

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS

LICENCIATURA EM DIREITO

**FACTORES DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS DOS UTENTES NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE. ESTUDO REALIZADO NO HOSPITAL
MUNICIPAL DO CUIMBA/ZAIRE, NO PERÍODO DE 2022-2023.**

Autor: José Kamalandua Francisco

Orientador: Prof. Nelson dos Santos, Lic.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS

LICENCIATURA EM DIREITO

**FACTORES DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS DOS UTENTES NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE. ESTUDO REALIZADO NO HOSPITAL
MUNICIPAL DO CUIIMBA/ZAIRE, NO PERÍODO DE 2022-2023.**

O trabalho do fim Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola, como requisito para elaboração do Trabalho de Fim do Curso, sob orientação do professor Nelson dos Santos, Lic.

Autor: José Kamalandua Francisco

Orientador: Prof. Nelson dos Santos, Lic.

Luanda, 2024

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E
HUMANAS**

LICENCIATURA EM DIREITO

FOLHA DE APROVAÇÃO

**FACTORES DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS DOS UTENTES NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE. ESTUDO REALIZADO NO HOSPITAL
MUNICIPAL DO CUIMBA/ZAIRE, NO PERÍODO DE 2022-2023.**

O JÚRI

Presidente _____

1º Vogal _____

2º Vogal _____

Secretário _____

Classificação: _____

Data _____ / _____ / _____

DEDICATÓRIA

Graça Laina. Através de você resumo todo o meu carinho a todos aqueles e aquelas que apoiaram neste percurso de cinco anos” ou foram obrigados a arcar com o que tem de negativo, conviver com alguém nessas circunstâncias.

AGRADECIMENTOS

Neste momento relevante da minha carreira, desejo agradecer a algumas pessoas que, de alguma forma tiveram influência neste novo momento da minha formação:

A Deus sempre presente em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, por me darem sempre apoio incondicional e o carinho tão precioso que é desde sempre a melhor dádiva para mim e não posso desejar por mais.

À minha irmã, por estar ao meu lado, pela compreensão, incentivo e amor imensuráveis em todos os momentos.

Ao Daniel Mbala, Mamona Mbole, Marques Manzanbi, Nhamba F. Pedro, João Pedro Toko e Pedro Manzambi pela amizade demonstrada, por toda a disponibilidade, incentivo, estímulo, colaboração e atenção dispensadas para que a realização deste trabalho fosse possível.

À , Decelina Leya a minha fonte de felicidade e o meu refúgio, pelo compartilhar de todas as alegrias e adversidades, levando a que me nunca sinta sozinha.

Ao professor Nelson dos Santos, orientador da minha monografia, pelos seus excelentes ensinamentos, ilustres conselhos e disponibilidade oferecida ao longo da elaboração desse estudo, contribuindo significativamente para a minha formação académica. Àqueles que me ajudam, desde sempre, e têm confiança em mim.

À Direção do Hospital Municipal do Cuimba, por ter permitido a realização da pesquisa.

EPÍGRAFE

“A verdade medida de um sistema de saúde não está apenas na excelência técnica, mas na maneira como ele respeita, protege e promove os direitos dos utentes”.

Sir Liam Donaldson (2015)

RESUMO

O presente trabalho de fim de curso visa abordar sobre os Factores de Violação de Direitos dos Utentes nos Serviços de Saúde no Município/Cuimba, no período entre 2022-2023. As estatísticas recolhidas a partir de registos do Hospital Municipal/Cuimba permitiu-nos aferir a ocorrência de vários casos de violação de direitos dos pacientes neste hospital. O mesmo foi motivado por uma pergunta de partida: Quais são os fatores de violação dos direitos dos utentes nos serviços de saúde? Cujas hipóteses foram: H1: A falta de punição é o factor de violação dos direitos dos utentes nos serviços de saúde; H2: Descumprimento dos padrões éticos e de qualidade são fatores de violação dos direitos dos utentes nos serviços de saúde; H3: A formação deficiente dos profissionais de saúde é o factor de violação dos direitos dos utentes nos serviços de saúde; Por outro lado, nos propusemos alcançar o seguinte objectivo geral: Conhecer os fatores de violação dos direitos dos utentes nos serviços de saúde. Para que os objetivos da pesquisa fossem alcançados utilizou-se o método teórico, estatístico, empírico. O tipo de pesquisa foi a descritiva, com modelo de abordagem quali-quantitativa. A população foi composta por 60 indivíduos e uma amostra de 15 indivíduos entre enfermeiros e utentes. Os resultados da pesquisa permitiram confirmar a hipótese nº1 segundo a qual a violação dos direitos dos pacientes no hospital municipal do Cuimba deve-se a falta de punição dos profissionais de saúde. Daí, ser necessário pautar-se pela cultura de responsabilização e eliminar o sentimento de impunidade.

