Globethics Repository



Usuários dos Serviços de Saúde e os seus direitos [Users of the Healthcare Services and their rights]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Nunes, Lucília
Publisher	Sociedade Brasileira de Bioética - SBB
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-11-12 18:29:05
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/220839

Usuários dos Serviços de Saúde e os seus direitos

Users of the Healthcare Services and their rights

Lucília Nunes
Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, Portugal.
lucilia.nunes@gmail.com

Resumo: Este trabalho propõe o desafio de refletir sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde, considerando o tema da vulnerabilidade à luz da Bioética em interface com a Enfermagem. Busca elucidar dois percursos seqüenciais, ou, metaforicamente, fazer uma caminhada e construir pontes, partindo do conceito de pessoa em direção aos direitos humanos e dos direitos dos usuários aos deveres dos profissionais, dando particular enfoque à mediação que tem de atender – no sentido de dever - à vulnerabilidade dos usuários dos serviços de saúde.

Palavras chave: Vulnerabilidade. Usuários. Direitos Humanos. Direitos e deveres.

Abstract: This study proposes the challenge of reflecting about the rights of healthcare services users, taking the topic of vulnerability from the Bioethics point of view in its interaction with the Nursery field. It tries to elucidate two sequential paths, or, metaphorically, to take a walk and build bridges, starting from the concept of human being until human rights and users rights to the professionals duties, focusing particularly to the mediation that must (duty sense) attend the vulnerability of healthcare service users.

Key words: Vulnerability. Users. Human Rights. Rights and duties.

Começo por afiançar a nossa humanidade em uma afirmação demasiado simples. Somos seres humanos e, por isso, temos determinadas necessidades comuns: precisamos de água, comida, descanso e abrigo. Precisamos amar e sermos amados, ensinar e aprender, compreender e sermos compreendidos. Precisamos, enfim, nos desenvolver e aperfeiçoar.

No decurso do nosso tempo pessoal, percebemos que cada um é individual e diferente dos outros embora pertençamos ao gênero humano. Somos pessoas singulares, únicas e irrepetíveis. Finitos, limitados no espaço, no tempo e também na nossa capacidade, não podemos ser o outro, vivenciar os sentimentos do outro ou suas necessidades. Vivemos, na melhor das hipóteses, com e para os outros, conforme afirmou Ricoeur, e não no lugar deles.

O fato da pessoa ter dignidade própria é uma convicção relativamente recente, formulada no percurso histórico-filosófico da humanidade, que pode ser apontado com alguma precisão: quando Kant, em 1785, escreveu que as pessoas têm valor absoluto e devem ser consideradas "sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio" (1), estava definindo o que faz com que o ser humano seja dotado de dignidade especial. É muito conhecida a afirmação:

> "No reino dos fins, tudo tem um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode pôr-se, em vez dela, qualquer outra coisa como equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e portanto não permite equivalente, então ela tem dignidade" (2).

Esta dignidade da pessoa humana é o núcleo essencial dos direitos humanos fundamentais. Qualquer manual elementar de Direito dará uma explicação técnica sobre os Direitos Humanos, os quais, como direitos fundamentais, são considerados naturais e universais, imprescritíveis, inalienáveis e irrenunciáveis (mesmo que se queira, não é possível aliená-los nem renunciar a eles), invioláveis, indivisíveis e interdependentes.

Todavia, busco em Kant a idéia de *respeito* - da dignidade e da pessoa como fim-em-si-mesmo - e, em Hegel, a idéia de *reconheci-*

mento (3). Esta última, talvez, seja mais básica, pois implica, sobretudo, na relação com o olhar do outro. Porque a dignidade é, realmente, efeito do reconhecimento recíproco que fazemos uns aos outros, tendo a noção de que o ser humano é capaz de se elevar acima das circunstâncias imediatas do seu ambiente para colocar questões sobre o sentido do real e da vida.

Relevante para a compreensão desse assunto pode ser igualmente entender o que se afirma com o reconhecimento dos direitos humanos. Do preâmbulo da *Declaração Universal dos Direitos do Homem*, constam duas considerações que podem ajudar a aclarar esta questão. Será, entre outras coisas, porque se considera que "o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo?". Talvez seja porque "os povos das Nações Unidas proclamam, de novo, a sua fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e valor da pessoa humana, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres?". No fundo, penso que o reconhecimento dos direitos humanos decorre de se acreditar que há que garantir ao ser humano o respeito ao seu direito à vida, à liberdade, à igualdade e à dignidade; bem como ao pleno desenvolvimento da sua personalidade.

Nas décadas de 1960 e 1970, o princípio do respeito pela autonomia da pessoa tornou-se uma das principais ferramentas da filosofia moral, em particular da ética aplicada. Juntamente com o princípio da justiça, formaram os alicerces morais para o surgimento daquilo que ficou conhecido como a "cultura dos direitos". A dignidade da pessoa humana, também chamada princípio político constitucionalmente conformador, indica a ideologia nuclear da Constituição de um país, servindo, neste aspecto, como fundamentação ética. É como o retrato que a nação busca fazer de si mesma, que reproduz seus ideais mais profundos.

