

DIREITOS E DEVERES DOS PACIENTES NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Reflexões de profissionais da área





Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP
Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP
Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo – FAPESP

Direitos e Deveres dos Pacientes na Atenção Básica à Saúde

Reflexões de profissionais da área

São Paulo
OBORÉ | IPFD
2016

Este material foi produzido a partir do projeto intitulado “Vivências de Profissionais da Atenção Básica à Saúde relativas aos Direitos dos Pacientes”, desenvolvido na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo nos anos de 2013 a 2015 (Processo FAPESP 2013/18822-7). Trata-se de uma Pesquisa-Ação que contou com a participação de 17 profissionais atuantes na Atenção Básica com o objetivo de socializar conceitos, ideias e práticas referentes aos atendimentos dos usuários dos serviços de saúde e sua relação com os direitos dos pacientes – quesito este considerado um dos pilares da Política Nacional de Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Elaboração, Texto e Supervisão Técnica

Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo
Maristela Santini Martins

Coordenação Editorial

Ana Luisa Zaniboni Gomes | OBORÉ e IPFD -
Instituto de Pesquisa, Formação e Difusão de
Políticas Públicas e Sociais.

Colaboradores |

Participantes da Pesquisa-Ação

Ana Cláudia da Silva Souza; Barbara Carina da Silva; Elsi de Carvalho Oliveira; Emerson Gomes Moraes; Flávia Mieko Kamoda; Idevaldo Aparecido da Cunha; Jorge Marcel Fernandes; Júlio César Pinheiro da Silva; Marcelo Ramos Leite; Marco Antonio Siqueira; Marcos Polo dos Santos; Míriam Werder Pinho; Sara Marcondes Davi de Melo; Sinésia Pereira Gomes; Valdeci Neris de Jesus, Vera Lúcia dos Santos e Warlley Felipe Ferreira Costa.

Ilustrações

Laerte | Ilustração Sindical

Design e produção gráfica

Carlos Guena | Formato Design Gráfico

Impressão

Nyw Gráfica

Tiragem desta edição

2.000 exemplares

São Paulo, janeiro de 2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Direitos e deveres dos pacientes na atenção básica à saúde : reflexões de profissionais da área / [elaboração, texto e supervisão técnica Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo, Maristela Santini Martins]. – 1. ed. – São Paulo : Oboré : IPFD – Instituto de Pesquisa, Formação e Difusão em Políticas Públicas e Sociais, 2016.

Vários colaboradores.

Bibliografia.

ISBN 978-85-61497-12-5 (Oboré)

1. Atenção básica à saúde 2. Humanização dos serviços de saúde 3. Pacientes - Direitos e deveres 4. Profissionais da saúde 5. Sistema Único de Saúde (Brasil)
I. Massarollo, Maria Cristina Komatsu Braga. II. Martins, Maristela Santini.

16-00265

CDD-362.10981

Índices para catálogo sistemático:

1. Brasil : Sistema Único de Saúde : Atenção básica : Bem-estar social 362.10981

Este projeto foi financiado pela FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo.

“A arte de viver é simplesmente a arte de conviver.
Simplesmente, disse eu?
Mas como é difícil!”

Mário Quintana

SUMÁRIO

9 APRESENTAÇÃO

11 PARTE I

Reflexões de Profissionais da Atenção Básica sobre os Direitos dos Pacientes

- 11 O que são direitos dos pacientes?
- 11 Direitos, desejos ou necessidades?
- 12 Quais são os deveres dos pacientes?
- 13 Deveres dos profissionais da Atenção Básica

Falando sobre os direitos dos pacientes no cotidiano

- 15 Direito à saúde
- 15 Direito ao acesso
- 16 Direitos e deveres do paciente
- 18 Direito à acessibilidade
- 19 Direito ao atendimento prioritário
- 19 Direito à educação
- 19 Direito à estrutura familiar
- 20 Direito à dignidade humana
- 20 Direito ao sigilo e à privacidade
- 21 Direito à infraestrutura adequada
- 21 Direito à humanização
- 22 Direito à igualdade
- 23 Direito à segurança
- 23 Direito ao transporte gratuito

24	PARTE II
	<i>Reflexões de Profissionais da Atenção Básica sobre o Respeito aos Direitos dos Pacientes: Problemas e Propostas de Solução</i>
24	Desconhecimento dos direitos dos pacientes
25	Desrespeito aos direitos dos pacientes
26	Desumanização nos serviços de saúde
28	Burocracia em demasia
31	Sistema de saúde fragmentado e pouco resolutivo
35	Problemas relacionados à alfabetização
35	Deficiências na educação em saúde
37	Problemas relacionados à informação
40	Falhas no sistema e programas de saúde
41	PARA SABER MAIS
42	ANEXO 1
	Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999
44	ANEXO 2
	Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

APRESENTAÇÃO

Com a finalidade de conhecer as experiências de profissionais atuantes na Atenção Básica à Saúde, relativas aos direitos dos pacientes, desenvolvemos uma pesquisa-ação, da qual participaram 17 profissionais de Unidades Básicas de Saúde, sendo eles enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e auxiliares técnicos administrativos.

A pesquisa-ação foi escolhida por ser considerada uma ferramenta eficaz para produção de novos conhecimentos na área da saúde, possibilitando a troca de experiências entre os participantes e a fusão entre os saberes formal e informal.

O conteúdo deste material é fruto da reflexão dos profissionais durante o compartilhamento de experiências nos seminários da pesquisa-ação desenvolvida. Com ele, esperamos proporcionar maior conscientização quanto à necessidade do respeito aos direitos dos pacientes, quanto à valorização dos profissionais e, ainda, quanto ao exercício dos deveres de cada um.

Assim, disponibilizamos este material, esperando que seja proveitoso para pacientes, profissionais e todos aqueles que consideram o respeito às pessoas como primordial para a convivência humana e desejando que sirva de instrumento colaborador para práticas humanizadoras.

Boa leitura!

Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo

Enfermeira. Livre-docente pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora Associada do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
massaro@usp.br

Maristela Santini Martins

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Membro do Grupo de Pesquisa Bioética e Administração: Ensino e Assistência à Saúde. Docente e Coordenadora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Adventista de São Paulo.
maristelasanti@usp.br

PARTE I

Reflexões de profissionais da Atenção Básica sobre os direitos dos pacientes

■ O que são direitos dos pacientes?

É muito complexo definir o que são e quais são os direitos dos pacientes atendidos nos serviços de saúde e que integram o Sistema Único de Saúde – SUS. Nem funcionários, nem usuários sabem como definir isso em sua plenitude e abrangência.

É direito do paciente ter assegurados o seu bem-estar físico, mental e social, ter suas necessidades respeitadas e atendidas, poder acessar os serviços que precise para a manutenção da sua saúde, ser bem acolhido, bem encaminhado, ser ouvido com atenção e receber um atendimento individualizado. Mas não só.

Os profissionais da saúde costumam associar os direitos dos pacientes ao que é assegurado pela Constituição Federal de 1988, leis complementares, programas e documentos oficiais do Estado. Mas, mesmo sendo dever do Estado e estar assegurado pela Constituição Federal, os profissionais acreditam que o atendimento das necessidades do paciente deva acontecer da melhor forma possível, dentro daquilo que o SUS pode oferecer.

■ Direitos, desejos ou necessidades?

Existe uma confusão em relação ao que é direito, necessidade e desejo do paciente. O atendimento às reais necessidades de saúde é direito do paciente. Entretanto, suas vontades não podem se sobrepôr aos direitos dos demais.

Conhecer esses direitos é necessário para que



Quero ser bem acolhida, bem encaminhada e ser ouvida com atenção para que minhas necessidades sejam atendidas.



Quero ser atendido com dignidade por todos os profissionais da área e ser tratado com respeito.

os pacientes não confundam direito com vontade. É necessário também que os profissionais dos serviços de saúde conheçam os direitos dos usuários para que possam respeitar e orientar seus pacientes sobre o assunto.



O conhecimento dos direitos e deveres de cada um é imperativo para formação de vínculos sólidos na Atenção Básica.

■ Quais são os deveres dos pacientes?

Os pacientes devem assumir a responsabilidade sobre si mesmos e sobre como cuidar de sua saúde. Nos atendimentos, precisam expressar suas dúvidas ou sinalizar que compreenderam as orientações recebidas.