Palavras-chave: Fatores, Violação, Direitos, Utentes, Serviços de Saúde

ABSTRACT

This final course work aims to address the Factors of Violation of Users' Rights in Health Services in the Municipality/Cuimba, in the period between 2022-2023. Statistics collected from records at Hospital Municipal/Cuimba allowed us to assess the occurrence of several cases of violation of patients' rights in this hospital. It was motivated by a starting question: What are the factors that violate users' rights in health services? The hypotheses were: H1: The lack of punishment is the factor in the violation of users' rights in health services; H2: Failure to comply with ethical and quality standards are factors in violating users' rights in health services; H3: Poor training of health professionals is a factor in violating users' rights in health services; On the other hand, we set out to achieve the following general objective: To understand the factors that violate users' rights in health services. In order for the research objectives to be achieved, the theoretical, statistical and empirical method was used. The type of research was descriptive, with a qualitative-quantitative approach model. The population was made up of 60 individuals and a sample of 15 individuals including nurses and users. The research results allowed us to confirm hypothesis nº1 according to which the violation of patients' rights at the Cuimba municipal hospital is due to the lack of punishment of health professionals. Hence, it is necessary to be guided by a culture of accountability and eliminate the feeling of impunity.

Key words: Factors, Violation, Rights, Users, Health Services.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1- Demonstração da população e da amostra alvos da pesquisa por sexos.....	37
Tabela nº 2- Será que a ausência de medidas de rigor que responsabilizam os profissionais de saúde, leva a violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde	39
Tabela nº 3- O incumprimento de padrões éticos e deontológico desencadeia a violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde.....	40
Tabela nº 4- A formação deficiente dos profissionais de saúde, leva a violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde.....	41
Tabela nº 5- Será que os profissionais de saúde possuem conhecimento adequado sobre os direitos e deveres dos utentes nos serviços de saúde.....	42
Tabela nº 6- Será que todos utentes são tratados do mesmo jeito.....	43
Tabela nº 7- Quais são os factores que leva os profissionais de saúde a violar os direitos dos utentes nos serviços de saúde	44
Tabela nº 8- Será que os utentes têm acesso a mecanismos eficazes para registrar reclamações, denunciar violações de direitos e buscar reparação.....	45
Tabela nº 9- Será que existem processos de mediação ou resolução de conflitos para tratar de violações dos direitos dos utentes	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1- Demonstração da população e da amostra alvos da pesquisa por sexos.....	37
Gráfico nº 2- Será que a ausência de medidas de rigor que responsabilizam os profissionais de saúde, leva a violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde	39
Gráfico nº 3- O incumprimento de padrões éticos e deontológico desencadeia a violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde.....	40
Gráfico nº 4- A formação deficiente dos profissionais de saúde, leva a violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde.....	41
Gráfico nº 5- Será que os profissionais de saúde possuem conhecimento adequado sobre os direitos e deveres dos utentes nos serviços de saúde.....	42
Gráfico nº 6- Será que todos utentes são tratados do mesmo jeito.....	43
Gráfico nº 7- Quais são os factores que leva os profissionais de saúde a violar os direitos dos utentes nos serviços de saúde	44
Gráfico nº 8- Será que os utentes têm acesso a mecanismos eficazes para registrar reclamações, denunciar violações de direitos e buscar reparação.....	45
Gráfico nº 9- Será que existem processos de mediação ou resolução de conflitos para tratar de violações dos direitos dos utentes	46

