade, com o intuito de reorganização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde, assim como a ampliação da concepção de saúde para além da “ausência de doença” e da mera cura de agravos<sup>6</sup>, adotando como lógica, a priorização das causas, a prevenção de agravos, a promoção da saúde, relacionando-a também à magnitude do conceito de qualidade de vida da população<sup>7</sup>.

Um fato muito importante que ocorreu durante o movimento sanitário foi a consideração da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, o que deu força jurídica de relevância pública às ações e serviços de saúde. Com isso, juntamente com o Sistema de Previdência Social e o Sistema Único de Assistência Social, o SUS faz parte do tripé da seguridade social. Dessa forma, instituindo a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, amparada pela concepção de seguridade social, houve uma ruptura com o padrão anterior de política social, imbuído, até então, de atitudes excludentes a milhões de brasileiros tratados como indigentes por não comporem a massa de trabalhadores assalariados com registro em carteira e contribuintes da Previdência Social. No campo da saúde, o efeito surtido foi a possibilidade de superação da oferta estratificada de serviços pela oportunidade de minimização da diferença de atendimento aos agora “cidadãos”. Dessa forma, o conceito de cidadania pôde ser aplicado na sua amplitude<sup>6</sup>.

Nessa perspectiva, apesar da garantia do direito à saúde confirmada na Constituição, uma questão importante era levar à população o conhecimento de seus direitos como usuários da saúde. Para isso, o Ministério da Saúde, juntamente

com o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite, têm elaborado e reelaborado cartilhas a partir de seis princípios básicos de cidadania, abordando os direitos dos usuários da saúde, as quais são distribuídas gratuitamente à população nos diversos serviços de saúde. Desse modo, a Carta dos direitos dos usuários da saúde traz informações para que todos os usuários conheçam seus direitos e saibam que têm assegurado o ingresso digno nos sistemas de saúde, tanto público quanto privado. Ainda, com o intuito de garantir o direito de participação popular (principalmente do usuário) na gestão do SUS, foi criada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, visando à promoção de mudanças nos serviços através do fortalecimento da autonomia e da atitude cidadã, a fim de favorecer a implementação de melhorias na atenção e na gestão do serviço saúde<sup>8</sup>.

“A cidadania expressa um conjunto de direitos que dá à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo. Quem não tem cidadania está marginalizado ou excluído da vida social e da tomada de decisões, ficando numa posição de inferioridade dentro do grupo social”<sup>9:14</sup>. Cidadão é aquele que, em uma comunidade política, goza não só de direitos civis (liberdades individuais) e políticos (participação política), mas também de direitos sociais (trabalho, educação, habitação, saúde e prestações sociais)<sup>2</sup>. A cidadania é uma relação de mão dupla: dirige-se da comunidade para o cidadão, e também do cidadão para a comunidade. Só se pode exigir de um cidadão que assuma responsabilidades quando a comunidade política tiver demonstrado claramente que o reconhece como membro seu, inclusive através da garantia de seus direitos sociais básicos<sup>10</sup>.

Os seis princípios de cidadania abordados na Carta 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<sup>8</sup>.

Considerando a importância do exercício do direito à saúde pelos usuários do sistema na consolidação de sua cidadania, este estudo apresenta como objetivo descrever, com base na revisão dos artigos selecionados, os direitos dos usuários do SUS elencados na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

## **2. Método**

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, cujos dados foram coletados por meio de revisão da literatura, tendo como fundamentação teórica a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde do Ministério da Saúde (2006). Para sua operacionalização, foram utilizadas as seguintes etapas:

### **1º - Estabelecimento do Problema de Revisão**

Considerando a publicação científica em língua portuguesa, qual a abordagem dos autores em relação aos direitos dos usuários da saúde apresentados pela Carta do Ministério da Saúde?

### **2º - Seleção das publicações**

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de buscas na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), utilizando o seguinte descritor de assunto “Direitos dos pacientes”.