Exemplificam isso as Constituições da República Portuguesa e da República Federativa do Brasil que, como ocorre em diversos países, declaram ser a dignidade da pessoa humana direito de todos, núcleo inviolável, inerente à personalidade. O reconhecimento da dignidade da pessoa como fundamento do Estado demonstra que este existe em função do indivíduo e não o contrário.

Se atentarmos bem, os princípios da autonomia e da justiça participam da tarefa difícil, mas necessária, da construção da cidadania. E não estou pensando na figura do cidadão de um país, num determinado contexto geográfico, com história e identidade cultural específicas; configuro a cidadania como um conjunto de valores e competências, num eixo duplo de cooperação e participação, passíveis de serem apreendidas e desenvolvidas, de modo formal ou informal, ao longo da vida. Nesta construção de ser cidadão, contamos com alguns apoios, provenientes da família, da escola, dos grupos e das organizações aos quais vamos pertencendo pelos caminhos de vida que traçamos. Muito mais do que palavra na moda, cidadania é um conceito abrangente, que diz respeito à totalidade, que se espraia da civilidade aos estilos de vida, da solidariedade à consciência dos direitos e deveres bem como à participação no debate social e político. Também entre enfermagem e cidadania existe uma relação a des-ocultar (4).

A interdependência de uns com os outros é uma noção básica ou, como colocou Augusto Cury (5), um princípio da co-responsabilidade inevitável, pois as relações humanas são, realmente, uma grande teia multifocal. John Donne afirmava que nenhum homem é uma ilha – física, psíquica ou social – e todos somos influenciados pelos outros. Todos os nossos atos alteram os acontecimentos à nossa volta. E cada um de nós é, ao mesmo tempo, afetado pelos atos dos que nos rodeiam. Se pensarmos um pouco nisto perceberemos que cada um de nós afeta as pessoas, ao interferir em seu tempo pessoal, em suas memórias e ao alterar o tipo, a qualidade ou a freqüência das suas reações. Ver um filme, ler um livro, conversar com um amigo, elogiar alguém, pode mudar, pouco ou muito, o (per)curso de uma vida. Tal inferência projetada na dimensão social pode levar a pensar que somos todos (co)responsáveis, de algum modo, em maior ou menor grau, pela pobreza, pela violência, pelo isolamento social.

Retenhamos a idéia da interdependência e da co-responsabilidade, que nos remetem a uma concepção de política (6) que, à maneira de Hannah Arendt, repousa sobre a pluralidade humana (6) e nos remete a uma comunidade de seres diferentes que, a partir do caos das diferenças, se organizam para viver em conjunto. E o poder decorre desta capacidade humana de agir em conjunto.

Cada pessoa e cidadão, em uma comunidade, tem direitos e de-

veres que se expressam de forma correlativa. Por exemplo, se tenho direito à proteção da saúde, também tenho o dever de defendê-la e promovê-la. Nem sempre é fácil perceber que os direitos e deveres são correlativos - parece existir uma tendência para se pensar que se tem mais deveres do que direitos … ou vice-versa. Além dessa correlação geral, cada um tem direitos específicos em determinados contextos; na área da saúde, por exemplo, foi redigida a *Declaração de Lisboa* (1981), enunciando os *Direitos dos Doentes*, que, como grupo vulnerável, foram objeto de um documento especial para salvaguardar os direitos numa situação de vulnerabilidade.

Parando para refletir

De fato, não são todos os países que são signatários da *Declaração Universal dos Direitos do Homem* ou dos *Direitos dos Doentes* (ou usuários ou, ainda, utentes). Nesse sentido faço minhas as palavras de Paula Lobato Faria:

> ''Mentiria se dissesse que considero as declarações de direitos como instrumentos de ação imediata e eficaz na mudança de uma realidade. Aliás, tal não é a vocação deste tipo de textos de natureza declarativa, normalmente desprovidos de uma parte sancionatória, sem a qual nenhum texto jurídico se pode considerar munido de poder interventivo'' (7).

Continuando em coro com a mesma autora

> ''... acredito no papel 'ideológico' das declarações de direitos, isto é, na forma como os textos deste tipo, na medida em que refletem um consenso institucional, podem contribuir para 'legitimar' numa dada comunidade as idéias que defendem''.

Costumo pensar que as Declarações balizam a consciência dos homens, servindo, elas mesmas, de baliza. Assim, desempenham um papel simbólico e pedagógico, de configurar o que é aceito ou considerado não-aceitável, numa dada comunidade.