Devem comparecer às consultas, tratamentos e exames na hora marcada ou comunicar a Unidade Básica de Saúde (UBS) no caso de desistência. Cabe também aos pacientes respeitar os demais usuários do sistema e os profissionais da rede, assim como responsabilizarem-se pela recusa dos procedimentos sugeridos pelos profissionais da saúde nos seus atendimentos.

O não comparecimento dos pacientes aos agendamentos parece ser um dos fatores que mais desgastam os profissionais e sobrecarregam o sistema. A ausência de um paciente na data e hora marcadas fará com que ele utilize outra vaga, em outro momento. E ainda impede que outro usuário utilize a sua vaga, que fica ociosa. Isso fere duplamente o direito de outros pacientes, além de gerar um ciclo de sobrecarga e desgaste para as unidades de atendimento.

Pesquisa recente junto aos usuários aponta que as faltas às consultas agendadas são motivadas, acima de tudo, por esquecimento. Outras situações citadas são falta de dinheiro para condução, falta de companhia para sair de casa, problemas meteorológicos como sol forte, chuva, tempestades ou, simplesmente, desistência.



Sou responsável pelas questões relacionadas à minha saúde.

Respeitar os demais usuários e os profissionais da área é dever primordial de todos os pacientes. Entretanto, alguns agem como se, em qualquer situação, a prioridade fosse deles. Querem ser atendidos primeiro que os demais e passar na

frente na fila de espera. Isso não é correto.

Todo usuário pode e deve requerer seus direitos de forma efetiva, com argumentos positivos e sem ultrapassar o limite dos direitos dos outros.

O primeiro passo para ter os seus direitos atendidos é prestar informações claras nos atendimentos.

O profissional da saúde, por sua vez, deve atender e resolver o problema do paciente. Caso receba uma situação que não seja da sua competência técnica, o certo é encaminhá-lo para outro profissional especializado no assunto. O grau de solução dos problemas dos pacientes está associado à clareza e veracidade das informações que o profissional recebe.

■ **Deveres dos profissionais da Atenção Básica**

Os profissionais da Atenção Básica à Saúde têm consciência de seus deveres na garantia dos direitos dos pacientes tais como tratar todos com respeito, educação e humanização, ser acolhedor, prestar informações claras e compreensíveis, atuar como educador, com ética, com preparo técnico e emocional e usar sempre de empatia e responsabilidade.

Os Auxiliares Técnicos Administrativos (ATA) das unidades de saúde são os responsáveis pelo atendimento inicial dos usuários. São eles que realizam a primeira escuta das necessidades de cada paciente, direcionando-os para as áreas competentes.

A tarefa desses funcionários da recepção é bem difícil. Eles atendem os usuários de toda a unidade e precisam conhecer as rotinas e agendas de todas as equipes pois são suas atribuições de trabalho. O bom atendimento ao paciente resulta em um fluxo adequado de informações e processos para toda a equipe.



Comparecer ao atendimento no dia certo e na hora certa é minha responsabilidade enquanto usuário dos serviços.



Meu papel é garantir que o paciente tenha todas as suas necessidades resolvidas. Por isso, presto informações claras durante o atendimento e procuro falar a mesma língua que ele.



Não estamos fazendo um favor ao usuário. Temos salário, somos profissionais. É nosso dever assumir a responsabilidade sobre os direitos dos pacientes e agir para garanti-los.



Nós somos da saúde e também trabalhamos com educação. Ensinamos, de alguma forma.

Uma situação que causa desconforto nos usuários é a demora no atendimento. Quando isso ocorre, os profissionais devem esclarecer os pacientes sobre o motivo desses atrasos.

Quando as consultas médicas sofrerem atrasos pelo fato de o médico estar atendendo algum caso emergencial, ou porque houve algum problema de percurso – entre outras situações – os pacientes devem ser claramente informados. A informação verdadeira conquistará a confiança do paciente e solidificará o vínculo, essencial na Atenção Básica.

Outro dever do profissional, associado ao respeito pelos direitos do paciente, é desempenhar papel educador. A educação para o respeito aos direitos pode iniciar pelo profissional.

É essencial para a Atenção Básica formar profissionais que assumam o compromisso de garantir os direitos dos pacientes e de educar em saúde, iniciando o acesso dos pacientes ao sistema com competência técnica, ética e senso de responsabilidade.

Disso decorre a importância das atividades de formação dos trabalhadores da saúde – inclusive formação continuada – dado que é condição essencial para o bom andamento do SUS como um todo.

VOCÊ SABIA?

O desconhecimento dos direitos dos pacientes pelos próprios pacientes e pelos profissionais, a desumanização nos serviços de saúde, o excesso de burocracia, o sistema de saúde fragmentado e pouco resolutivo, os altos índices de analfabetismo, a falta de educação em saúde e as falhas no sistema e nos programas governamentais são problemas apontados por profissionais do setor como impeditivos ao respeito aos direitos pacientes na Atenção Básica à Saúde.

Falando sobre os direitos dos pacientes no cotidiano

1. Direito à saúde

A saúde é direito de todos os cidadãos e a Atenção Básica é a porta de entrada para o acesso integral às ações e serviços de saúde. O usuário tem o direito a acessar tudo aquilo que pode colaborar com mais saúde e bem-estar físico, social e mental.

O direito à saúde é fundamental para todos os seres humanos e constitui-se como um dever do Estado. É através da garantia dos seus direitos que o paciente acessa e usufrui dos serviços de saúde.

VOCÊ SABIA?

Os direitos dos pacientes estão listados na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e na Lei 10.241/99. Há também material oficial do Ministério da Saúde sobre o tema - "Os direitos dos pacientes no contexto da Atenção Primária à Saúde". Saiba mais sobre esses documentos na parte final desta cartilha.

2. Direito ao acesso

Algumas unidades de atendimento estão localizadas em áreas de difícil acesso, com ruas estreitas e onde a própria população utiliza calçadas para comércio e estacionamento, obrigando o pedestre a andar na rua.

Com as ruas ocupadas, o deslocamento é lento: a passagem dos carros fica dificultada e gera congestionamentos, o que compromete o acesso de pacientes, profissionais e prestadores de serviço à unidade de saúde.

Outra questão relacionada ao acesso é a distância entre o domicílio dos pacientes e os locais de agendamentos de exames e avaliação por especialistas.

Caso o paciente necessite de exames ou avaliação especializada, nem sempre consegue ou porque o serviço não é oferecido ou porque o agendamento é muito demorado. Isso significa que o direito ao acesso aos serviços de saúde nem sempre é respeitado – o que fere o princípio da integralidade do SUS.

Importante lembrar do direito do paciente de acessar a rede de aten-

Direitos e deveres do paciente

DIREITOS

- Acessar bens e serviços de saúde de forma ordenada e organizada.
- Ser chamado pelo nome civil ou social, conforme sua preferência.
- Receber atendimento humanizado, acolhedor, respeitoso e livre de qualquer discriminação.
- Receber informações claras, objetivas e compreensíveis.
- Receber as receitas com o nome genérico das substâncias prescritas, impressas ou em caligrafia legível e sem a utilização de códigos ou abreviaturas.
- Consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados.
- Receber tratamento adequado e efetivo para seu problema.

DEVERES

- Prestar informações verdadeiras e apropriadas sobre seu estado de saúde.
- Adotar comportamento respeitoso com as demais pessoas que usam ou que trabalham no estabelecimento de saúde.
- Expressar se compreendeu as orientações recebidas e solicitar esclarecimentos às suas dúvidas.

- Ter assegurado, durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, os princípios da Privacidade, Individualidade, Respeito aos seus valores éticos e culturais, Confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal e Segurança do procedimento.
- Identificar as pessoas responsáveis, direta e indiretamente, por sua assistência, através de crachás visíveis.
- Acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico, de acordo com a legislação vigente.
- Ser acompanhado, se assim o desejar, nas consultas e internações por pessoa por ele indicada.
- Ter um local digno e adequado para o atendimento.
- Concordar ou discordar em participar de pesquisas sem que isso afete o seu tratamento.

- Comunicar antecipadamente caso não tenha condições de comparecer aos serviços agendados para que a vaga seja disponibilizada para outro usuário.
- Responsabilizar-se para que seu tratamento e recuperação aconteçam de forma adequada.
- Zelar pela própria saúde e da comunidade.

VOCÊ SABIA?

A Prefeitura Municipal, através da Secretaria da Saúde e do Programa Proibido Feridas, fornece curativos especiais para o tratamento de lesões crônicas tais como carvão ativado, hidrogel, alginato de cálcio, hidrocolóide, bota de unna, entre outros. Por se tratar de tecnologias com elevado custo financeiro, para receber tais tratamentos é necessário que o paciente esteja inscrito no programa. Quem faz isso é o enfermeiro da Equipe de Saúde da Família, preferencialmente da Unidade que atende o paciente.