Os critérios de inclusão foram estabelecidos pelo encontro das palavras “direitos” ou “direito” (relacionadas aos usuários da saúde em geral) no título dos artigos; e artigos de periódicos indexados na base de dados mencionada, com acesso em texto completo, disponíveis on-line e em língua portuguesa. Como resultado da busca, foram encontrados 113 artigos e selecionados 12 que obedeciam aos critérios propostos.

### **3º - Análise dos dados**

Em seguida, foi realizada a leitura dos artigos encontrados e selecionados os trechos que destacam os direitos dos usuários da saúde expressos na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Nesta etapa, foram encontrados 26 trechos desta natureza em 10 artigos. Foi, então, realizada uma distribuição destes trechos de acordo com o princípio a que se referiam. Na sequência, foi verificada a data de realização dos artigos e comparado com a data de publicação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2006). Observou-se que havia 5 artigos com datas anteriores e 5 artigos com datas posteriores a 2006.

### 3. Resultado e Discussão

#### 3.1 Os princípios da Carta dos Direitos dos Usuários dos serviços de saúde no Brasil com base em revisão da literatura

O primeiro princípio da Carta determina que “*todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde*”. Relaciona-se, portanto, à assistência integral e, em caso de seu descumprimento, o cuidado fica comprometido.

No âmbito deste princípio, ressaltam-se os seguintes incisos da Carta:

*INCISO I: O acesso se dará prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica próximos ao local de moradia;*

*INCISO IV: O encaminhamento à Atenção Especializada e Hospitalar será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta critérios de vulnerabilidade e risco com apoio de centrais de regulação ou outros mecanismos que facilitem o acesso a serviços de retaguarda;*

*INCISO V: Quando houver limitação circunstancial na capacidade de atendimento do serviço de saúde, fica sob responsabilidade do gestor local a pronta resolução das condições para o acolhimento e devido encaminhamento do usuário do SUS, devendo ser prestadas informações claras ao usuário sobre os critérios de priorização do acesso na localidade por ora indisponível. A prioridade deve ser baseada em critérios de vulnerabilidade clínica e social, sem qualquer tipo de discriminação ou privilégio.*

Nesse contexto, um dos trabalhos analisados aborda diretamente a saúde como um direito humano e, como consequência, a dificuldade de acesso como um desrespeito a este direito.

“De grande importância para a fundamentação sobre a humanização na saúde foi a Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, co-patrocinada e organizada pela Organização Mundial de Saúde e pela UNICEF, que aconteceu em Alma-Ata, capital do Kazaquistão Soviético, de 6 a 12 de setembro de 1978, a qual reafirmou que a saúde é um estado de bem estar completo, físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades, devendo ser compreendida como um direito humano fundamental. Enfoca como prática humanizadora o tratar com as dificuldades de acesso dos usuários aos serviços e suas injustas consequências – as filas de espera, a necessidade de ampliação dos mecanismos de comunicação e informação, o

incentivo a formas de acolhimento que levem à otimização dos serviços e ao acesso dos usuários a todos os níveis de atenção do sistema de saúde, com mecanismos de referência e contra referência”<sup>11:31</sup>.

O inciso VIII do primeiro princípio estabelece que *“garantia à acessibilidade implica o fim das barreiras arquitetônicas e de comunicabilidade, oferecendo condições de atendimento adequadas, especialmente a pessoas que vivem com deficiências, idosos e gestantes”*.

“As dificuldades encontradas pelo usuário no acesso ao atendimento que busca para tratar seus problemas de saúde, além de retardarem o seu processo de recuperação de saúde contribuem também por vezes para impossibilitar a obtenção da recuperação prevista”<sup>5:350-51</sup>.