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
1.1. Definição de Termos e Conceitos	6
1.2. Comunicação em saúde.....	8
1.2.2. Transmissão de informação pelos técnicos de saúde	9
1.2.3. Atitudes dos técnicos de saúde e dos utentes em relação à comunicação	10
1.2.4. Consequências dos problemas de comunicação entre os técnicos de saúde e os utentes.....	11
1.3 Privacidade e confidencialidade	11
1.3.1. Natureza da confidencialidade no contexto assistencial: do segredo à confiança	13
1.3.2 Privacidade e confidencialidade como pressupostos da relação clínica: a confiança.....	14
1.3.3. Limites éticos para a quebra da confidencialidade	15
1.4. Consentimento informado e participação do utente	17
1.4.1 Divisão Classificativa de “Consentimentos”	18
1.4.2 Elementos Constitutivos do Consentimento	19
1.4.3 Competência	21
1.4.4 Comunicação	22
1.4.5 Compreensão	22
1.4.6 Voluntariedade	24
1.4.7. Consentimento	24
1.5. Enquadramento Jurídico	26
1.5.1. Direitos dos Pacientes e Autonomia na Tomada de Decisões	29
1.5.2. Desigualdades em Saúde	30
1.5.3. Causas das Desigualdades em Saúde.....	30
1.5.4. Políticas de Saúde Pública para Redução das Desigualdades	

1.5.5. Papel dos Profissionais de Saúde na Redução das Desigualdades	31
1.5.6. Discriminação em Saúde	31
CAPITULO II. METODOLOGIA DE PESQUISA.....	31
2.1. Tipo de pesquisa	31
2.2. Modelo de Abordagem	32
2.3. Níveis de estruturação dos métodos	32
2.4. Técnica de Colecta de Dados	34
2.5. Instrumento e procedimento de colecta de dados.....	35
2.6. População e Amostra	36
2.7. Dificuldades encontradas	38
CAPITULO III. RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
3.1. Apresentação e Interpretação dos Dados	39
3.2. Discussão dos resultados.....	47
CONCLUSÃO	49
SUGESTÕES.....	50
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	51
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho vai realçar sobre os Factores de violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde, estudo realizado no Hospital municipal do Cuimba/Zaire. No período de 2022/223. Cujá finalidade é a conclusão na realização do trabalho de fim de curso, de licenciatura em Direito no Instituto Superior de Angola (ISA).

A violação dos direitos dos pacientes nos serviços de saúde é uma preocupação urgente que demanda a atenção de todos os envolvidos na área da saúde. Queremos aqui destacar a importância de compreender os fatores que contribuem para a violação desses direitos e buscar soluções eficazes.

É essencial considerar que a violação dos direitos dos pacientes não se restringe a ações isoladas, mas é influenciada por uma série de fatores interconectados.

Esses factores vão desde aspectos estruturais e organizacionais dos serviços de saúde até questões relacionadas à formação e conduta dos profissionais. Relatos de violação dos direitos dos pacientes têm sido documentados em diversas partes do mundo e em Angola particularmente.

Nos serviços de saúde, é fundamental garantir que os direitos dos pacientes sejam respeitados e protegidos. No entanto, infelizmente, a violação desses direitos ainda é uma realidade em muitos contextos. A violação dos direitos dos pacientes pode ocorrer de várias formas, e é importante compreender os factores que contribuem para essa situação.

Exploremos os factores que podem levar à violação dos direitos dos pacientes nos serviços de saúde. Esses fatores abrangem desde questões estruturais e organizacionais até aspectos relacionados ao atendimento individualizado prestado pelos profissionais de saúde. Ao compreender esses fatores, podemos buscar soluções e implementar medidas eficazes para prevenir e combater a violação dos direitos dos pacientes

Entre os factores identificados, destacam-se ausência de medidas de rigor que responsabilizam os profissionais de saúde, Incumprimento de padrões éticos e deontológico, formação deficiente dos profissionais de saúde.