ção para alcançar ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e informações sobre estilo de vida. Eles garantem a assistência integral e o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade.

3. Direito à acessibilidade

O direito à acessibilidade é garantido por lei. Entretanto, é necessário criar uma cultura de respeito espontâneo, livre e consciente. Isso é possível através da humanização da assistência.

As barreiras arquitetônicas impostas por infraestrutura inadequada são o principal obstáculo para a acessibilidade. Algumas unidades não possuem rampas de acesso e o paciente acaba sendo atendido dentro do carro por não conseguir entrar no local com a cadeira de rodas.

Alguns pontos de ônibus sinalizados como acessíveis estão construídos em ladeiras. Em outros casos, as paradas de ônibus são sinalizadas com totens colocados entre um poste e um muro, o que impede totalmente a passagem de um cadeirante pela calçada, forçando-o a locomover-se pela rua.

Em linhas de ônibus que incluem centros de reabilitação no seu itinerário e circulam com veículos adaptados – ou não – as vagas para cadeirantes ainda não são suficientes.

Os usuários do transporte coletivo que não apresentam necessidades especiais, algumas vezes, são intolerantes com o tempo gasto para atender os portadores de mobilidade reduzida, demonstrando desrespeito.

Um fator que garante a acessibilidade das pessoas com mobilidade reduzida é o atendimento domiciliar. Pode-se realizar coleta de materiais para exames, consultas, vacinação e

VOCÊ SABIA?

Quando o portador de necessidades especiais tem o seu direito atendido, consegue acessar serviços que lhe proporcionam um estilo de vida melhor.

outros procedimentos na casa do paciente, caso ele aceite.

4. Direito ao atendimento prioritário

O atendimento prioritário é garantido para alguns grupos especiais como idosos, gestantes, mães com crianças pequenas no colo e pessoas com dificuldade de locomoção. No entanto, com frequência, esse direito provoca discórdia entre pacientes.

Em uma fila com muitos idosos, quem terá prioridade? Alguns se frustram e alegam que são mais idosos do que os outros e deveriam passar na frente. Se alguém na fila da farmácia passa na frente de todos os outros e vai direto para o guichê para retirar medicamentos alegando ter prioridade, provoca descontentamento nos demais pacientes. Eles se sentem lesados.

VOCÊ SABIA?

Alguns pacientes que não integram os grupos com direito ao atendimento prioritário reclamam de ceder local nas filas. Algumas vezes, essas pessoas até tentam utilizar informações inverídicas para serem atendidos mais rápido. Este não é um comportamento correto.

5. Direito à educação

O baixo investimento na educação básica e a ausência de sincronia nas ações dos Ministérios da Saúde e da Educação afetam diretamente as condições de saúde da população.

A educação é o alicerce da vida e fundamental para o exercício da cidadania. Ter acesso à educação formal é um direito primordial, já que ela é a base de acesso aos demais direitos. Tanto que o analfabetismo dificulta o entendimento das questões relacionadas à saúde. Exemplo disso é quando o paciente não consegue ler a receita médica e os nomes dos medicamentos nas embalagens, correndo o risco de ingerir medicação e doses incorretas.

6. Direito à estrutura familiar

A fragilização da estrutura familiar vivenciada pela sociedade moderna é fator influenciador na educação formal e comportamental, especialmente de jovens e crianças. A estrutura familiar e o convívio social colaboram para que o jovem tenha perspectivas melhores para o futuro, inclusive relacionadas à sua própria saúde e à saúde de outros.

Houve uma mudança na estrutura familiar nas últimas gerações e está ocorrendo repetição de padrões para os quais os profissionais da saúde precisam atentar e intervir. Por exemplo, uma mulher que foi mãe adolescente, com frequência sua filha será mãe na adolescência também – e a mulher torna-se avó muito jovem.

Por isso é importante prestar informações além das rotineiras sobre sexo, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gestação precoce às adolescentes que frequentam a Unidade Básica de Saúde. E falar também sobre promoção da saúde, prevenção de doenças, sempre respeitando as crenças e valores dessas jovens.

7. Direito à dignidade humana

Ponto importante é o respeito e a valorização do paciente enquanto ser humano e suas convicções tais como sexualidade, religiosidade e costumes.

Respeitar a pessoa envolve, também, respeitar a sua história, o seu espaço, sua intimidade e resguardar as informações a respeito do paciente a terceiros.

8. Direito ao sigilo e à privacidade

O respeito ao sigilo das informações e à privacidade do paciente é um grande desafio na Atenção Básica à Saúde.

VOCÊ SABIA?

Alguns profissionais da saúde criaram um programa para colaborar com usuários que não sabem ler, para que tomem adequadamente as medicações. Cortam caixinhas de leite e identificam com meio sol, sol inteiro e lua, simbolizando os horários da manhã, do meio-dia e da noite. Semanalmente, as casas desses pacientes são visitadas: os profissionais abastecem as caixinhas com a quantidade de medicação da semana, explicando quais remédios devem tomar e em quais horários.

O prontuário compartilhado por toda a família é um exemplo. Cada membro da família tem um envelope onde são arquivadas todas as suas informações. Porém, isso é arquivado em um envelope maior, chamado de prontuário da família, onde ficam os envelopes de todas as pessoas que moram no mesmo domicílio. Para alguns procedimentos, os recepcionistas entregam o prontuário diretamente na mão do usuário e ele poderá ter acesso às informações da família toda.

Outro fator complicador para o respeito ao sigilo das informações é o livre acesso aos prontuários por todos os trabalhadores da UBS. Como muitas pessoas ficam sabendo das anotações contidas em um prontuário, os comentários sobre casos de pacientes são quase inevitáveis. Quando percebe que muitos dali conhecem seu diagnóstico, a tendência do paciente é ficar inibido e deixar de relatar informações durante as consultas.

O respeito à privacidade tem dois aspectos – um ligado à visita domiciliar e outro ao atendimento nas unidades de saúde. Geralmente, os pacientes não se incomodam com a entrada dos profissionais dentro de suas residências para a visita domiciliar. Pelo contrário, demonstram satisfação.

Quanto ao atendimento na UBS, os profissionais enfrentam algumas dificuldades para garantir a privacidade do paciente. Um exemplo disso: ambientes muito quentes levam à realização de consultas médicas e de enfermagem com a porta do consultório aberta. Outra situação é o armazenamento de materiais de uso coletivo nos armários dentro dos consultórios, o que faz com que outras pessoas, por necessidade, entrem no ambiente durante a realização das consultas.

9. Direito à infraestrutura adequada

Uma infraestrutura adequada oferece conforto e segurança para o profissional e para o paciente. E também favorece a privacidade. Quando é necessário remover com urgência um paciente da Unidade Básica para um hospital, é acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, que já opera no limite de sua capacidade e com longo tempo de espera pois atende toda população do município. Por isso, as unidades deveriam ter infraestrutura completa para esses atendimentos – inclusive porque é um direito do usuário.

10. Direito à humanização

A humanização da assistência na Atenção Básica pode ser entendida como a capacidade do profissional da saúde de colocar-se na situação do paciente.

Ao chegar na unidade, o paciente traz consigo as memórias dos atendimentos anteriores. Muitas vezes, está vindo do terceiro ou quarto equipamento, onde pode ter sido mal atendido. Nessa situação, o paciente chega revoltado e a tendência é que o profissional o atenda da mesma

forma. Entretanto, se a equipe tem a consciência de que seu trabalho deve ser humanizado, vai tratar o paciente com paciência, respeito e ouvir a dificuldade dele.

A humanização, desde o primeiro atendimento do paciente, é essencial. Uma vez bem feita, evita futuros problemas para a equipe, para o usuário e diminui as idas do paciente à UBS. Para isso, é necessário que o paciente seja visto de forma integral, inclusive sendo orientado sobre seus direitos.

Humanizar a assistência é garantir o respeito aos direitos do paciente e realizar o atendimento pautado nos princípios da ética e valorização do ser humano.

11. Direito à igualdade

A igualdade entre todos os cidadãos é um direito assegurado pela Constituição Federal de 1988 e concretizou-se como um dos princípios do SUS.

Há desigualdades evidentes em nosso país, tanto financeiras como sociais e intelectuais. No caso específico, os usuários da saúde que vivem em comunidades periféricas, com grande concentração de pessoas, são os que mais necessitam de serviços atuantes e disponíveis.