O autor chama, portanto, a atenção para as dificuldades de acesso e suas consequências, o que pode impossibilitar, muitas vezes, a recuperação do usuário, impedindo-o de exercer com efetividade o seu direito humano à saúde, bem como outros direitos correlacionados. Além do custo “pessoal”, ressaltam-se, ainda, os custos sociais e econômicos da falta de acesso para a comunidade e para a família da pessoa afetada.

De acordo com o segundo princípio, *“todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema”*. A este princípio relaciona-se o Inciso II da Carta que determina: *“informações sobre o seu estado de saúde, extensivas aos seus familiares e/ou acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitados os limites éticos por parte da equipe de saúde sobre, entre outras:*

- a) hipóteses diagnósticas;
- b) diagnósticos confirmados;
- c) exames solicitados;
- d) objetivos dos procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou terapêuticos;
- e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;
- f) duração prevista do tratamento proposto;
- g) no caso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos ou cirúrgicos, a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração, partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou consequências indesejáveis, duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação;

*h) finalidade dos materiais coletados para exames;*

*i) evolução provável do problema de saúde;*

*j) informações sobre o custo das intervenções das quais se beneficiou o usuário”.*

Os trechos encontrados nos artigos selecionados revelam despreocupação por parte dos profissionais de saúde para com uma comunicação clara com o usuário, deixando-o, muitas vezes, sem compreender seu diagnóstico, tratamentos e cuidados. Ainda, os trechos abaixo mostram situações em que o direito ao acesso gratuito e resolutivo não vem sendo garantido<sup>12-15</sup>.

Dessa forma, apesar de expresso na Carta e em diferentes legislações relacionadas ao direito à saúde do usuário (Constituição Federal; Lei Federal 8.080/1990; Lei federal 8.142/1990; Lei Federal 5.991/1973; Lei Federal 6.360/1976; Lei Federal 6,437/1977; Lei Federal 9,656/1998; Lei Federal 9.782/1999; Lei Federal 9.961/2000; Lei Federal 6,259/1975; Lei de Introdução ao Código Civil; Código Penal e Legislação esparsa; Consolidação das Leis Trabalhistas e Código do Consumidor) e às obrigações dos profissionais de saúde, os extratos abaixo relacionados demonstram a dificuldade dos profissionais de saúde para utilizar uma linguagem clara e direta na comunicação com o usuário, o que facilitaria seu entendimento, extensivo à sua família, sobre a doença e o cuidado, e o empoderaria como “sujeito” da sua própria saúde.

“Nos serviços de saúde, especialmente no meio hospitalar, observa-se o uso corrente de uma terminologia rica em vocábulos técnicos complicados, neologismo e um linguajar típico do meio na comunicação dos profissionais de saúde com os usuários, refletindo, em muitos casos, intenções de domínio e poder”<sup>14:453</sup>.

“Além disso, o enfermeiro, muitas vezes utiliza linguagem técnica, incompreensível para o leigo [...] Tal aspecto estende-se também à família do paciente, que é tratada, na maioria das vezes, com descaso, desatenção e desrespeito [...] ainda, é nítida a conduta autoritária por parte de alguns profissionais de enfermagem diante da família, exercendo um poder perverso, sonhando informações e orientações que poderiam ajudar no processo terapêutico e de recuperação do doente”<sup>15:188</sup>.

Ainda no âmbito do segundo princípio, enfatiza-se o inciso IV da Carta: “o acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento”.

Um dos estudos identificados demonstra a dificuldade de acesso a algumas medicações e procedimentos e a possibilidade de, no Brasil, se recorrer ao

Judiciário para garantir o exercício pelo usuário do seu direito à saúde, que inclui o acesso à medicação que mais se adéqua à conduta terapêutica adotada. Os autores analisaram sentenças de processos judiciais que tinham por objeto o fornecimento de medicamentos e insumos pelo Estado<sup>13</sup>.

