

## Direitos dos doentes – uma outra aproximação

*“Precisar de dominar os outros é precisar dos outros.”*  
(Fernando Pessoa)

Numa época em que a judicialização da medicina está na ordem do dia, a apresentação de um tema tão caro à sociedade quanto este implica imperativamente olhar para o artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, já que é na Lei Fundamental que a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes se funda.

Assim, se de acordo com o direito à saúde constitucionalmente consagrado todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover, todos deverão ter uma intervenção activa na melhoria progressiva dos cuidados e serviços, caminhando no sentido de o doente ser sempre ouvido em todo o processo dos cuidados de saúde, quanto à qualidade dos serviços e ao acompanhamento das queixas.

Neste contexto programático – muito ambicioso de executar –, a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes representa, um passo decisivo no caminho do respeito pela particular condição dos doentes e da humanização dos cuidados de saúde, caminho que os profissionais de saúde devem aceitar e fomentar e as autoridades judiciais executar com conhecimento técnico, sensibilidade e bom senso. Isto muito embora aquela judicialização da medicina seja um sinal de que os doentes estão mais informados e as autoridades mais atentas.

Para uma melhor exposição e reflexão sobre a temática do direito dos doentes, serão abordadas algumas questões necessárias para a capacidade reflexiva das dificuldades dos profissionais (médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares ou até voluntários) geradoras de antagonismos pautados pela relação profissional-doente.

De salientar que apesar de a abordagem incidir sobre os direitos, estes devem ser consolidados com os deveres do próprio cidadão, na medida em que esta relação só se estabelece dada a condensação de ambos na relação quotidiana diária.<sup>i</sup>

Posteriormente serão debatidos de forma segmentada por três subgrupos, na **saúde**, no próprio **doente/utente** e finalmente nos seus **acompanhantes**.

### Saúde...

- Antes de mais, todo e qualquer sujeito, enquanto direito civil e actor social, deve ser protegido, salvaguardando sempre a sua saúde, independentemente das suas características físicas, sociais, emocionais ou culturais; O acesso à saúde de forma não estigmatizante é um bem essencial a proteger e a promover.
- É importante em qualquer especialidade, disponibilizada pelo sistema de saúde, que este acesso não seja restrito, com a autonomia necessária para o poder de decisão, salvo excepções que seguidamente serão abordadas. A autonomia é conseguida pela concepção contemporânea de cidadão livre, dada a informação objectiva, compreensiva e clara que lhe é disponibilizada e que o torna habilitado à decisão. A tolerância e a afectividade também devem ser reflectidas em função da compreensão das circunstâncias.

- Tratar uma necessidade não deve gerar a sua multiplicação pois é potenciadora de dependência (princípio do não assistencialismo). Dar primazia à necessidade humana não compromete a sua desumanização.
- A adequação do serviço e dos técnicos/profissionais ou ainda a limpeza, conforto e não agressividade das instituições também é relevante ao doente, sempre de acordo com as suas necessidades físicas, psíquicas e afectivas, não fomentando qualquer tipo de barreiras de acordo com as vulnerabilidades (arquitectónicas, estéticas, relacionais e/ou comunicacionais).
- A instituição deverá estar preparada para qualquer tipo de barreiras arquitectónicas nunca desvalorizando os acessos igualitários.

### **Doente/utente...**

- O doente não deve ser considerado com base na sua patologia, idade, género ou questões culturais - esta relação deve ser permeável e adaptável, não correndo o risco da estigmatização. O respeito pela dignidade humana, ética e solidariedade humana que define a relação entre os homens ultrapassa os limites ténues da satisfação imediata, precisa, respeitada e adequada.
- O profissional deve moldar-se às necessidades do doente, contudo as necessidades de uns não poderão comprometer as dos outros utentes (ex.: nos quartos pela sua disposição, equipamentos, horas de sono, etc). Sem que se ultrapassem os deveres profissionais, todos os incómodos devem ser minimizáveis.
- Tratar cada doente de acordo com a sua singularidade específica é um princípio fundamental – é necessária a compreensão de um *Eu* diferente de todos os *Outros*, aceitando as suas estratégias
- Estabelecer uma boa relação de confiança é igualmente indispensável - o sentimento de protecção e confiança do doente para o seu cuidador é necessária para uma boa relação que se possa vir a desenvolver. Esta relação é precisa em qualquer profissional que, de alguma forma, se depare com o doente, mesmo que de forma não continuada.
- Os profissionais devem estar devidamente identificados, possibilitando no doente a compreensão de toda e qualquer informação que o próprio ache necessária de ser satisfeita.
- A educação, cultura, idade, género, situação social e económica, entre outros elementos característicos do sujeito doente devem sempre ser tidas em conta, e não apenas de acordo com a sua situação clínica. Questões como vulnerabilidades devem ser abordadas de forma isolada de doente para doente, contudo, não deixa de ser relevante relacionar a situação clínica com as envolventes pessoais e sociais do próprio.
- Devem também ser garantidos factores como a esfera de privacidade ou de intimidade do doente – esteja internado ou não, seja autónomo e independente ou não, este é um direito fundamental. Caso contrário, este também nunca se sentirá tranquilo e confiante com a equipa que o recebe.
- Ao nível da dor física e/ou psíquica para além de dever ser sempre atestada a mesma deve ser debelada ou, ao menos, atenuada.
- O doente deve ser tratado com respeito das suas crenças religiosas, culturais e/ou filosóficas, bem como da sua concreta orientação sexual, não sendo discriminado, mesmo que o profissional não o faça de forma consciente. A história pessoal também deve ser tida

em conta nas envolventes relacionais, que muito contribui para a influência nos comportamentos e formas de pensar.