Levine (8) expressou que "visões idealizadas sobre o mundo" deveriam apenas ter espaço reservado nos prefácios das Declarações[1]. Usá-las-ei, então, em sentido inverso ao que ele usou – pois Levine defendia que se assumisse uma visão "realista" e que, tudo aquilo que fosse portador de idealismo, ficasse no prefácio esquecido. Ora, parece-me o oposto. A certeza de que as coisas podem ser diferentes não é relegável a um prefácio que se desvaloriza. Sabemos que o real em que vivemos tem estruturas de dominação e de opressão, onde a diferença e a desigualdade estão muito próximas uma da outra. Provavelmente, muitos de nós lemos *De pernas para o ar - A escola do mundo às avessas*, de Eduardo Galeano. Ouvimos as notícias e sabemos o que se passa no nosso bairro, no hospital ou na escola onde trabalhamos. Portanto, podemos identificar o problema que já não é se existe dignidade própria da pessoa humana, mas como lidar com estruturas sociais que não salvaguardam suficientemente essa mesma (e indiscutível) dignidade.

Não se trata de começar a procurar quem é responsável pela desigualdade, o que seria, definitivamente, uma tarefa sem sentido e um exercício impossível, se não estéril. A compreensão de que pode existir desigualdade e uma espécie de vergonha prévia que nos impeça de a instalar ou de agravar, podem ser ponto de partida para o reconhecimento de que não é porque "está escrito" que todos os cidadãos têm direitos, que isso protege a sua vulnerabilidade. Sabemos também que podemos ter agido ou vir a agir de forma incorreta, por isso, a expressão vergonha prévia - antes de - ou do embaraço que decorre da consciência de nos reconhecermos responsáveis, no sentido de podermos ressentir "uma diminuição íntima do valor próprio" (9). Se não podemos corrigir o que fizemos ontem, podemos e devemos atentar ao que faremos hoje. Temos de estar devidamente vigilantes à fragilidade – à nossa própria e à dos outros.

Se o conceito de vulnerabilidade foi integrado nos debates bioéticos nos últimos anos, principalmente em torno das pesquisas com

---

[1] Levine, R. The need to revise the Declaration of Helsinki. *New England Journal of Medicine* 341, 1999. pp. 531-4. Sobre o assunto, ver Baum-Botbol, *The Shrinking of human rights: the controversial revision of Helsinki Declaration. HIV Medicine* (2000) 1, p. 238-245. Disponível em http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1046/j.1468-1293.2000.00035.x?cookieSet=1. Acesso em : 20.08.2006, 15 :30.

seres humanos, em enfermagem sabemos (de há muito) que nos incumbe cuidar das pessoas e que o cuidado inclui a proteção e a salvaguarda do outro, assim como a promoção do seu desenvolvimento, no sentido do auto-cuidado. Historicamente, houve um momento no qual se subentendeu que os vulneráveis seriam os deficientes mentais, as crianças, os idosos e os institucionalizados de qualquer ordem, ou seja, aqueles que têm sua autonomia (provisoria ou definitivamente) reduzida. Mas isso talvez não seja assim tão linear[2], nem tão abstrato.

Por outro lado, proteger a vulnerabilidade não pode ser menorizar ou sufocar o outro, fazer por ele, a pretexto da sua incapacidade. Isso o tornaria, não só mais vulnerável, como mais dependente. Além de, evidentemente, estar tratando o outro como objeto, quando se age dessa forma. É tentador o exemplo dos cuidados do banho a um idoso, em que o cuidador pode escolher a boa prática de promover e potenciarlizar o que ele pode fazer ou substituí-lo, integralmente, o que é uma má prática, mesmo que seja mais rápido. Disso se depreende que não pode se abandonar as pessoas à sua autonomia, nem substituí-las por causa da sua vulnerabilidade. Fazemos por elas o que fariam elas mesmas se pudessem, soubessem como ou se fossem capazes.

Dos direitos dos usuários aos deveres dos profissionais

As pessoas mantêm seus direitos fundamentais, independentemente de estarem doentes. Quando alguém adoece não perde nem vê diminuídos seus direitos de cidadania. Mas a circunstância de estar doente atribui maior importância a alguns desses direitos fundamentais. E estes direitos dos utentes (usuários) podem ser vistos como ramificações operacionais (ou operativas) de direitos fundamentais, que desdobram os princípios essenciais, tornando-os mais detalhados; direitos de tipo "macro", como o do direito à integridade física e

[2] Não há uma clara relação entre redução de autonomia e vulnerabilidade. Pessoas vulneráveis podem sê-lo mantendo a sua autonomia, pessoas de autonomia reduzida podem não ser vulneráveis e as pessoas podem ser ao mesmo tempo vulneráveis e terem autonomia reduzida. O conceito de autonomia reduzida inspira-se, em parte, nas ciências jurídicas: o conceito afirma que é autônoma a pessoa de certa idade capaz de decidir livremente sobre questões de sua vida ou dos seus dependentes e, conseqüentemente, suportar as decorrências das suas decisões (as conseqüências).

psíquica ou à reserva da vida privada. Cartas e declarações de direitos, assim como manuais de boas práticas (10), servem para guiar a ação no sentido da humanização dos serviços de saúde, humanização essa que tem, nos alicerces, as mensagem da dignidade e dos direitos humanos.