“Dentre as decisões judiciais analisadas, 93,5% das decisões interlocutórias concederam liminar para que o Estado seja compelido a fornecer o medicamento pleiteado pelo autor. Das sentenças proferidas pelos juízes, 90,3% julgaram a ação procedente, condenando o Estado de São Paulo a fornecer a medicação pleiteada pelo autor. Porém, nenhuma sentença julgou o pedido do autor improcedente com o exame do mérito da ação, sendo que 96,4% das sentenças que julgavam o pedido procedente condenaram o requerido a fornecer o medicamento exatamente nos moldes requeridos pelo autor na petição inicial. Em 10,7% das sentenças o Estado foi condenado a fornecer também outros medicamentos que venham a ser prescritos ao autor, de acordo com prescrição médica futura”<sup>13:105</sup>.

O terceiro princípio enumera que *“todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação”*.

Nessa perspectiva, o inciso I da Carta determina *“a identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação do usuário um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso”*.

Os trechos de um dos artigos selecionados revelam a despreocupação de alguns profissionais de saúde com um atendimento humanizado, que respeite suas particularidades, sendo, muitas vezes, negligentes ao prestarem o atendimento, tratando o cliente por números, códigos, nomes de doenças etc.:

“Por outro lado, nos serviços de saúde, alguns profissionais adotam condutas individualistas, onipotentes e arrogantes no trato com o paciente, manifestando falta de respeito, preconceito e discriminação, esquecendo-se dos direitos humanos e dos direitos do consumidor e provocando atendimento desumano e de péssima qualidade”<sup>15:188</sup>.

“Apesar de vivenciar algumas tentativas na direção do cuidado humanizado ao paciente psiquiátrico, não tivemos oportunidade de observar a equipe de Enfermagem interagindo terapêuticamente com o doente e sim utilizando abordagens permeadas e atitudes que denotam rejeição, repulsa e preconceito, havendo empenho muito grande para a transferência imediata destes pacientes para

unidades especializadas [...] Na área de assistência em hospital geral, verificamos que, até hoje, os profissionais de enfermagem de todos os níveis, têm dificuldade de cuidar de pacientes que apresentam qualquer tipo de alteração de comportamento, chegando até mesmo a recusar cuidar dos mesmos denotando rejeição e cometendo, às vezes, atos de negligência [...]. Em pronto-socorro, de uma forma geral, a situação é ainda mais lamentável, pois além dos pacientes tidos como "loucos" ficarem juntos aos considerados "normais", são abordados por alguns profissionais da enfermagem, com linguagem chula, chegando, muitas vezes, a humilhá-los e a constrangê-los"<sup>15:186</sup>.

Com relação à informação pessoal, o inciso II da Carta adverte que “os profissionais que se responsabilizam por sua atenção, devem ser identificados por meio de crachás visíveis, legíveis ou por outras formas de identificação de fácil percepção”. Nesse sentido, o extrato do artigo abaixo demonstra a preocupação das enfermeiras em se identificar ao cliente, bem como identificá-lo pelo nome. Esses achados caracterizam uma evolução muito importante, que apesar de não poder ser generalizada, denota, uma preocupação maior com a humanização do cuidado por parte das enfermeiras pesquisadas no estudo selecionado.

“No que se refere à identificação pessoal, as enfermeiras percebem que, na grande maioria das vezes, se identificam ao cliente (4,33) – o cliente tem direito de saber quem são os responsáveis por seus cuidados, seja através de crachás ou mesmo de uma apresentação prévia do cuidador, informando o seu cargo e função; como também afirmam identificar muito frequentemente o cliente pelo nome (4,32), o que o caracteriza como ser único e que deve ser tratado como tal, livre de qualquer forma que possa parecer desrespeitosa e/ou preconceituosa como no uso de códigos, números ou apelidos”<sup>16:246</sup>.

O inciso III da Carta afirma que “nas consultas, procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o respeito a:

- a) integridade física;
- b) privacidade e conforto;
- c) individualidade;
- d) seus valores éticos, culturais e religiosos;
- e) confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal;
- f) segurança do procedimento;
- g) bem-estar psíquico e emocional”.