Problemática

“Problema é uma dificuldade, teórica ou prática, no conhecimento de alguma coisa de real importância, para qual se deve encontrar uma solução, devendo especifica-la de forma precisa e exata. (Quissua 2019, p. 26).

O problema identificado está relacionado aos factores que levam à violação dos direitos dos utentes nos serviços de saúde. A violação dos direitos dos utentes é uma questão séria e preocupante, pois afecta diretamente a qualidade e a segurança do atendimento prestado. É fundamental que as instituições de saúde estejam atentos com esses factores e adoptem medidas para prevenir e combater a violação dos direitos dos utentes. Isso inclui a capacitação dos profissionais, a melhoria da infraestrutura, a promoção da participação activa dos utentes, o respeito à privacidade e confidencialidade, e a busca por uma abordagem mais humanizada e centrada no paciente. Com esta situação, preocupamo-nos em levantar a seguinte questão de partida:

Quais são os factores de violação dos direitos dos utentes nos serviços de saúde?

•Hipóteses

Para Carvalho (2009, p.154) as hipóteses são os pressupostos que determinam as relações entre as variáveis que deram origem ao problema de pesquisa.

Sendo as hipóteses elementos fundamentais para qualquer pesquisa científica, visto que constituem as respostas provisórias ao problema levantado, formulamos as seguintes hipóteses que posteriormente são submetidas à verificação:

H1: Ausência de medidas de rigor que responsabilizam os profissionais de saúde;

H2: Incumprimento de padrões éticos e deontológico;

H3: Formação deficiente dos profissionais de saúde.

•Objectivos

Para Cipriano (2020), os objetivos são os propósitos que se pretende atingir, com base nos fundamentos e problema apresentados. Esses objetivos podem ser gerais e específicos.

Com base nas contribuições desses autores, esta pesquisa analisou de forma abrangente os factores que contribuem para a violação dos direitos dos pacientes nos serviços de saúde. Ao entender esses factores, será possível identificar lacunas e propor medidas que promovam uma assistência mais ética, humanizada e respeitosa, voltada para o bem-estar e a dignidade dos pacientes.

A pesquisa traçou os seguintes objetivos:

Geral

O objectivo geral relaciona-se diretamente com o problema. Ele esclarece e direciona o foco central da pesquisa”. (Quissua 2019, p. 28).

- Conhecer os factores de violação dos direitos dos utentes nos serviços de saúde

Específicos

“Os objectivos Específicos definem os diferentes pontos a serem abordados, visando confirmar as Hipóteses e concretizar o Objetivo Geral”. Quissua (2019, p. 28)

- Identificar os principais factores de violação dos direitos dos utentes nos serviços de saúde;
- Descrever os factores de violação dos direitos dos utentes nos serviços de saúde;
- Assinalar os direitos dos utentes nos serviços de saúde.
- Sugerir medidas para evitar a violação dos direitos dos utentes nos serviços de saúde

• Delimitação e Limitação

“Delimitar a pesquisa é estabelecer limites para a investigação. A mesma pode ser delimitada em relação ao assunto, à extensão” entre outros fatores (Marconi & Lakatos, 2008).

- a) O tema “ Factores de violação dos direitos dos utentes nos serviços da saúde”.
- b) O referido tema delimitar-se-á no hospital municipal do Cuimba/Zaire, no período de 2022-2023.
- c) Limitaremos o nosso estudo aos utentes e os profissionais de saúde do mesmo hospital.

• Justificativa

Falar sobre os factores de violação de direitos dos pacientes nos serviços de saúde é de extrema importância, visando promover a proteção dos direitos humanos, melhorar a qualidade e a segurança do cuidado e buscar uma maior justiça e equidade no acesso aos serviços de saúde.

Portanto, o tema justifica-se em três perspectivas: a primeira, de **natureza social**, os factores de violação dos direitos dos pacientes nos serviços de saúde afecta diretamente a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas. Pacientes muitas vezes enfrentam situações de negligência, falta de acesso a tratamentos adequados, falta de informação clara e compreensível sobre seus direitos e procedimentos médicos, desrespeito à sua autonomia e dignidade, entre outras formas de violação de direitos. Essas violações têm impacto não apenas na vida individual dos pacientes, mas também na confiança da sociedade no sistema de saúde como um todo.