Essas comunidades são reconhecidas como frágeis pois carecem de coleta de lixo, escoamento do esgoto e construção de calçadas. As casas são feitas de lata, papelão, madeira, tijolo ou reboco e, na maioria das vezes, afetam a saúde dos moradores. Acrescenta-se a esse quadro o risco de desapropriação por serem, muitas vezes, ocupações em terrenos ilegais.

VOCÊ SABIA?

Para pessoas sem condições financeiras de pagar a condução, há o passe social – benefício concedido a partir de uma reunião de avaliação com a assistente social da Unidade Básica de Saúde.

12. Direito à segurança

Os profissionais da saúde realizam atendimento em todas as áreas da cidade, inclusive em algumas que apresentam maior periculosidade e apontadas como áreas violentas. Nesses locais, todos carecem de mais segurança. Por isso, muitos moradores solicitam reforço policial para garantir a vida cotidiana na comunidade.

13. Direito ao transporte gratuito

O direito ao transporte gratuito está assegurado a alguns grupos especiais. Para pessoas sem condições financeiras de pagar a condução há o passe social – benefício concedido a partir de uma reunião de avaliação com a assistente social da Unidade Básica de Saúde. Tudo isso para o paciente não deixar de ter o atendimento que necessita.



PARTE II

Reflexões de profissionais da Atenção Básica sobre o respeito aos direitos dos pacientes: problemas e propostas de solução

■ **Desconhecimento dos direitos dos pacientes**

Tanto os profissionais como os usuários, frequentemente, não sabem o que são os direitos dos pacientes. Isso é problema para ambos. Se o profissional desconhece, ele poderá desrespeitar esses direitos e não saberá orientar o paciente de forma adequada. Se o paciente desconhece seus direitos, não saberá como exigí-los.

– Por parte da equipe

Falta divulgação sobre quais são os direitos dos pacientes. Por exemplo, nos murais das UBS deveria haver quadros informativos para os profissionais e os usuários. O desconhecimento pode gerar a desconsideração da equipe de saúde quanto à necessidade do paciente.

– Por parte dos usuários

O desconhecimento dos direitos pelos próprios pacientes é um sério problema na Atenção Básica. Se o usuário não tem ciência dos seus direitos, terá dificuldade em buscar o seu atendimento ou poderá solicitar benefícios que não sejam seus direitos, sejam apenas vontades. Outra situação é quando o paciente acredita que possui mais direitos do que os demais usuários. Essas crenças podem interferir na garantia dos direitos do conjunto dos usuários.

– Sugestões de como resolver a questão do desconhecimento dos direitos dos pacientes

- Confecção de painéis para serem fixados nos murais das UBS com os direitos e os deveres dos pacientes.
- Elaboração de uma cartilha ilustrada que trate sobre os direitos e deveres dos pacientes ou a ampla distribuição da ‘Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde’.
- Orientação do paciente quanto ao funcionamento do SUS para que ele entenda o que é seu direito dentro do Sistema e saiba como requerê-lo.
- Diminuição da rotatividade dos profissionais nas UBS, fortalecendo o vínculo entre a comunidade e a equipe.

■ **Desrespeito aos direitos dos pacientes**

O desrespeito aos direitos dos pacientes pode ocorrer em vários níveis: (a) quando o Estado viola os direitos através de um sistema de saúde que não contempla as necessidades dos cidadãos, (b) quando os profissionais não investem tempo em ouvir as necessidades dos pacientes e os tratam de forma desumanizada e (c) quando os pacientes desconsideram os direitos dos demais pacientes.

O Sistema Único de Saúde apresenta falhas que infringem os direitos dos pacientes, como por exemplo, a disparidade entre a infraestrutura das unidades e a demanda da área, com a busca por atendimento maior do que a UBS pode oferecer. Outra falha é a falta de medicamentos e materiais, tais como insulina, papel toalha ou cadeiras na recepção para acomodar os que esperam por atendimento.

A atenção em rede nem sempre funciona. Há poucas vagas disponíveis para consultas com especialistas e faltam serviços de referência para alto risco e reabilitação. Além disso, consultas médicas com duração de apenas quinze minutos – como determina a Estratégia Saúde da Família – tende a provocar o aumento do número de atendimentos e consequente diminuição



Se você tem na cabeça quais são os direitos da sua profissão, daquilo que você desenvolve, você trabalha bem e consegue transmitir esse conhecimento.

das visitas domiciliares, causando a quebra do vínculo entre equipe e comunidade.

O desrespeito pode ocorrer, também, por parte dos profissionais em relação aos pacientes. Alguns trabalhadores procuram, simplesmente, ‘cumprir diariamente suas obrigações’ e se esquecem de ouvir o paciente, especialmente no atendimento da demanda espontânea. Outros desrespeitam o momento em que outros colegas estão realizando atendimento, comprometendo a privacidade do paciente.

Alguns pacientes desconsideram os direitos dos demais usuários e querem ser atendidos prontamente toda vez que procuram o serviço. Quando encontram dificuldades, eles forçam o atendimento, mesmo que isso cause atraso nas consultas dos pacientes agendados.

– Sugestões de como resolver a questão do desrespeito aos direitos dos pacientes

- Disseminação de informações sobre os direitos dos pacientes.
- Otimização dos aparelhos de TV, que ficam ligados na recepção das UBS, incluindo conteúdos educativos sobre os direitos dos pacientes.
- Organização da recepção das unidades com senhas e local adequado para aguardar o atendimento.
- Humanização da assistência.

■ **Desumanização nos serviços de saúde**

A desumanização é percebida pelos funcionários da saúde como um desrespeito aos direitos dos pacientes: acolhimento realizado de forma inadequada ou ausente, profissionais que não se preocupam com a clareza

nas orientações e atendimento demorado ou de má qualidade. Quando o atendimento é ruim, o paciente retorna várias vezes à UBS para ter suas necessidades atendidas e seus problemas resolvidos.

Pequenas queixas também são citadas como um problema para o respeito aos direitos dos pacientes e uma forma de atendimento desumanizado. A obrigatoriedade da consulta rápida também colabora para a desumanização na saúde. A realização de uma consulta médica em quinze minutos, que é o tempo proposto nos protocolos dos serviços, é insuficiente para ouvir, fazer os questionamentos, orientações e encaminhamentos. É importante considerar que, dentro desse tempo, o médico precisa dispensar alguns minutos para preencher os impressos necessários para alimentação dos sistemas de gerenciamento de dados. A intolerância de alguns profissionais com algum equívoco da equipe ou do próprio paciente também desumaniza a atenção.



Alguns pacientes chegam na UBS irritados, descontrolados emocionalmente. Os trabalhadores não podem responder no mesmo tom!

– Soluções para o problema da desumanização nos serviços de saúde

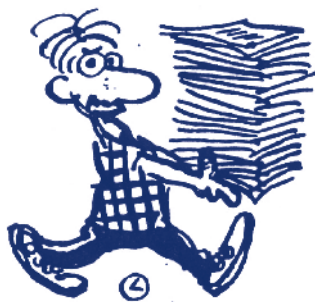
- Sensibilização dos profissionais para respeitar o paciente e seus direitos.
- Conscientização dos pacientes quanto à necessidade de controlarem suas emoções e respeitarem os demais usuários e os profissionais.
- Disponibilização de mais vagas na agenda médica e de enfermagem para atender toda a demanda, sem a necessidade de atendimentos coletivos.
- Desburocratização do sistema para facilitar o trabalho dos profissionais e otimizar o tempo dos atendimentos.

■ Burocracia em demasia

Problemas que entram o sistema e incorrem no desrespeito aos direitos dos pacientes comumente estão relacionados à inadequada distribuição das vagas dos especialistas, ao sistema de agendamento eletrônico que causa transtornos e aos programas governamentais pouco resolutivos e muito complicados.

– Burocracias do sistema de saúde

A distribuição de vagas para especialistas, por exemplo, é feita por região de referência mas parece acontecer de forma aleatória e não segue a necessidade de cada área. Ocorre que, algumas vezes, o local de atendimento é muito distante da residência do paciente. Locais mais próximos, que oferecem vagas para a mesma especialidade, são referência para outra Unidade Básica. O Auxiliar Técnico Administrativo responsável pela regulação das vagas não consegue agendar atendimento em locais que não sejam referência, mesmo que haja horários disponíveis. Ocorrem falta de vagas para algumas necessidades específicas, como o tratamento de dependência química, e os profissionais precisam buscar alternativas para atender essa demanda.