“Lamentavelmente, em muitos momentos, os profissionais de saúde, durante a prestação de assistência à clientela, chegam a esquecer que essas pessoas têm uma identidade e que vivenciam seus problemas como pessoas inseridas em uma determinada realidade e necessitam ter seus direitos preservados. Ocorre, então, que esses profissionais ficam tão envolvidos com a doença, os recursos tecnológicos e as sofisticações técnicas que em muitas situações não priorizam o aspecto humano”<sup>17:39</sup>.

*“[...] Uma enfermeira branca que eu não sei o nome dela, ela virou e falou pra mim que eu tinha que ficar calma e quieta. Eu falei que eu não era essas pessoas, tá entendendo, que eu não merecia que ela me tratasse como cachorro. Eu não tenho medo, eu falo a verdade, não gosto de mentira não [...] botei a boca no trombone porque ela disse que eu tinha que calar a boca. [...] O cliente hospitalizado quer ser tratado como um todo (conjunto biopsicossocial). Percebe que, ao ser admitido no hospital, deixa de ser uma pessoa, recebendo um tratamento da equipe de saúde que desconsidera sua identidade, sua história de vida, tornando-se, então, apenas um leito ou uma doença que precisa ser tratada”<sup>17:41</sup>.*

Apesar de estabelecido na Carta, verifica-se, com base nos extratos elencados acima, grande dificuldade por parte dos profissionais de saúde de assegurar a individualidade do cuidado aos usuários e o respeito às suas necessidades específicas.

O quarto princípio elenca que *“todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos”*. Este princípio relaciona-se ao inciso II, *“o sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo quando houver expressa autorização do usuário ou em caso de imposição legal, como situações de risco à saúde pública”*, ao inciso III, *“acesso a qualquer momento, do paciente ou terceiro por ele autorizado, a seu prontuário e aos dados nele registrados, bem como ter garantido o encaminhamento de cópia a outra unidade de saúde, em caso de transferência; e inciso V, “consentimento ou recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública. O consentimento ou a recusa dados anteriormente poderão ser revogados a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais, administrativas ou legais”*.

Os trechos abaixo revelam o reconhecimento dos próprios profissionais sobre a autonomia do cliente no processo do cuidado. Contudo, os profissionais, diante da

recusa do cliente, algumas vezes se utilizam de uma postura paternalista, tomando as decisões no momento do cuidado sem consultar o cliente:

“A existência de bancos de dados que permitam a identificação do indivíduo, de seu ambiente social, físico e, muitas vezes, econômico, representa um instrumento insubstituível para o trabalho do epidemiologista. E também isso é do interesse da sociedade como um todo. A proteção do indivíduo, contudo, é igualmente um interesse fundamental da sociedade. De fato, ninguém gostaria de ver exposto sua privacidade, à mercê de toda espécie de aproveitadores. Não é demais lembrar que hoje existe, inclusive, um valor comercial agregado às listas de endereços de pessoas com tais ou quais características. Por essa razão, falou-se do “direito à liberdade informatizada”, que foi elaborado por derivação do direito à privacidade. Ele foi definido como direito subjetivo próprio à sociedade de massas e requeria do Estado, inicialmente, o máximo respeito à liberdade individual e à intimidade da pessoa sujeitas. Ora, se o comportamento ético dos pesquisadores supõe a obtenção do consentimento livre e esclarecido das pessoas sujeitas à pesquisa, se deverá, sempre que um novo cliente/usuário for acrescentado aos bancos, informá-lo da possibilidade de suas informações, tanto a respeito dos dados clínicos quanto das opções de convivência, serem usadas para pesquisas”<sup>18:638</sup>.