Três sub-tópicos são relevantes: a questão da confiança, a idéia de qualidade em saúde e o exemplo da expressão portuguesa dos deveres dos enfermeiros, o nosso *Código Deontológico*, que articula, exatamente, os direitos dos pacientes com os nossos deveres.

Confiança

Vejamos que a confiança (11), muito embora nem sempre seja valorizada ou aberta, é relevante, na vida, na organização das comunidades e, naturalmente, na saúde. Aliás, e ainda que disso nem nos demos conta, vivemos com redes de confiança, na malha quase invisível da sociedade. Ainda mais porque viver em sociedade o exige e o supõe, de raiz. Todos os dias cada um de nós faz um número imenso de coisas por causa das redes de confiança. Contamos que lá estejam e nem as percebemos. Podemos assumir que confiança é o que depositamos quando damos aos outros a chance, a oportunidade, de nos ferirem ou magoarem ou lesarem, e sabemos ou intuímos que eles não o farão? Então, vivemos sobre e a entretecer redes de confiança.

Alguns exemplos da existência dessas redes, que às vezes passam despercebidas: entramos em um ônibus e temos confiança que o motorista tem carteira de habilitação e procederá bem. Vamos jantar em um restaurante e partimos do princípio que o cozinheiro não nos envenenará. Deixamos as crianças no berçário e acreditamos que vão tomar conta delas adequadamente. Falamos com um enfermeiro e acreditamos que está ali para nos ajudar e orientar. A idéia ficou clara? Contamos com gente competente, que é gente de confiança.

Lembro-me da afirmação de que *"trust is the residue of fulfilled promises"*: a confiança é o resíduo (portanto, a conseqüência) de promessas cumpridas. E, afirma Arendt, há um elemento inaugurador de universos na capacidade humana de fazer e de cumprir promessas. Há quem separe os filósofos que refletem sobre a confiança em dois grupos: 1) na esteira de Maquiavel e Hobbes, um grupo argumenta

que, por auto-interesse (portanto, por egoísmo), o ser humano poderá ser mau a menos que o medo de detenção e punição o ameace; estamos a pensar numa perspectiva em que se evita o comportamento por receio das conseqüências; 2) outro grupo, seguindo David Hume, acredita que a humanidade é boa e que o comportamento dos seres humanos é governado por desejo de companhia de outros seres humanos. John Locke e outros pressupõem o sentido compartilhado da moralidade, que pode ser cultivada para superar o egoísmo.

Poder-se-ia acrescentar uma terceira hipótese, já apontada por outros autores (como Bailey) de que a confiança que se tem nos outros pode ser assegurada pela responsabilidade que eles, os outros, têm para comigo – e seu comportamento influenciará minhas decisões acerca de um determinado assunto. Incluem-se aqui, claramente, os profissionais de saúde.

Coleman[3] descreveu a confiança como:

> "... o comportamento racional relacionado com o cálculo do quociente de dois valores de expectativa, a saber o lucro esperado dividido pela perda esperada. Curiosamente, a confiança aumenta a largura da banda de lucros possíveis. Compreendemos facilmente que a informação seja uma fonte importante de reforço da confiança e que se acentue o papel do tempo no desenvolvimento da confiança, em relação a uma pessoa (ou a um grupo)".

Assim, a confiança:

- relaciona-se com o risco (e a informação que se dispõe ou a imprevisibilidade natural);
- é necessária para lidar com o que nos rodeia, na sua complexidade e na impossibilidade de nos protegermos dos riscos e dos com-

[3] Do original idem, p. 4: *"James Coleman describes trust as a rational behavior related to the calculation of the quotient of two expectation values, which has strong similarities with ROI, namely the expected gain divided by the expected loss. He states that trust increases the bandwidth of possible gains and losses. He stresses the importance of collecting information in order to increase the reliability of the individual estimate of the quotient, which again rephrases the situation of bounded rationality. And he emphasizes the role of time in the development of trust towards a person."*

portamentos dos outros;

- é motivada pelos benefícios da cooperação com os outros e pela possibilidade de aumentar os ganhos;

- pode ser justificada de modos diferentes, como segurança institucional, o estabelecimento de padrões morais, os papéis sociais globais atribuídos (como os de uma profissão) e pela experiência de relação com os outros.

Os resultados do *European Trusted Brands 2002*, um inquérito das *Seleções do Reader's Digest* sobre atitudes dos europeus frente a marcas e instituições, bem como ao grau de confiança nas profissões e nas políticas dos governos, são curiosos. Segundo este estudo, em Portugal as profissões que os inquiridos declararam depositar muita ou bastante confiança são, por ordem decrescente: pilotos de aviação (86%), farmacêuticos (85%), enfermeiros (82%), médicos (78%), professores (71%), sendo que os restantes[4] aparecem com menos de 50% e, no final da lista, se encontram os agentes imobiliários e os políticos. Portanto, profissionais de saúde classificaram-se dentre os grupos em que os cidadãos depositam maior confiança. O que é devido e, ao mesmo tempo, implica em grande responsabilidade.