O excesso de burocracia e a sobrecarga dos profissionais levam à prestação de cuidado mecanizado.

O sistema de agendamento eletrônico tem gerado alguns transtornos para as unidades pois, com frequência, fica fora do ar por problemas no servidor ou por depender de acesso à internet. Sem conexão, não é possível acessar o sistema. Além disso, pode ocorrer duplicidade de agenda. Alguns programas governamentais, como o Remédio em Casa, foram citados como projetos que aumentam a burocracia e o custo em saúde, e não são resolutivos. Muitas vezes o paciente é cadastrado no programa para garantir o fornecimento de sua medicação e não por real necessidade de receber o remédio em casa.

– Excesso de papéis

O excesso de papéis é problema grave na Atenção Básica. São muitos formulários, fichas, guias e impressos, o que tira o foco do atendimento ao paciente para o preenchimento da papelada. Na consulta médica de quinze minutos, por exemplo, os profissionais relatam que cerca de cinco minutos é gasto preenchendo os impressos. A cada problema do paciente há um papel a ser preenchido, com o inconveniente de informações repetidas alimentando o mesmo sistema. Assim, além de ter que preencher impressos com informações repetidas, há a necessidade de consultar o sistema para utilização dessas mesmas informações para a elaboração de planilhas gerenciais. Dessa forma, o profissional preenche vários impressos para alimentar o sistema e, posteriormente, precisa retirar as mesmas informações do próprio sistema. Um exemplo é o dos impressos do planejamento familiar. Além de ser um formulário com muitas folhas, contém muitas informações repetidas. As informações contidas em alguns formulários, na prática, são inúteis. O profissional gasta muito tempo preenchendo papéis e ainda precisa cumprir as metas impostas pelo programa, como número de consultas, de visitas domiciliares, entre outros.

Outra questão é a falta de padronização dos papéis. Cada equipamento de saúde tem um impresso diferente para a mesma solicitação. Se o paciente passou em consulta na Assistência Médica Ambulatorial (AMA) ou no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) e o médico solicitou alguns exames que serão coletados na UBS, o paciente precisará trocar as guias de solicitações pois são diferentes de um local para outro. O paciente precisará agendar consulta na Unidade Básica, esperar até que haja vaga para, então, trocar as guias e coletar os exames. Isso gera descontentamento nos usuários, agravamento dos quadros de saúde e desrespeito aos seus direitos.

Outro questionamento dos profissionais da área está relacionado às idas e vindas dos pacientes por conta da papelada. Isso porque o regulador da AMA ou do AME não pode fazer o agendamento dos exames solicitados



É possível melhorar o fluxo e diminuir a papelada.

pelos especialistas desses locais. Os impressos da rede são diferentes de um local para outro. Se for necessário encaminhar o paciente para a rede, alguns locais possuem o impresso de referência exclusivo para aquele local. Ocorre que o paciente sai da consulta sem saber onde a regulação conseguirá vaga. Ele sai com a ficha padrão e se a vaga conseguida for para um desses locais com fichas exclusivas, ele precisará voltar a falar com o médico para realizar a troca da ficha. Além da variedade de impressos, os preenchimentos são complexos e burocráticos. Se, porventura, o profissional, por equívoco, deixou de preencher alguma informação e o paciente retornar com a guia, a caneta para completar o que faltou precisa ter a mesma tonalidade de cor. Senão, o impresso perde a validade.

– Soluções para o excesso de burocracia

- Simplificação do sistema para facilitar o atendimento e o trabalho dos profissionais.
- Padronização de impressos: o sistema municipal e estadual, as UBS, AMA, AME e rede hospitalar precisam utilizar impressos padronizados para solicitação de exames e encaminhamentos, evitando as idas e vindas dos pacientes e economizando o tempo dos profissionais.
- Otimização das planilhas e controles para que as informações sejam aproveitadas e acabe com a repetição de papéis com os mesmos dados.
- Implantação do prontuário eletrônico, assim, o paciente ao frequentar a rede, todos os profissionais terão acesso as suas informações.
- Balanceamento entre meta e papelada.

■ Sistema de saúde fragmentado e pouco resolutivo

– Fragmentação do sistema

A não integração de todas as áreas de saúde, principalmente por parte do poder público, faz com que o paciente precise ir a vários locais para conseguir ter suas necessidades atendidas. São muitos locais e com funções distintas, o que dificulta o conhecimento e entendimento de profissionais e de pacientes.

O Estado dificulta o trabalho da Atenção Básica quando veicula na mídia mensagens não totalmente claras sobre a distribuição das funções nos serviços de saúde. Essa distribuição de funções obriga o paciente a deslocar-se para conseguir atendimento. Se o paciente tem uma dor ou outra condição aguda, ele procura a Unidade Básica esperando que seu problema seja resolvido, o que nem sempre acontece. Ele pode até ser atendido; entretanto, se precisar de algum exame, precisará deslocar-se para uma UMA ou para algum Pronto Socorro. O ideal seria que o paciente conseguisse realizar todos os procedimentos em um único lugar.

A fragmentação no sistema e o desconhecimento dos pacientes quanto ao funcionamento da rede, em algumas situações, põem em descrédito a atuação do profissional. Cabe esclarecer que o sistema eletrônico de agendamento bloqueia algumas vagas nas agendas médicas, a chamada reserva técnica. Essas vagas ficam indisponíveis para a UBS, apenas a AMA consegue utilizá-las para fazer encaminhamento de pacientes que precisam dar continuidade no atendimento iniciado na própria AMA. Quando o paciente desconhece esse fluxo, julga os profissionais como se eles estivessem com má vontade no atendimento.

O fato é que o encaminhamento do paciente para a rede causa desgaste e incertezas para os profissionais.

– Lentidão no agendamento

Mais um exemplo: a lentidão no agendamento é outra barreira enfrentada pelos pacientes e profissionais da Atenção Básica. Isso ocorre basicamente por falta de profissionais para o atendimento, o que sobrecarrega os que estão atendendo e aumenta o prazo de espera do paciente. Muitos profissionais da área apontam que existe escassez de vagas para cirurgias e para especialistas como psiquiatras, ortopedistas, ginecologistas fisioterapeutas, psicólogos, entre

outros. Essa lentidão fere os direitos dos pacientes e agravam o seu quadro de saúde por falta de atendimento.

Os pacientes que precisam de reabilitação perdem o benefício proporcionado pelo início precoce da fisioterapia. Isso ocorre pela falta de um serviço de referência e pelo fato de o profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) conseguir atender poucos casos individuais. Os profissionais acabam por utilizar seu círculo de amizades pessoais para colaborar na resolução dos problemas dos pacientes. O encaminhamento de um paciente para cirurgia, por sua vez, é um caminho longo e desgastante para o paciente e para a equipe.

VOCÊ SABIA?

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Alguns pacientes esperam meses para

conseguir o agendamento e quando conseguem, alguns detalhes impedem sua realização.

A demora no agendamento ocorre, também, para exames. Um agendamento de um ultrassom pode demorar até dez meses. Isso acarreta em demora no diagnóstico e agravamento do quadro clínico do paciente. A longa fila de espera para agendamento com especialistas, exames e cirurgias transforma-se em alguns casos na 'lista de espera mortal', pois o agendamento demora tanto tempo que, ao acontecer, o paciente já foi a óbito. Algumas vezes, quando o agendamento ocorre, é para um local muito distante e de difícil acesso para o paciente, que não deveriam precisar atravessar a cidade para conseguir atendimento especializado.

– Alterações nos programas devido a mudanças políticas

Outra questão lembrada pelos profissionais acerca do respeito aos direitos dos pacientes na Atenção Básica está relacionada a alterações de programas devido a mudanças políticas, especialmente pela alternância de partido no poder ou devido diferenças partidárias nos três níveis de poder. Foi citado, por exemplo, a implantação do programa de atendimento a gestantes. O Governo Federal, de um determinado partido, oficializou como

‘Rede Cegonha’, enquanto que o Governo Municipal, à época de outro partido, chamou de ‘Mãe Paulistana’. A aplicabilidade é muito semelhante mas, por serem partidos políticos diferentes, recebem nomes diferentes. Com a posterior troca do Governo Municipal, o programa começou a ser tratado, também, como ‘Rede Cegonha’. As mudanças dos nomes dos programas dificultam o seu entendimento e aplicação. A nomenclatura diferente causa mal-entendido nos pacientes pois, quando constatarem que um serviço é oferecido em uma área e não em outras, sentem seus direitos desrespeitados. Porém, algumas vezes, o serviço é oferecido, só que com outro nome.