A segunda perspectiva é de **carácter académico**, que reside no facto deste trabalho pode servir de material de consulta para os académicos e para os profissionais de saúde, os factores de violação de direitos dos pacientes nos serviços de saúde é estudado e discutido em diversas áreas, como Direito, Medicina, Bioética e Saúde Pública. Através de pesquisas, análises de casos e debates, académicos os estudantes buscam compreender as causas, consequências e possíveis soluções para essas violações. O objetivo é promover uma abordagem mais ética, humanizada e centrada no paciente na prestação de serviços de saúde.

A terceira perspectiva é de **caracter pessoal**, os factores de violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde pode ser relevante para indivíduos que já passaram por experiências negativas ou presenciaram situações de violação de direitos de familiares ou amigos. Isso pode despertar um senso de indignação e desejo de buscar justiça e mudança no sistema de saúde. Pessoas também podem se sentir motivadas a se informar melhor sobre seus direitos como pacientes, a fim de garantir uma melhor qualidade de cuidados de saúde para si e para seus entes queridos.

• **Estrutura do trabalho**

O presente trabalho está estruturado da seguinte forma:

- Na parte introdutória fez-se apresentação dos aspectos do desenho da investigação,
- I- Capítulo, refere-se sobre as questões teóricas ligadas ao tema em estudo;
- II- Capítulo metodologia de pesquisa onde apresentamos os materiais e métodos de investigação;
- III- Capítulo, abordou-se a discussão dos resultados obtidos;
- Conclusões e sugestões
- Referências bibliográficas.

CAPITULO I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

É fundamental que todo projecto de pesquisa esteja assentado em alguma teoria ou apoiado em uma revisão documental. Logo, o presente capítulo, designada fundamentação teórica, fará uma abordagem acerca dos aportes que sustentarão a parte teórica da investigação, constituída desde a perspectiva de vários autores, que conformam o posicionamento teórico do investigador e da pesquisa.

1.1. Definição de Termos e Conceitos

A partir deste ponto, nossa preocupação prende-se em definir os termos e conceitos que irão nortear ao presente trabalho, ou seja, os termos que abaixo se seguem:

1.1.2. Factores

Segundo Robert (2014, p. 57), “define factores como variáveis, elementos ou componentes que influenciam um fenômeno ou problema específico em um estudo de caso”

John W. C. (2014, p. 99), define factores como variáveis independentes ou características específicas que podem afetar ou influenciar o objeto de estudo em uma pesquisa.

James M. H. (2017, p. 44) define factores como elementos, circunstâncias ou condições que contribuem para moldar ou influenciar determinado comportamento, evento ou fenômeno social

1.1.3 Violação

Segundo Martha Nussbaum (2011, p.32) define violação como a negação das capacidades e oportunidades básicas necessárias para uma vida humana plena e digna, incluindo aspectos físicos, emocionais e sociais.

Já para Amartya S. (1999, p. 77) define violação como a privação de liberdades fundamentais e capacidades essenciais que os indivíduos precisam para viver uma vida digna.

Segundo John R. (1974, p. 67) define violação como a transgressão de princípios de justiça, que ocorre quando os direitos fundamentais de uma pessoa são desrespeitados ou negados

1.1.4. Direitos

No nosso estudo iniciamos definindo o direito como derivado do Latim “*directum*”, do verbo “*dirigere*” (dirigir, ordenar, endireitar), quer o vocábulo etimologicamente significar o que é recto, o que não se desvia, seguindo uma só direcção, ou seja, tudo aquilo que é conforme a razão, a justiça e a equidade.

A palavra direito admite diversos significados, tais como: norma, lei, regra, faculdade, o que é devido à pessoa, fenómeno social, etc. Como ciência, valoriza, qualifica e atribui consequências a um comportamento, não em função de critérios filosóficos, religiosos ou subjectivos, mas tão somente em função da utilidade social.