Uma aproximação à idéia de qualidade em saúde

Quando se pensa em compatibilizar e equilibrar as exigências entre qualidade para o paciente, qualidade profissional e qualidade da gestão, "as tendências recentes vão no sentido de realizar estudos de satisfação dos utentes que permitam documentar as suas experiências com os serviços e com os resultados dos cuidados prestados" (12). A satisfação dos usuários consiste no modo como eles se apercebem dos serviços prestados, dependendo de fatores como as expectativas conscientes e as suposições inconscientes, assim como a experiência com o serviço.

Pode-se perceber que existem tipos diferentes de expectativas ou

[4] As demais categorias profissionais analisadas são: motoristas de táxi (47%), mecânicos de automóveis (37%), agentes de viagens (34%), advogados (30%), consultores financeiros (28%), construtores civis (23%), vendedores de automóveis (10%), agentes imobiliários (10%) e políticos (7%).

suposições, de acordo com o que os usuários: a) desejam receber do serviço, por comparação, com um ideal ou com um serviço semelhante; b) realisticamente, o que esperam do serviço, ou seja, que tipo de serviço pensam que será prestado; c) que coisas pensam necessitar. Assim, a insatisfação dos usuários pode ser mensurada por um grau que refletiria o quanto o serviço está aquém das suas expectativas. Há autores que consideram que a satisfação não é o grau de agradabilidade da experiência, mas a avaliação de como esta experiência foi agradável segundo o que deveria ser ou se esperava que fosse.

Em face à insatisfação, o usuário tem direito de apresentar reclamação. Este é um aspecto interessante, teoricamente bem estruturado, mas difícil de ocorrer na prática, o que nos remete ao raciocínio anterior: da mesma forma que as pessoas nem sempre estão em condições de exercer seus direitos, nem sempre conseguem erguer sua voz para sugerir modificações ou reclamar. Assim, a quem cabe advogar por elas? Aos profissionais? Julgo que seria resposta fácil apontar os enfermeiros, como "advogados do usuário", à maneira da linha anglo-saxônica. Todavia, não me parece que haja um grupo profissional com o monopólio ou a exclusividade da advocacia do doente. Todos os profissionais da saúde têm o dever de cuidar dos que se entregam aos seus cuidados e confiam neles. Como enfermeira afirmo que a nós, pelo menos, nos cabe.

Sendo certo que temos um compromisso profissional, é possível enraizá-lo numa "ética da promessa". E relacionar essa ética com o poder da confiança que depositamos uns nos outros. Esta confiança provém de compromissos mútuos e de vivências partilhadas por acordo. Nesta confiança se estabelece a entrega e a aceitação de encargo (por isso, confiado), pelo que estaremos na esfera da responsabilidade fiduciária, assentada exatamente sobre os vínculos que a confiança entretece. É sobre essa tela que os usuários entregam-se ao nosso cuidado.

Partindo das assunções fundamentais quanto ao serviço público que prestamos (materialmente falando, ou seja, independentemente do contexto público ou privado da relação laboral) e ao nosso mandato social, a mais elevada expressão de autonomia e auto-regulação é atribuir a si mesmo os seus deveres. O corolário dessa expressão, na realidade portuguesa, para os enfermeiros, é o *Código Deontológico do Enfermeiro* (1998).

Deveres dos enfermeiros

É apresentado a seguir *Código Deontológico do Enfermeiro*, composto por 15 artigos, brevemente expostos aqui em quatro grupos: os Princípios Gerais (art. 78); os artigos em que os deveres resultam das responsabilidades inerentes à profissão; os artigos em que os deveres decorrem da salvaguarda e da garantia dos direitos do outro e; o artigo relacionado ao exercício do direito à objeção de consciência.

O artigo 78, *Princípios Gerais*, expressa os valores e os princípios orientadores do exercício da profissão. Não constam nele deveres, mas, antes, a matriz de fundamento que suporta os deveres:

> "Art. 78
> 1 – as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.
> 2 – São valores universais a observar na relação profissional:
> a) a igualdade;
> b) a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum;
> c) a verdade e a justiça;
> d) o altruísmo e a solidariedade;
> e) a competência e o aperfeiçoamento profissional.
> 3 – São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros:
> a) a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade,
> b) o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes,
> c) a excelência do exercício na profissão, em geral, e na relação com outros profissionais".