“No que se refere à autonomia, as enfermeiras percebem respeitar com grande frequência o direito do cliente de consentir ou recusar procedimentos de enfermagem nele realizado (4,69); além do direito de consentir ou recusar ações terapêuticas a que será submetido (4,65) e de ter acesso a seu prontuário (4,29)”<sup>16:246</sup>.

Ainda, quanto à postura dos profissionais de saúde face à autonomia dos clientes:

“Dentre estes princípios, observamos, nas instituições de saúde, que o princípio da autonomia dos clientes ou dos pacientes, como comumente identificados, parece ser pouco respeitado e muito desconsiderado em nosso cotidiano. Os profissionais, muitas vezes, assumem um posicionamento paternalista frente aos clientes, negando o simples direito do indivíduo de decidir, por si próprio, em relação ao seu corpo, ao seu cuidado e tratamento, sem que suficientes discussões e questionamentos sejam levantados”<sup>19:405</sup>.

“Evidenciamos a falta da solicitação de autorização, na maioria das vezes, na aplicação de uma injeção, de exames físicos ou laboratoriais, e em outras práticas que podem acontecer no transcorrer de uma hospitalização: ‘A gente quando se

*interna tem um compromisso de higiene. Eles dão um papelzinho dizendo sobre banho, limpeza, troca de roupa de cama, enfim, pra gente fazer por aquilo ali que é costume, embora em casa não seja tão assim, mas aqui tem que ser [...] É um termo de responsabilidade, é responsabilidade, a gente assina”<sup>19:407</sup>.*

“Quando os clientes se recusam a receber determinado cuidado e tentam exercer sua cidadania, reivindicando o exercício de seus direitos, geralmente, os profissionais da saúde lançam mão de mecanismos disciplinadores, desencadeando um processo de recriminações e de não apoio a eles (12). Os clientes passam a ser rotulados de **clientes chatos**, **clientes rebeldes**, sendo isolados e, em alguns casos, até, lhes é proposta a alta hospitalar... ”<sup>19:408</sup>.

“Ao refletir sobre o conflito entre a atitude paternalista dos profissionais e a autonomia do paciente, diversos fatores são considerados, dentre eles a relação de confiança e respeito mútuo, o saber falar e ouvir, e o contexto em que o conflito ocorre. A atitude de refúgio frente às decisões difíceis, muitas vezes é percebida pela postura autoritária da equipe de saúde que não considera no tratamento do paciente o exercício de autonomia a sua vida e a sua existência”<sup>12:511-12</sup>.

O quinto princípio adverte que *“todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada”*. No que diz respeito a este princípio, foi selecionado o fragmento abaixo, demonstrando a inexistência da co-atuação do cliente em seu cuidado:

“Em muitas situações, a participação do cliente no seu tratamento, co-atuando com o profissional na tomada de decisão parece inexistir”<sup>5:347-48</sup>.

O sexto e último princípio determina que *“todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos”*.

No âmbito deste princípio, salientam-se os incisos II e III da Carta:

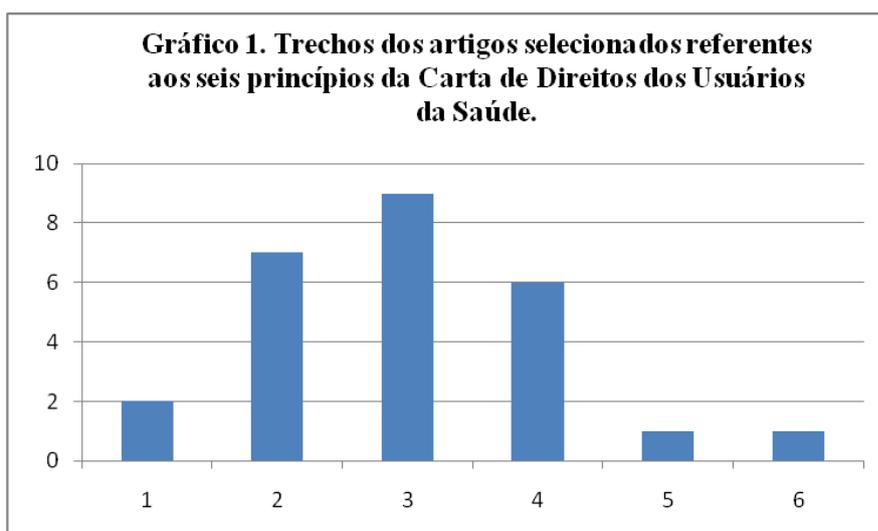
*INCISO II: Adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação desta carta, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres dos usuários, ora formalizada;*