Concentrando a atenção à palavra direito, no intuito de conhecer sua primeira e razão última, esclarece-se que, necessariamente, esta palavra não comporta um significado isolado ou uma conceituação única e imutável. A amplitude de abrangência da palavra em questão admite um enorme rol de sentidos e acepções, a depender, obviamente, do contexto sob o qual está sendo empregada (Júnior, 2009, p.3).

A conceituação apresentada à palavra direito, com alicerce em sua notória teoria tridimensional do direito, sinaliza, com brilhantismo peculiar, que: uma análise em profundidade dos diversos sentidos da palavra direito veio demonstrar que eles correspondem a três aspectos básicos, discerníveis em todo e qualquer momento da vida jurídica: um aspecto normativo (o direito como ordenamento e sua respectiva ciência); um aspecto fáctico (o direito como facto, ou em sua efectividade social e histórica) e um axiológico (o direito como valor de justiça).

Vale ressaltar que para o nosso estudo, traremos a definição de direito em sentido subjectivo, enquanto faculdade.

Assim, para Sánchez, (2016, p. 113) "define direitos como liberdades fundamentais garantidos por lei e que variam de sociedade para sociedade.

Simão, M.J. (2009, p. 45) define direitos como garantias legais que asseguram a liberdade, igualdade e dignidade das pessoas. Ou “garantias jurídicas que protegem

indivíduos e grupos contra ações ou omissões dos governos que atentem contra a dignidade humana”.

Segundo Mello, C (2016, p. 56) direitos são liberdades que garantem o mínimo necessário para que um indivíduo vive de forma digna dentro de uma sociedade administrada pelo poder estatal..

1.1.5. Utentes

Para Celso A. B. M (2016, p. 98) utentes são as pessoas que utilizam ou é destinatárias de um serviço público.

Segundo Hely Lopes Meirelles (2015, p. 22) utentes são usuários de um serviço público, seja ele imediato ou mediato, individual ou colectivo.

Já para Silva J.A. (2017, p. 99) utentes são pessoas que utilizam de um serviço público, seja ele directamente, como usuários, seja indirectamente, como destinatários final”

1.1.6. Serviços de Saúde

Paulo B. (2012, p. 11) "Serviços de saúde é o conjunto de ações e serviços relacionados com a promoção, proteção e recuperação da saúde, prestados por órgãos e instituições públicas e privadas, sob a supervisão e controle do Estado."

Segundo Bernardo, P.(1997, p. 43), intende que Os serviços de saúde são as prestações que prestam assistência sanitária. Ou os serviços saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.

Para Hely, L. M. (2015, p. 20). "Serviços de saúde são actividades administrativa do Estado ou de seus delegados, prestada directamente ou sob regime de concessão, permissão ou autorização, destinada a garantir a assistência médica e sanitária à população."

1.2. Comunicação em saúde.

Os processos de informação e comunicação em saúde têm importância crítica e estratégica porque podem influenciar significativamente a avaliação que os utentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão medicamentosa e comportamental.

Os processos de adaptação psicológica às doenças também podem ser influenciados pela comunicação dos técnicos de saúde, uma vez que, o doente procura ajuda num serviço de saúde, o controlo do stress ligado a doença, também pode ser influenciado positivamente pela transmissão de informação adequada (formatada ou personalizada) às necessidades daquela pessoa naquele momento, o que influencia, por seu turno, o modo como se confronta com os sintomas da doença e se relaciona com os próprios técnicos.

Finalmente, pode influenciar os comportamentos de adesão às recomendações de saúde (adesão medicamentosa e a exames para rastreio, diagnóstico e/ou controlo de doenças, bem como a medidas terapêuticas e de reabilitação), desenvolvimento de auto-cuidados na doença crónica e adesão a comportamentos preventivos relevantes para reduzir riscos para a saúde a nível alimentar, sexual, etc. e para adopção de estilos de vida mais saudáveis.

A nível da comunidade pode promover mudanças positivas nos ambientes socio-económicos e físicos, melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde e facilitar a adopção de normas que contribuam positivamente para a saúde e a qualidade de vida.