O segundo grupo de artigos explicitam as situações em que os deveres resultam das responsabilidades inerentes à profissão enquanto tal, e, numa interpretação possível, decorrente da existência de necessidades em cuidados de enfermagem (por exemplo, é pela responsabilidade "na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem" que se afirma o dever para com a comunidade). São considerados aqui, seis dos 15 artigos,

que reportam aos deveres deontológicos em geral (art. 79); ao dever para com a comunidade (art. 80); à excelência do exercício (art. 88); à humanização dos cuidados (art. 89); aos deveres para com a profissão (art. 90) e para com as outras profissões (art. 91).

Existe outro grupo de artigos em que os deveres decorrem da salvaguarda e da garantia dos direitos do outro, dos pacientes a quem os enfermeiros prestam cuidado, pois há artigos que têm, enunciada a relação com o direito da pessoa a cuidar. Consideramos sete, dos 15, procurando sintetizar sua interpretação nesta relação:

> "1 - O enfermeiro tem o dever de observar os valores humanos e proteger os direitos porque as pessoas têm direito a ser cuidadas sem discriminação e a ver salvaguardados os seus direitos (art.81 – *Dos Valores Humanos*);
> 2 - O enfermeiro tem o dever de respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa e participa nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida porque a pessoa tem direito à vida (art. 82 - *Dos Direitos à Vida e à Qualidade de Vida*);
> 3 - O enfermeiro tem o dever de cuidar com excelência e assegurar a continuidade de cuidados porque as pessoas têm direito ao cuidado (art. 83 – *Do Direito ao Cuidado*);
> 4 - O enfermeiro tem o dever de informar porque as pessoas têm direito à auto-determinação (art. 84 - *Dever de Informar*);
> 5 - O enfermeiro tem o dever de sigilo porque as pessoas têm direito à confidencialidade e à proteção da sua vida privada (art. 85 - *Do Dever de Sigilo*);
> 6 – O enfermeiro tem o dever de atentar aos sentimentos de pudor e interioridade porque a pessoa tem direito à intimidade (art. 86 – *Do Respeito pela Intimidade*);
> 7 – O enfermeiro tem o dever de acompanhamento do doente terminal porque a pessoa tem direito à escolha do local e das pessoas que o acompanhem (art. 87 - *Do Respeito pelo Doente Terminal*)".

Finalmente, no quarto grupo, um único artigo elenca os deveres relacionados ao exercício de um direito dos enfermeiros, o da objeção de consciência (art. 92): mesmo no exercício de um direito, tenho o

dever de não prejudicar o outro na sua necessidade de cuidados em tempo útil.

O respeito pelos direitos humanos é vinculante, seja no elementar direito à vida ou a cuidados de saúde ou a ver respeitada sua convicção religiosa, política ou outra. Assim, julgo ter esclarecido a idéia de que muitos deveres dos profissionais decorrem da necessidade de salvaguarda dos direitos das pessoas. A relação terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com o paciente, consubstanciada no respeito por suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde. Todas as profissões da saúde se preocupam com as questões éticas e com o quadro deontológico para o respectivo exercício profissional, sobretudo, porque centradas no usuário dos cuidados e em assegurar o respeito pela dignidade da pessoa. E isto, tanto nos liga ao espírito de equipe, como nos coloca em relação de articulação e complementaridade.

Vulnerabilidade

Vulnerabilidade é a qualidade daquele que é vulnerável, que pode ser ferido. É um valor ético constituinte e um valor antropológico fundamental. Há muitas formas diferentes de perspectivar a vulnerabilidade. Habitualmente, e hoje em dia, consideram-se três planos analíticos inter-relacionados:

a) o individual: relacionado com os comportamentos associados à maior vulnerabilidade, condicionados objetivamente pelo meio natural e social e pelos graus de consciência e poder de transformação individual (incluídos os fatores biológicos);
b) o social: na avaliação das coletividades, incluindo o acesso à informação e serviços, os investimentos na saúde (porcentagem do PIB e relação entre gastos militares e gastos com saúde), os aspectos sócio-culturais (como taxas de emprego, o nível de escolaridade média da população, situação de eqüidade das mulheres e de grupos minoritários), as liberdades, direitos e condições de bem-estar;
c) o programático ou institucional: que inclui o desenvolvimento

de ações institucionais voltadas a problemas específicos, envolvendo compromissos oficiais, financiamento, estratégias de continuidade e avaliação.

Hoje, perspectivada em função de uma relação social, cultural, política e econômica desigual e, como conseqüência de uma relação de desigualdade, a vulnerabilidade pode manifestar-se de modo individual ou coletivo, entre indivíduos, entre diferentes grupos, culturas ou etnias, ou mesmo entre países. Proteger a vulnerabilidade nas relações assimétricas é uma evidência no Direito. Julgo que se pode até mesmo dizer que o Direito é basicamente institucionalizado de forma a proteger os seres humanos vulneráveis. Tal afirmação embasa-se em alguns exemplos:

a) No Direito Civil, que se refere à proteção dos menores ou incapazes;
b) No Direito Penal, com relação à proteção das pessoas que por condição ou circunstância são ou estão vulneráveis ou à penalização das intervenções arbitrárias (porque não consentidas).