A complexidade dos fluxos atrasa o diagnóstico e agrava o estado da doença do paciente, ferindo diversos dos seus direitos.

– Falta de autonomia do médico da Atenção Básica

Ainda outro ponto a destacar: a capacidade do médico da Atenção Básica de tomar algumas decisões fica comprometida pelo excesso de burocracia e por fluxos complicados que atrasam a resolução dos problemas de forma efetiva. Isso ocorre, especialmente, na solicitação de exames complementares e encaminhamento para algumas especialidades. O médico de família não pode solicitar alguns tipos de exame para seus pacientes, mesmo que julgue necessário e que saiba interpretá-lo. Nem sempre o médico que atende na Estratégia Saúde da Família é generalista; muitas vezes, possui alguma especialidade e atuou ou ainda atua nessa área mas fora da Saúde da Família. Entretanto, alguns exames não podem ser solicitados por eles, apenas pelos especialistas. O encaminhamento para subespecialidades também acontece com fluxo complicado. Há casos de necessidades evidentes, em que o próprio médico de família poderia encaminhar, mas é impedido pelas normas do programa.

– Soluções para a fragmentação do sistema de saúde

- Otimização do tempo. Quando o profissional não conseguir resolver o problema, direcionar o paciente para o local adequado, o mais rápido possível.
- Comunicação efetiva entre os níveis da rede de atenção à saúde.
- Concessão de autonomia aos profissionais médicos da Atenção Básica.
- Regionalização dos serviços. Oferecer o atendimento de especialistas e realização de exames complementares para mais perto do domicílio do paciente e aumentar o número desses postos de atendimento.
- Ampliação do número de especialistas na rede, tais como fisioterapeutas, psicólogos, psiquiatras, ginecologistas, entre outros.
- Implantação do prontuário eletrônico. Isso agiliza o processo de comunicação e evita a perda de prontuário de papel.
- Otimização do sistema de referência e contra referência.
- Possibilidade de o médico da ESF encaminhar o paciente para subespecialidades.
- Ampliação da estrutura física e da capacidade de atendimento das unidades para desafogar a demanda.
- Facilitação de encaminhamentos. As AMA deveriam encaminhar direto para especialistas, caso seja necessário, sem que o paciente precise retornar para a Unidade Básica e agendar nova consulta.

■ **Problemas relacionados à alfabetização**

O analfabetismo prejudica a melhoria nas condições de saúde da população. Alguns pacientes não sabem ler e nem ver as horas e isso os impedem de obter mais informações através da leitura ou, até mesmo, de tomar suas medicações nas doses e horários corretos. O analfabetismo é uma forma de exclusão social. Outra questão é o analfabetismo funcional: o profissional investe tempo na orientação do paciente mas ele não consegue compreender o que o profissional está explicando.

– **Soluções para os problemas relacionados à alfabetização**

- Remuneração e condições de trabalho dignas para os professores da educação básica.
- Simplificação do atendimento na Unidade Básica.
- Implantação de fluxos claros. As rotinas tornam o atendimento mais fácil.
- Comunicação com o paciente de forma mais clara e em linguagem compreensível.

■ **Deficiências na educação em saúde**

A Estratégia Saúde da Família, segundo os profissionais da Atenção Básica, é um espaço para que a equipe, especialmente médicos e enfermeiros, exerça atividade educativa. Entretanto, na prática, isso não acontece como deveria. É necessário desenvolver ações educativas para o paciente. Se o profissional conseguir, na sua prática, estabelecer e fortalecer o vínculo ideal para a Atenção Básica, conseguirá estabelecer diagnósticos de necessidades em saúde, em sua área de abrangência. Assim, conseguirá realizar ações adequadas para a população e que atendam às necessidades e direitos do paciente.

Uma questão relacionada à atuação dos profissionais é conseguir encaixar as ações educativas dentro da sua prática diária. O tempo é escasso para todas as suas atribuições e atividades que deveriam ser educativas,

tais como as desenvolvidas nos grupos, que acabam destinados para outras finalidades.

– Grupos educativos são ‘tapa-buracos’ da agenda

Importante destacar que uma ferramenta educativa na Atenção Básica são os grupos. Acontece que, muitas vezes, os grupos são destinados a serem válvulas de escape para a superlotação das agendas. Apesar do modelo praticado para a realização de alguns grupos não ser o ideal, os profissionais acreditam que um adequado trabalho de grupo é a solução inicial para melhorar a educação em saúde. Uma forma encontrada para conseguir, ao menos alguns momentos educativos, é utilizar de 10 a 15 minutos dos grupos de pequenas queixas para informar os pacientes sobre formas de prevenir algumas doenças, sobre tratamentos, questões relacionadas ao estilo de vida e sobre o funcionamento do SUS e da Unidade.



Os grupos devem ser uma ferramenta educativa na Atenção Básica

– Formação inespecífica dos profissionais

Não é exigência da Estratégia de Saúde da Família a contratação de profissionais especializados em Saúde da Família. Entretanto, é necessário que, ao assumirem seu posto na Estratégia, os trabalhadores recebam capacitação adequada, iniciando pelas questões elementares até as mais complexas. Ocorre, também, que os profissionais vão aprendendo com colegas mais antigos e através de estudo individual. O programa de capacitação deveria acontecer na entrada do profissional na ESF. A educação em saúde precisa iniciar no profissional e estender-se para os pacientes. Dessa forma, assegura-se ao paciente o direito à educação em saúde.

– Soluções para as deficiências na educação em saúde

- Capacitação imediata, através do Momento 1, dos profissionais admitidos na ESF.
- Educação permanente dos profissionais, garantindo que o Momento 2 aconteça.
- Redução da rotatividade de profissionais da ESF. Com a fidelização aprofunda-se o conhecimento sobre a Estratégia e sobre os direitos dos pacientes.
- Ampliação do número de profissionais atendendo na UBS para evitar a demanda reprimida. Assim, os grupos educativos poderão exercer a sua função.
- Orientação do paciente quanto ao funcionamento do sistema.
- Inserção de temas que os pacientes apresentem dúvidas nos grupos educativos.

■ Problemas relacionados à informação

Há diversos problemas relacionados à desinformação dos trabalhadores da saúde e dos pacientes: a desinformação quanto ao funcionamento e rotinas do SUS e a veiculação, pelo Ministério da Saúde, de informações incompletas na mídia. Isso gera transtorno, desgaste e desrespeito aos direitos dos pacientes.

– Desinformação quanto ao SUS

Há desinformação sobre os serviços que são oferecidos pelo SUS, das suas rotinas e fluxos, tanto por parte dos pacientes como dos profissionais. Algumas vezes, o paciente conhece algumas informações, mas demonstra desconhecer para alcançar benefícios. O usuário bem informado melhora o fluxo e deixa o trabalho mais tranquilo. O contrário disso, dificulta o processo.

O trabalho de informação do paciente deve iniciar fazendo-o compreender que a UBS é a porta de entrada, é a que proporciona acesso ao



É dever da equipe prestar informações claras e uniformes, independentemente da função de cada um.

SUS mas que não atenderá todas as necessidades do paciente: algumas delas precisarão ser encaminhadas para outros pontos da rede de atenção. O paciente que não possui essa informação sente-se desrespeitado em seus direitos e descredita no empenho dos profissionais em atender suas necessidades.

Ressalta-se novamente o importante papel dos ATA da recepção na tarefa de transmitir informações claras e uniformes para o paciente. Se um paciente chegar no balcão de atendimento e disser que quer agendar uma consulta, o ATA não pode simplesmente dizer que não há vaga. Ele precisa, no mínimo, perguntar para quem é a consulta. Algumas consultas da agenda médica são destinadas para fins específicos, por exemplo, pré-natal e puericultura. Se o ATA deduz que a consulta é para adulto e apenas informa que não há vaga, poderá estar dispensando um usuário que queira agendar consulta para um recém-nascido, que tem vaga reservada exclusivamente para esse grupo. Outra fonte de informações para o paciente é a mídia. Entretanto, nem sempre as informações veiculadas colaboram para o bom funcionamento da Atenção Básica.

– Veiculação de informações incorretas na mídia

Em relação à mídia, há veiculação de propagandas que não traduzem a realidade e que, na prática, não acontecem como foi informada na televisão. Citamos as veiculações de incentivo à utilização das Unidades Básicas de Saúde e divulgação de programas como Remédio em Casa, Pílula do Dia Seguinte e Brasil Sorridente.