1.2.2. Transmissão de informação pelos técnicos de saúde

Os principais problemas que podem ocorrer na transmissão de informação pelos técnicos de saúde são:

- Informação insuficiente, imprecisa ou ambígua sobre comportamentos de saúde (por exemplo, regimes alimentares, exames de rastreio), natureza da doença que afecta o utente, exames complementares e tratamentos;
- Informação excessivamente técnica sobre resultados de exames ou causa da doença;
- Tempo escasso dedicado à informação em consultas e intervenções mais centradas nos técnicos do que nos utentes.

A informação em saúde necessita de ser clara, compreensível, recordável, credível, consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e personalizada. Esta personalização significa que a informação é “à medida” das necessidades de

informação do utente naquele momento, adaptada ao seu nível cultural e adaptada ao seu estilo cognitivo.

Há quem necessite de muita informação sobre o problema de saúde, os exames e os tratamentos e há quem prefira pouca informação. Por outro lado, a natureza da informação necessária pode variar de indivíduo para indivíduo. Por exemplo, em relação à realização de exames e mesmo de intervenções cirúrgicas há quem necessite de informação sensorial (o que vou sentir), há quem necessite de informação de confronto (o que posso fazer) e há quem necessite de informação de procedimento (o que vai acontecer).

1.2.3. Atitudes dos técnicos de saúde e dos utentes em relação à comunicação

Atitudes negativas e desfavoráveis dos técnicos de saúde e dos utentes em relação à comunicação podem conduzir a problemas comunicacionais relativos à sua interação.

Os técnicos de saúde encorajam pouco as perguntas por parte dos utentes, tendem a falar mais do que a ouvir, não se interessam por conhecer qual a perspectiva do utente nem as suas preocupações e expectativas. Induzem atitudes passivas por parte dos utentes, quando a participação activa tem efeito positivo na recepção da comunicação, confere maior percepção de controlo e, portanto, menos stresse e menor ansiedade; e evitam recolher dados sobre a situação pessoal, familiar ou profissional do utente.

Os utentes adoptam com frequência atitudes passivas e dependentes, concordantes com as influências sociais e culturais tradicionais das relações entre os leigos e os peritos.

O contexto de referência no qual ocorrem as interacções é dominado pelo modelo biomédico (que valoriza excessivamente as técnicas de diagnóstico e de tratamento e desvaloriza o sofrimento e a comunicação) e pelo modelo autoritário de influência social dos técnicos de saúde, no qual o paradigma relacional é de tipo parental e o paradigma comunicacional é de tipo perito/leigo. Particularmente, não é eficaz na comunicação persuasiva, que exige um modelo de cooperação que tenha em conta as atitudes, crenças e expectativas do utente.

1.2.4. Consequências dos problemas de comunicação entre os técnicos de saúde e os utentes

As consequências dos problemas de comunicação na relação entre os técnicos de saúde e os utentes podem ser variadas:

- Insatisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados de saúde;
- Erros de avaliação, porque não se identificam queixas relacionadas com crises pessoais, dificuldades de adaptação e/ou psicopatologia e se focaliza-se no primeiro problema apresentado, que nem sempre é o mais importante;
- Comportamentos de adesão mais insatisfatórios;
- Mais dificuldades no confronto e adaptação à doença por não saber o que fazer (incerteza), ter recebido informação contraditória (ambiguidade) ou até por se sentir incompreendido;
- Comportamentos inadequados de procura de cuidados, quer procura excessiva e/ou recorrente dos serviços de saúde quer procura alternativa.

Particularmente, as dificuldades relacionadas com a transmissão de informação e com atitudes inadequadas dos técnicos em relação à comunicação podem resultar em comportamentos de adesão insatisfatórios em relação a adopção de comportamentos saudáveis, realização de exames de rastreio e de diagnóstico, tratamentos medicamentosos, desenvolvimento de auto-cuidados, realização de outras consultas e adesão a medidas de reabilitação. O utente não compreendeu o que é necessário fazer, não se recorda do que foi dito, não teve possibilidade de fazer perguntas ou não acredita que valha a pena seguir as recomendações dos técnicos...

Seja como for, podem ser consequências gravosas para o bem-estar dos utentes e dos técnicos de saúde e podem ter custos económicos para os indivíduos e para a comunidade.