*INCISO III: Incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e nos órgãos de controle social do SUS.*

“Uma constante expressada pelos participantes é o desconhecimento acerca de seus direitos e deveres durante a internação, sendo verbalizado o interesse em receber informações a respeito. As falas a seguir confirmam esse pensamento: ‘[...] Só que nunca me falaram nada disso, de deveres e direitos. Quando entrei aqui, não

*me falaram nada, nada disso, de direitos e deveres, que eu tenha isso e aquilo, não [pausa com expressão facial pensativa] [...] É bom a gente saber como deve se comportar dentro de um hospital, né? Porque muita das vezes a pessoa se comporta mal, liga rádio alto, né? É [...] por exemplo, maltrata as pessoas, as enfermeiras e nós não devemos fazer isso [...] Finalmente, eu não sei os meus direitos que eu tenho dentro do hospital, não sei”<sup>17:40</sup>.*

O gráfico abaixo ilustra a distribuição dos trechos dos artigos selecionados de acordo com os princípios da Carta de direitos dos usuários de saúde. Dentre os princípios elencados, observa-se que a maior parte dos trechos relaciona-se ao terceiro princípio, “*todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação*”, seguido do segundo princípio “*todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema*” e do quarto princípio “*todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos*”. Os princípios mais citados nas publicações são os que estão diretamente ligados à humanização e efetividade do cuidado à saúde, enfocando o respeito ao usuário como ser humano, com direitos e deveres perante o próprio sistema de saúde. Embasam-se no pressuposto de que o usuário é um cidadão e, como tal, deve exercer o seu direito à saúde, por meio de um atendimento acolhedor, que respeite a sua individualidade e, ao mesmo tempo, recebendo um cuidado resolutivo, adequado e efetivo ao seu problema.



Apesar do avanço na legislação e na própria configuração do sistema de saúde brasileiro, que busca garantir o acesso universal e a integralidade do cuidado no território nacional, a bibliografia revisada ainda ressalta o desconhecimento, por

parte dos principais interessados, ou seja, os próprios usuários, sobre os seus direitos e deveres em relação à saúde. Nesse sentido, a própria elaboração da Carta representa um dos mecanismos utilizados pelo governo para aproximar o cidadão da informação sobre seus direitos e deveres como usuário do sistema público de saúde no Brasil.

#### **4. Considerações Finais**

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde é um documento elaborado pelo Ministério da Saúde em 2006, baseada em seis princípios básicos de cidadania e construída com a finalidade de levar ao usuário da saúde o conhecimento de seus direitos de uma forma clara e acessível.

Fundamenta-se no pressuposto de que somente os usuários que conhecem os seus direitos estarão aptos a exigirem o seu cumprimento e a realmente exercer a sua cidadania. Dessa forma, considerando o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde foi usada neste estudo como referência para analisar os 26 trechos extraídos da leitura dos 10 artigos selecionados.