Fruto da campanha intitulada “A saúde está mais perto de você: procure uma Unidade Básica de Saúde – ela está preparada para realizar a maior parte dos atendimentos em saúde”, a procura por atendimento aumentou abruptamente, ainda mais pelo fato da propaganda informar que a UBS está preparada para realizar a maior parte dos atendimentos. Os pacientes que mais procuraram foram aqueles com demandas reprimidas, tais como consultas com especialistas, exames complementares, necessidade de medicação de alto custo e aqueles que aguardavam cirurgias - necessidades que

não são atendidas em uma UBS. Esse ocorrido sobrecarregou as unidades e frustrou muitos pacientes.

No caso do Remédio em Casa, a propaganda veiculou que o paciente teria o direito de receber os medicamentos em casa, porém não deixou claro quais os medicamentos. Após a divulgação, vários pacientes que usam medicações não contempladas pelo programa, procuraram a UBS para requerer o seu direito.

Informações incompletas foram veiculadas, também quanto à utilização da pílula do dia seguinte. Não ficou claro na propaganda que a usuária que necessitasse desse método precisaria da receita médica para retirar a medicação. Muitas mulheres foram diretamente no balcão de atendimento da farmácia e não puderam retirar sem pedido médico. Outra experiência foi em relação ao Brasil Sorridente. Foi veiculado que o paciente teria direito de receber cuidados para sua saúde bucal, mas não esclareceu quais eram os cuidados. Os tratamentos especializados são realizados pelos Centros de Especialidades Odontológicas, que não estão presentes em todos os municípios.

– Soluções para os problemas relacionados a informações

- Divulgação das funções de cada profissional para os colegas. Isso otimizará o fornecimento de informações para o paciente.
- Comunicação entre os profissionais e os pacientes de forma simples e compreensível.
- Elaboração e coordenação, pelo gerente da UBS, de fluxos e rotinas.
- Informação para os pacientes sobre o funcionamento do SUS, da ESF e da UBS sobre os fluxos de atendimento da rede.
- Conscientização do paciente quanto aos seus direitos e deveres.
- Diminuição da rotatividade dos profissionais nas equipes visando a manutenção e fortalecimento de vínculo com a comunidade.
- Veiculação de informações claras e realistas sobre os programas oferecidos pela UBS.

■ Falhas no sistema e programas de saúde

Existe diferença entre o SUS e a ESF da diretriz governamental e a prática no dia a dia. Algumas características essenciais estão sendo perdidas. Um ponto crucial para o não atendimento das diretrizes da ESF é a rotatividade dos profissionais, que quebra o vínculo, essencial na Atenção Básica. Os atendimentos conjuntos entre o médico e a enfermeira estão sendo extintos e a participação de todos os profissionais nas reuniões de equipe tem sido prejudicada devido às rotinas extenuantes e o excesso de burocracia a ser cumprida. A sobrecarga da equipe acontece, também, pela atribuição inadequada de tarefas: atualmente, a UBS é responsável por realizar a atualização do cadastro do Bolsa-Família, algo que deveria ser feito nos Centros de Referência de Assistência Assistencial. Atribuições como essa tomam tempo e sobrecarregam os trabalhadores da Atenção Básica.



Para saber mais

Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf

Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm

Declaração Universal dos Direitos do Homem – DUDH. Organização das Nações Unidas, 1948.

http://www.onubrasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, 2005.

<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>

Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências.

<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1999/lei-10241-17.03.1999.html>

Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm

Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm

Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde: Brasília, 2012

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

ANEXO 1

LEI Nº 10.241, DE 17 DE MARÇO DE 1999

Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado

ARTIGO 1º - A prestação dos serviços e ações de saúde aos usuários, de qualquer natureza ou condição, no âmbito do Estado de São Paulo, será universal e igualitária, nos termos do artigo 2º da Lei Complementar n. 791, de 9 de março de 1995.

Artigo 2º - São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:

I - ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;

II - ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome;

III - não ser identificado ou tratado por:

a) números;

b) códigos; ou

c) de modo genérico, desrespeitoso, ou preconceituoso;

IV - ter resguardado o segredo sobre seus dados pessoais, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública;

V - poder identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente por sua assistência, através de crachás visíveis, legíveis e que contenham:

a) nome completo;

b) função;

c) cargo; e

d) nome da instituição;

VI - receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre:

a) hipóteses diagnósticas;

b) diagnósticos realizados;

c) exames solicitados;

d) ações terapêuticas;

e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;

f) duração prevista do tratamento proposto;

g) no caso de procedimentos de diagnósticos e terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e conseqüências indesejáveis e a duração esperada do procedimento;

h) exames e condutas a que será submetido;

i) a finalidade dos materiais coletados para exame;

j) alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço de atendimento ou em outros serviços; e

l) o que julgar necessário;

VII - consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados;

VIII - acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico, nos termos do artigo 3. da Lei Complementar n. 791, de 9 de março de 1995;

IX - receber por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o seu número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão;

X - vetado

XI - receber as receitas:

a) com o nome genérico das substâncias prescritas;

b) datilografadas ou em caligrafia legível;

c) sem a utilização de códigos ou abreviaturas;

d) com o nome do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão; e

e) com assinatura do profissional;
XII - conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestaram a origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;
XIII - ter anotado em seu prontuário, principalmente se inconsciente durante o atendimento:
a) todas as medicações, com suas dosagens, utilizadas; e
b) registro da quantidade de sangue recebida e dos dados que permitam identificar a sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;
XIV - ter assegurado, durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e na satisfação de suas necessidades fisiológicas:
a) a sua integridade física;
b) a privacidade;
c) a individualidade;
d) o respeito aos seus valores éticos e culturais;
e) a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal; e
f) a segurança do procedimento;
XV - ser acompanhado, se assim o desejar, nas consultas e internações por pessoa por ele indicada;
XVI - ter a presença do pai nos exames pré-natais e no momento do parto;
XVII - vetado;
XVIII - receber do profissional adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria do conforto e bem estar;
XIX - ter um local digno e adequado para o atendimento;
XX - receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa;

XXI - ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa;
XXII - receber anestesia em todas as situações indicadas;
XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida; e
XXIV - optar pelo local de morte.
§ 1º - A criança, ao ser internada, terá em seu prontuário a relação das pessoas que poderão acompanhá-la integralmente durante o período de internação.
§ 2º - A internação psiquiátrica observará o disposto na Seção III do Capítulo IV do Título I da Segunda Parte da Lei Complementar n. 791, de 9 de março de 1995.

ARTIGO 3º - Vetado

ARTIGO 4º - Vetado:

ARTIGO 5º - Vetado.

ARTIGO 6º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes,
17 de março de 1999.

Mário Covas
Governador do Estado

ANEXO 2

Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

ELABORADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM CONSENSO COM OS GOVERNOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS E COM O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Considerando o art. 196 da Constituição Federal, que garante o acesso universal e igualitário a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde. Considerando a necessidade de promover mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite apresentam a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e convidam todos os gestores, profissionais de saúde, organizações civis, instituições e pessoas interessadas para que promovam o respeito destes direitos e assegurem seu reconhecimento efetivo e sua aplicação.

O PRIMEIRO PRINCÍPIO assegura ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz.

Todos os cidadãos têm direito ao acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde promovidos pelo Sistema Único de Saúde:

- I. O acesso se dará prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica próximos ao local de moradia.
- II. Nas situações de urgência/emergência, o atendimento se dará de forma incondicional, em qualquer unidade do sistema.
- III. Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuá-

rio em condições seguras, que não implique maiores danos, para um estabelecimento de saúde com capacidade para recebê-lo.

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.

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.

VI. As informações sobre os serviços de saúde contendo critérios de acesso, endereços, telefones, horários de funcionamento, nome e horário de trabalho dos profissionais das equipes assistenciais devem estar disponíveis aos cidadãos nos locais onde a assistência

é prestada e nos espaços de controle social.

VII. O acesso de que trata o caput inclui as ações de proteção e prevenção relativas a riscos e agravos à saúde e ao meio ambiente, as devidas informações relativas às ações de vigilância sanitária e epidemiológica e os determinantes da saúde individual e coletiva.

VIII. A 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.

O SEGUNDO PRINCÍPIO assegura ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados.