A vulnerabilidade manifesta uma relação assimétrica entre o fraco e o forte. Neste contexto demanda um compromisso eticamente adequado de que o mais poderoso proteja o mais fraco. Diria, entre parêntesis, que esta perspectiva corre o risco de ignorar que, freqüentemente, o mais fraco pode ajudar e dar suporte ao mais forte; que no equilíbrio existencial nenhum "rótulo" é assim tão atribuível. Aprendemos com nossos doentes, com aqueles de quem cuidamos, com os estudantes... e eles fortalecem-nos na nossa missão. Noutra perspectiva, vulnerabilidade é também imperativo de cuidado e responsabilidade e, neste sentido, a base da moralidade. Diria Lévinas (13), que o imperativo moral é um imperativo de cuidar do outro e de uma responsabilidade ética pelo outro. Veríamos, assim, a moralidade como compensatória da vulnerabilidade humana.

Muito já se escreveu sobre a vulnerabilidade, como princípio ético em cuidados de saúde. Isto parece evidente se considerarmos seus cinco referenciais:

Respeito pela autonomia[5] - Divide-se em duas exigências morais distintas: o reconhecimento da autonomia e a proteção àqueles que não a têm;

Beneficência e não maleficência - Duas regras gerais têm sido formuladas como expressões complementares de ações beneficentes: não causar danos ou prejuízos e maximizar os possíveis benefícios.

Justiça - tem mais a ver com considerações de eqüidade e de reciprocidade nas relações humanas e com a justa distribuição dos recursos na sociedade

Vulnerabilidade – entendida tal como consideram Kemp e Rendtorf, em 1998, como princípio autônomo e referencial normativo.

Vulnerabilidade, como escreveu Michel Renaud, evoca "a ferida, sangrenta, dolorosa e sofrida". A vulnerabilidade perante a doença, nos coloca na situação das pessoas em necessidade e reclama a solidariedade e a eqüidade dos prestadores de cuidados. A observância dos princípios éticos implica em proteção aos grupos vulneráveis. Por exemplo, a autodeterminação deve ser particularmente protegida – ou garantida (donde decorre a exigência do consentimento/dissentimento livre e esclarecido).

A condição humana é marcada por um extremo grau de fragilidade devido à característica temporal e finita de toda a vida humana. O respeito pela dignidade da pessoa humana significa, acima de tudo, a promoção da sua capacidade para pensar, decidir e agir. Só podemos aprender a viver em segurança se reconhecermos a própria vulnerabilidade e a vulnerabilidade do outro, protegendo-as e sabendo conviver com elas. Por isso, a vulnerabilidade toca(-nos) a todos. Minha vulnerabilidade me torna capaz de reconhecer a vulnerabilidade de outra pessoa e o que ela requer de mim. E quase voltamos em espiral

[5] No sentido geral, a autonomia indica a capacidade humana em dar leis a si próprio ou a condição de uma pessoa ou de uma coletividade, capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submete. Afirmaria Kant que a autonomia é a competência da vontade humana em dar-se a si mesma a sua própria lei e que é nosso dever tentar atingir a autonomia moral, assim como respeitar a autonomia dos outros. O conceito de autonomia, aparentemente simples, é, de fato, complexo; e a autonomia está sempre, potencialmente, ameaçada pela heteronomia.

ao raciocínio anterior: à relação do profissional com a pessoa, à luz da dialética decorrente da autonomia e da vulnerabilidade.

Conclusão

Vejamos que se interligaram o conceito de dignidade da pessoa, por via do respeito e do reconhecimento e dos direitos humanos, e as idéias de interdependência, de co-responsabilidade, de compromisso profissional e dos princípios éticos, e ainda temos espaço para introduzir a idéia de *empowerment*, empoderamento ou capacitação do outro, como preferirem. Acompanharia as passagens da pessoa aos direitos humanos e dos direitos dos usuários aos deveres dos profissionais, em dois eixos estruturantes: a responsabilidade e a capacitação – empoderamento – no cuidado ao outro, na proteção da vulnerabilidade. E este é um perfil de ação relevante, em enfermagem.

Poderia entrar aqui a idéia de cuidado compassivo. Ou seja, juntando cuidado e compaixão, porque as pessoas requerem mais do que piedade[6] ou empatia[7]. Não se trata de aprovar (ou desaprovar), nem de compartilhar as suas razões. Evite-se confundir compaixão com condescendência ou com caridade-de-esmola. A com-paixão é participação com o outro em situação de sofrimento, na dor e na tristeza – e não será por acaso que Schopenhauer vê na compaixão o móbil por excelência da moralidade. A ação compassiva[8] tem o impulso de mitigar a dor do outro, de agir para ajudar, ainda assim evitando ficar sobrecarregado ou submerso na situação do outro.