Constatou-se que a maioria das citações (17/26) acerca do dos seis princípios de cidadania foram encontradas em artigos publicados anteriormente à criação da Carta, o que pode demonstrar a grande preocupação dos autores para com a temática, talvez devido à falta de instrumentos que explicassem estes direitos aos usuários dos serviços de saúde no Brasil. Apesar de a maioria dos artigos terem sido publicados antes da elaboração da Carta, o assunto *humanização* (fortemente abordado nos princípios da Carta), vem sendo largamente discutido pela comunidade acadêmica, profissionais de saúde e elaboradores de políticas no Brasil. Dentre estas iniciativas, enfatiza-se também a Política Nacional de Humanização de 2003, que foi instituída pelo Ministério da Saúde com o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de sujeitos.

Ainda, dentre os princípios, o terceiro, que assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, permitindo um tratamento mais pessoal, livre de qualquer tipo de restrição, negação ou discriminação, seja ela em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser

portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência, ou seja, aquele que está intimamente relacionado às práticas de humanização, foi o mais citado (9), principalmente antes do lançamento da Carta (8/9).

Os achados revelam, de forma geral, a predominância da despreocupação para com os sentimentos do cliente, tratando-o por números, CID de doenças, leitos, e outros códigos diversos, usando-se de condutas desrespeitosas e muitas vezes preconceituosas que ferem diretamente a essência do terceiro princípio da Carta dos Usuários da Saúde. Pôde-se perceber também, com base nos trabalhos selecionados, que muitos profissionais não garantem o cumprimento dos direitos dos clientes, não se identificando ao cliente de forma clara, legível e acessível.

Em suma, a maior preocupação dos autores selecionados com o terceiro princípio – *“todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação”* denota a relevância da humanização do cuidado e da postura ética e acolhedora do profissional de saúde, garantindo aos usuários um tratamento sem qualquer tipo de discriminação.

## Referências

1. Silva JA. Curso de Direito Constitucional Positivo. São Paulo: Malheiros; 2005.
2. Cury IT. Direito Fundamental à Saúde – Evolução, Normatização e Efetividade. Rio de Janeiro: Editora Lúmen; 2005.
3. Sarlet IWA. A eficácia dos direitos fundamentais. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2001. PMID:11374328.
4. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
5. Santos LR, Eidt OR. Os direitos do cidadão usuário do Sistema Único de Saúde: um enfoque da bioética na Saúde Coletiva. Acta Paul Enferm. 2004; 17(3): 347-53.
6. Vasconcelos CM, Pasche FPT. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006. p. 531-62.
7. Organização Mundial de Saúde. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO; 1986.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde, 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs>.
9. Dallari DA. Direitos Humanos e Cidadania. São Paulo: Moderna; 1998.
10. Bonavides P. Curso de Direito Constitucional. São Paulo: Malheiros; 2001.
11. Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Rev Saúde e Sociedade. 2004; 13:30-35. 

12. Visentin A, Lenardt MH, Labronici L. Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(4): 509-13. 
13. Marques SB, Dallari SG. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Publica.* 2007; 41(1):101-7. 
14. Spiri WC, Berti HW, Pereira MLD. Os princípios bioéticos e os direitos dos usuários de serviços de saúde. *O Mundo da Saúde.* 2006; 30(3).
15. Chamma RC, Forcella HT. O cidadão com transtorno psíquico: reflexões sobre os direitos humanos e os direitos do paciente. *Rev Esc Enferm USP.* 2001; 35(2):184-90. PMID:12053908.
16. Lunardi VL, Lunardi GL, Lunardi WD, Alves PC. A percepção das enfermeiras acerca da sua atuação ante os direitos dos clientes. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(2):242-8. 
17. Spindola T, Veloso RC. A percepção do cliente hospitalizado acerca de seus direitos e deveres. *Rev Enferm UERJ.* 2005; 13: 38-43.
18. Dallari SG. A justiça, o direito e os bancos de dados epidemiológicos. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2007; 12(3): 633-641. 
19. Santos LR, Beneri RL, Lunardi VL. Questões éticas no trabalho da equipe de saúde: o (des)respeito aos direitos do cliente. *Rev Gaúcha Enferm.* 2005; 26(3):403.