É direito dos cidadãos ter atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário, tendo garantidos:

I. Atendimento com presteza, tecnologia apropriada e condições de trabalho adequa-

das para os profissionais da saúde.

II. 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.

III. Registro em seu prontuário, entre outras, das seguintes informações, de modo legível e atualizado:

- a) motivo do atendimento e/ou internação, dados de observação clínica, evolução clínica, prescrição terapêutica, avaliações da equipe multiprofissional, procedimentos e cuidados de enfermagem e, quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos;

b) registro da quantidade de sangue recebida e dados que permitam identificar sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

c) identificação do responsável pelas anotações.

IV. 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.

V. O recebimento das receitas e prescrições terapêuticas, que devem conter:

a) o nome genérico das substâncias prescritas;

b) clara indicação da posologia e dosagem;

c) escrita impressa, datilografadas ou digitadas, ou em caligrafia legível;

d) textos sem códigos ou abreviaturas;

e) o nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão;

f) a assinatura do profissional e data.

VI. O acesso à continuidade da atenção com o apoio domiciliar, quando pertinente, treinamento em autocuidado que maximize sua autonomia ou acompanhamento em centros de reabilitação psicossocial ou em serviços de menor ou maior complexidade assistencial.

VII. Encaminhamentos para outras unidades de saúde, observando:

a) caligrafia legível ou datilografados/digitados ou por meio eletrônico;

b) resumo da história clínica, hipóteses diagnósticas, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento;

c) a não utilização de códigos ou abreviaturas;

d) nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão, assinado e datado;

e) identificação da unidade de referência e da unidade referenciada.

O TERCEIRO PRINCÍPIO assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável.

É direito dos cidadãos atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação 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, garantindo-lhes:

I. 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.

II. Profissionais que se responsabilizem por sua atenção, identificados por meio de crachás visíveis, legíveis ou por outras formas de identificação de fácil percepção.

III. 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.

IV. O direito ao acompanhamento por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações, no momento do pré-parto, parto e pós-parto e em todas as situações previstas em lei (criança, adolescente, pessoas vivendo com deficiências ou idoso). Nas demais situações, ter direito a acompanhante e/ou visita diária, não inferior a duas horas durante as internações, ressalvadas as situações técnicas não indicadas.

V. Se criança ou adolescente, em casos de internação, continuidade das atividades escolares, bem como desfrutar de alguma forma de recreação.

VI. A informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, considerando as evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha.

VII. A opção pelo local de morte.

VIII. O recebimento, quando internado, de visita de médico de sua referência, que não pertença àquela unidade hospitalar, sendo facultado a esse profissional o acesso ao prontuário.

O QUARTO PRINCÍPIO assegura ao cidadão o atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento.

O respeito à cidadania no Sistema de Saúde deve ainda observar os seguintes direitos:

I. Escolher o tipo de plano de saúde que melhor lhe convier, de acordo com as exi-

gências mínimas constantes na legislação, e ter sido informado pela operadora da existência e disponibilidade do plano referência.

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.

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.

IV. Recebimento de laudo médico, quando solicitar.

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.

VI. Não ser submetido a nenhum exame, sem conhecimento e consentimento, nos locais de trabalho (pré-admissionais ou periódicos), nos estabelecimentos prisionais e de ensino, públicos ou privados.

VII. A indicação de um representante legal de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia.

VIII. Receber ou recusar assistência religiosa, psicológica e social.

IX. Ter liberdade de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional

ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados, em qualquer fase do tratamento.

X. Ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, decidindo de forma livre e esclarecida, sobre sua participação.

XI. Saber o nome dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde, bem como dos gerentes e/ou diretores e gestor responsável pelo serviço.

XII. Ter acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores e às gerências das unidades prestadoras de serviços de saúde e às ouvidorias, sendo respeitada a privacidade, o sigilo e a confidencialidade.

XIII. Participar dos processos de indicação e/ou eleição de seus representantes nas conferências, nos conselhos nacional, estadual, do Distrito Federal, municipal e regional ou distrital de saúde e conselhos gestores de serviços.

O QUINTO PRINCÍPIO assegura as responsabilidades que o cidadão também deve ter para que seu tratamento aconteça de forma adequada.

Todo cidadão deve se comprometer a:

I. Prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas interações sobre queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos e/ou drogas, reações alérgicas e demais indicadores de sua situação de saúde.

II. Manifestar a compreensão sobre as informações e/ou orientações recebidas e,

caso subsistam dúvidas, solicitar esclarecimentos sobre elas.

III. Seguir o plano de tratamento recomendado pelo profissional e pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, se compreendido e aceito, participando ativamente do projeto terapêutico.

IV. Informar ao profissional de saúde e/ou à equipe responsável sobre qualquer mudança inesperada de sua condição de saúde.

V. Assumir responsabilidades pela recusa a procedimentos ou tratamentos recomendados e pela inobservância das orientações fornecidas pela equipe de saúde.

VI. Contribuir para o bem-estar de todos que circulam no ambiente de saúde, evitando principalmente ruídos, uso de fumo, derivados do tabaco e bebidas alcoólicas, colaborando com a limpeza do ambiente.

VII. Adotar comportamento respeitoso e cordial com os demais usuários e trabalhadores da saúde.

VIII. Ter sempre disponíveis para apresentação seus documentos e resultados de exames que permanecem em seu poder.

IX. Observar e cumprir o estatuto, o regimento geral ou outros regulamentos do espaço de saúde, desde que estejam em consonância com esta carta.

X. Atentar para situações da sua vida cotidiana em que sua saúde esteja em risco e as possibilidades de redução da vulnerabilidade ao adoecimento.

XI. Comunicar aos serviços de saúde ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e à oferta de produtos e serviços que afetem a saúde em ambientes públicos e privados.

XII. Participar de eventos de promoção de saúde e desenvolver hábitos e atitudes saudáveis que melhorem a qualidade de vida.

O SEXTO PRINCÍPIO assegura o comprometimento dos gestores para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Os gestores do SUS, das três esferas de governo, para observância desses princípios, se comprometem a:

I. Promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres com a adoção de medidas progressivas para sua efetivação.

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.

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

IV. Promover atualizações necessárias nos regimentos e estatutos dos serviços de saúde, adequando-os a esta carta.

V. Adotar formas para o cumprimento efetivo da legislação e normatizações do sistema de saúde.

I – RESPONSABILIDADE PELA SAÚDE DO CIDADÃO

Compete ao município “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado, serviços de atendimento à saúde da população” – Constituição da República Federativa do Brasil, art. 30, item VII.

II – RESPONSABILIDADES PELA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

A. DOS GOVERNOS MUNICIPAIS E DO DISTRITO FEDERAL:

1 – Gerenciar e executar os serviços públicos de saúde.

2 – Celebrar contratos com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como avaliar sua execução.

3 – Participar do planejamento, programação e organização do SUS em articulação com o gestor estadual.

4 – Executar serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador.

5 – Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros.

6 – Celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, assim como controlar e avaliar sua execução.

7 – Participar do financiamento e garantir o fornecimento de medicamentos básicos.

B. DOS GOVERNOS ESTADUAIS E DO DISTRITO FEDERAL:

- 1 – Acompanhar, controlar e avaliar as redes assistenciais do SUS.
- 2 – Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios.
- 3 – Executar diretamente ações e serviços de saúde na rede própria.
- 4 – Gerir sistemas públicos de alta complexidade de referência estadual e regional.
- 5 – Acompanhar, avaliar e divulgar os seus indicadores de morbidade e mortalidade.
- 6 – Participar do financiamento da assistência farmacêutica básica e adquirir e distribuir os medicamentos de alto custo em parceria com o governo federal.
- 7 – Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição e saúde do trabalhador.
- 8 – Implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados juntamente com a União e municípios.
- 9 – Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros.

C. DO GOVERNO FEDERAL:

- 1 – Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, municípios e Distrito Federal.
- 2 – Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde.
- 3 – Formular, avaliar e apoiar políticas nacionais no campo da saúde.
- 4 – Definir e coordenar os sistemas de redes integradas de alta complexidade de rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância sanitária e epidemiológica.
- 5 – Estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras em parceria com estados e municípios.
- 6 – Participar do financiamento da assistência farmacêutica básica e adquirir e distribuir para os estados os medicamentos de alto custo.
- 7 – Implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados juntamente com estados e municípios.
- 8 – Participar na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e relativas às condições e aos ambientes de trabalho.
- 9 – Elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde.
- 10 – Auditar, acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.