"Ama e faz o que queres", dizia Santo Agostinho ou "compadece-te e faz o que deves", como afirma Comte-Sponville. O que devo fazer como profissional é assegurar a excelência do meu agir, em cada ato, ainda que a excelência não possa ser entregue ao contextual e não possa eximir-se dele. Muitas vezes, nem basta que se cumpram os

---

[6] A piedade é uma tristeza que sentimos diante da tristeza do outro – não acrescenta nada, a não ser mais tristeza. "Há uma bondade que anuvia a vida", escreveu Alain, "uma bondade que é tristeza, que chamamos comumente piedade e que é um dos flagelos do humano".

[7] A empatia reporta a tentar colocarmo-nos no lugar (nas circunstâncias) do outro. Faz parte do leque de habilidades da inteligência emocional. A sua ligação à ação é, todavia, mais escassa que a da compaixão.

requisitos legais e formais, ainda que a eles estejamos vinculados. As regras, quaisquer regras, são referências que não podem substituir a tomada de decisão, em contexto, face a uma pessoa. Aliás, face àquela pessoa concreta.

No plano ético, cada um de nós é responsável pelo outro , sendo cuidador do outro. Três sínteses finais, que primam pelo "não basta", representando a idéia de "é necessário mas não suficiente":

1) Sendo importantes por balizarem a consciência humana, *não basta* ter Declarações sobre os direitos: é preciso proteger esses direitos e criar condições para que sejam exercidos;
2) Sendo relevante para o exercício profissional, *não basta* ter regulação sobre os deveres dos profissionais: é mandatório que exista controle profissional e também que cada um assuma a tarefa de excelência do seu agir profissional (o que nos levaria a ligar auto-regulação profissional, em sentido organizacional e em sentido pessoal);
3) Sendo fundamental, *não basta* falar de proteção da vulnerabilidade: é imperativo agir de forma protetora, cumprindo o encargo confiado face a algo vulnerável, que pode perecer a menos que os cuidados de alguém, tornado responsável, o assegurae. Ora, o que existe de mais frágil que a vida e mais protetor do que os cuidados?

A ligação à ação é muito relevante. Fazemos caminhos do pensar ao agir, com a noção que as situações que encontramos, como enfermeiros, não obedecem a normas nem se aquietam sob as regras. E que nos cabe decidir e agir, aliás, como na vida.

Conferência proferida no IV Encontro Luso-Brasileiro de Bioética, realizado em São Paulo, em 2006.

---

[8] Ver Lazarus em *Emotion & adaptation*: *"In compassion, the action tendency is the impulse to reach out to mitigate the other's plight, to help the other person, to express sympathy, and yet to maintain sufficient detachment to avoid being overwhelmed with distress ourselves. If we should experience survivor guilt along with compassion, as long as it does not chill the wish to help the victim, it may support compassion, because we wish to pay or atone for our own good fortune at not being a victim"* .p. 290.

Referências

1. Kant, I. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. (1785) Trad. Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 1986. p.69.
2. _____. *Op. cit*. p. 77.
3. Portugal. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Reflexão ética sobre a dignidade humana. *Documento de Trabalho*. 26/ CNECV/ 1999. Disponível (20.08.2006, 16h) em:
http://www.cnecv.gov.pt/NR/rdonlyres/C718779C-F747-43D0-A3D0-67F394F937EC/0/P026DignidadeHumana.pdf .
4. Nunes, L. Enfermagem e cidadania: uma relação a des-ocultar. *Pensar Enfermagem*. Novembro 2004. (no prelo).
5. Cury, A. *A saga de um pensador. A paixão pela vida*. Cascais: Editorial Pergaminho, 2005. pp. 86-90.
6. Arendt, H. *Qu'est-ce que la politique?* Paris: Éditions du Seuil, 1995.
7. Faria, PL. Reflexões sobre uma "Carta Universal dos Direitos e Deveres das Pessoas Infectadas com o VIH". Disponível em em http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=12 Acesso em: 20.08.2006, 14h.
8. Levine, R. The need to revise the Declaration of Helsinki. *New England Journal of Medicine* 341, 1999. pp. 531-4.
9. Ricoeur, P. *Philosophie de la volonté*. II. Finitude et culpabilité. Paris : Aubier, 1988, p.257.
10. Instituto de Qualidade em Saúde. Boas práticas do Atendimento. In http://www.iqs.pt/pdf/Setembro-03/IQS_SEPARATA.pdf. Acesso em: 20.08.2006, 14h30.
11. Riedl, R. Rethinking trust and confidence in european e-government. Linking the Public Sector with Post-Modern Society. http://www.ifi.unizh.ch/egov/Trust_v1.0.pdf . Acesso em: 20.08.2006, 15h.
12. Hespanhol, A. A imagem dos serviços de saúde e dos médicos de família em Portugal. *Revista Portuguesa de Clinica Geral* 21, 2005. pp.185-91.
13. Lévinas, E. *Totalidade e infinito*. Lisboa: Edições 70, 2000.

Recebido em 29/09/2006. Aprovado em 11/10/2006.