- A relação saúde-crenças religiosas deve ser respeitada em toda e qualquer circunstância que interfira nas convicções, hábitos, rituais e comportamentos do doente, mas sem que isso coloque em risco terceiros ou ponha em causa a consciência do cuidador.
- Receber cuidados ajustados ao nível preventivo, curativo, reabilitação cuidados terminais e/ou paliativos, entre outros exemplos é um direito que deve ser assegurado a cada doente.
- Caso exista internamento, a continuidade dos cuidados deve ser assegurada, mesmo que da instituição acolhedora apenas possibilite o encaminhamento a outros serviços disponibilizados, garantindo a qualidade e eficiência dos mesmos.
- O profissional não deve “despir” o doente das suas características que o definem enquanto ser único.
- Mesmo que o profissional não ache relevante ou merecedor, o doente terá sempre o direito de uma segunda opinião, seja esta interna ou externa à instituição de onde recolheu o primeiro diagnóstico, parecer técnico ou proposta terapêutica – sendo que o doente não deve ser sugestionado ou coagido, mas sim informado e respeitado.
- O doente tem o direito de recusar qualquer tipo de tratamento que o profissional ache necessário comprometendo-se consciente e formalmente para tal recusa – sendo que nos casos excepcionais referidos anteriormente, o cuidador deve assegurar a responsabilidade formal da rejeição.
- Deve existir confidencialidade e sigilo para a informação referente ao doente, assim como ao próprio deverão ser sempre facultados dados sobre o seu processo clínico, registos e exames, se assim o pretender.
- Controlar e preservar a privacidade do doente é um direito essencial reduzindo desta forma qualquer repercussão psico-emocional que possa daí advir. Este conforto influenciará a confiança e bem-estar do doente. Ao nível das crianças, caso seja necessário um elemento securizante, como o cuidador ou progenitor, deverá ser sempre facultada a sua presença e intervenção.
- Muitas vezes é esquecido, por parte dos profissionais, de que estão a trabalhar com um sujeito que, para além de ter uma história de vida que o influencia, também terá susceptibilidades ou até pudor perante a equipa que o acolhe, influenciando a sua postura psico-emocional – em situações de elevada carga emocional para o doente, este tipo de variáveis devem ser primariamente controladas.
- A relação profissional-doente deve ser sempre adaptável à unicidade das suas características, adaptando igualmente nos cuidados de higiene (caso seja um doente internado ou com tratamentos continuados), em consultas, visitas, exames e/ou tratamentos.
- Ter a possibilidade e permissão para reclamar sobre um serviço, na medida do possível, nunca deverá ser proibido ou contra contestado.
- Sujeitos privados da liberdade devem ser tratados de igual forma, contudo, ao nível decisivo comprometedor da sua liberdade são impostos limites pela própria legislação, referentes ao abandono da instituição que lhes prestou um serviço de saúde. De salientar: limites da legislação ≠ exclusão ou estigmatização.

### **Doente e seus acompanhantes...**

- O trabalho desenvolvido com os doentes é necessário e primordial mas o efeito securizante para a sua estabilidade torna-se igualmente imprescindível. Desta forma, o respeito e bem-estar dos acompanhantes e/ou responsáveis é igualmente necessário, não sendo restrito nem negado o seu acesso, principalmente ao nível dos menores e de indivíduos não autónomos (independentemente do tipo de comprometimento na sua independência). Este acompanhamento é essencial para a estabilidade psico-emocional, de acordo com o seu indicador que provocou a deslocação do doente ao profissional (ou vice-versa). No entanto, e da estrita perspectiva subjectiva, mais importante do que ter apoio é sentir-se apoiado.
- Exemplos de situações de devem ou deveriam ter a presença de um acompanhante: parto (natural ou de cesariana); menores (internados ou não); sujeitos não autónomos portadores de qualquer tipo de deficiências, dificuldades ou incompreensões; doentes terminais ou em serviço de urgência. De salientar que, apesar de não dever ser negada a sua presença, esta também não poderá comprometer o bom serviço da instituição.
- O sentimento de utilidade do acompanhante muito contribuiu para a boa relação com o doente, para o sentimento de apoio, amparo e integração, salvo excepções anteriormente mencionadas.
- O doente ou qualquer outro acompanhante tem o direito de ser informado de forma clara e compreensível da sua situação ou de qualquer informação que interfira e seja relevante para o próprio (diagnóstico, prognóstico, tratamento, riscos e alternativas). Nos casos continuados (e se o doente assim o entender) deve-se proporcionar o sentimento de capacidade de decisão, autonomia e empenho no seu tratamento para que também se sinta útil e capaz (ex.: ensinar o doente a realizar algumas actividades que não necessite de supervisão) – deverá ser extensível aos acompanhantes. Apesar de existir sempre a obrigatoriedade de partilha de informações do doente, esta deverá ser feita de forma adequada, empática e sem ferir as susceptibilidades e crenças do doente.

Lisboa, Maio de 2016  
Mafalda Sousa

---

<sup>i</sup> Esta apreciação foi realizada com base na Lei nº 14/2014, de 21 de Março, que envolve entre outras temáticas, o conjunto dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, acompanhamento do utente dos serviços de saúde, Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde, bem como na Lei nº 52/2014, de 25 de Agosto, onde são estabelecidas as normas de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços e ainda a Entidade Reguladora de Saúde [ERS] – <https://www.ers.pt/pages/16?search=direitos>