1.3 Privacidade e confidencialidade

A maioria das definições encontradas segue a primeira linha conceitual, fundamentada em direitos e poderes de controlar a intimidade. Algumas destas interpretações são citadas a seguir:

Para Beauchamp & Childress (1994), confundem privacidade com direitos de controlar a intimidade, porque a privacidade constitui-se em um status ou condição de

inacessibilidade física ou informacional e, quando é definida nestes termos, se estende aos produtos corporais e objetos intimamente associados ao indivíduo, bem como aos seus relacionamentos íntimos com outras pessoas, sejam elas amigos, cônjuge, parceiros sexuais, profissionais da saúde, do direito e outros.

Mais uma vez, Sánchez (2003, p.15), esclarecem que “a intimidade refere-se ao mundo pessoal, próprio, situado fora do olhar dos demais e que foi concebido tradicionalmente como um espaço sagrado, mundo que se desenvolve no interior da esfera privada, que nos separa e protege do exterior”.

Na área da saúde, a preservação da privacidade seja ela vista como um status ou como um direito do paciente permite que este revele a seu médico, situações potencialmente embaraçosas, em um ambiente de grande confiança e com o propósito de cuidados com sua integridade física e emocional.

Para Gostin (1993), o facto de uma informação a respeito de determinada pessoa conservar-se fora do alcance dos outros, se não houver autorização para que seja revelada, pode ser entendido como privacidade informacional. Neste raciocínio, a confidencialidade constitui-se em uma forma de privacidade informacional que acontece no âmbito de uma relação especial entre o médico e seu paciente. As informações pessoais obtidas no curso deste relacionamento não podem ser comunicadas para terceiros a menos que autorizadas previamente por aquele que revelou.

Para Styffe (1997), a confidencialidade implica em um pressuposto de confiança. É por confiar que qualquer informação será respeitada e utilizada somente para o propósito para o qual foi revelada, que a pessoa adquire a segurança íntima para compartilhá-la. Assim, uma informação confidencial é tanto privada quanto voluntariamente compartilhada, em uma relação de confiança e fidelidade. Quando uma pessoa inicia um relacionamento médicopaciente, ela voluntariamente expõe sua intimidade, ao permitir o exame físico, ao se submeter a exames laboratoriais ou ao revelar ao profissional sua história clínica e social.

Algumas vezes, os termos privacidade, confidencialidade e segurança são usados de maneira indistinta para discutir a proteção de informações pessoais na assistência à saúde. Porém cada um destes termos se refere a uma função específica nos

complexos relacionamentos clínicos, privados ou públicos, sendo entidades diferenciadas.

1.3.1. Natureza da confidencialidade no contexto assistencial: do segredo à confiança

Na vida privada, as justificativas para manter segredos emergem da própria natureza da privacidade, pois uma pessoa pode querer preservar informações por inúmeras razões impedindo, de modo intencional, que outra pessoa venha a conhecer certos pensamentos, sentimentos, factos ou hábitos que tenha. Estes segredos são frequentes no cotidiano e estão ligados a uma promessa de não revelação por parte daquele que recebe a informação, podendo ser chamados de segredos de promessa (Kottow, 1994) ou de segredos primários (Luban, 1992). Os segredos de promessa constituem um compromisso em si mesmos, não estando subordinados a qualquer outro objetivo. A motivação para que os outros honrem esta vontade de manter um fato oculto é o respeito pela própria privacidade e intimidade pessoal.

Além do respeito pela necessidade das pessoas de partilharem informações em confiança, existem outras justificativas para a confidencialidade esperada no exercício de uma profissão. Luban (1992), afirma que a confidencialidade pode ser justificada por um argumento que tem dois componentes. O primeiro componente é instrumental: a confidencialidade é essencial no exercício profissional, pois, se não existirem garantias de sigilo e discrição, o paciente não revelará as informações que o médico necessita para tratá-lo adequadamente.

O segundo componente é o facto de que a profissão tem importância em si mesma porque defende certos valores que são considerados indiscutíveis. Assim, a Medicina é socialmente relevante porque os profissionais buscam preservar o valor da saúde e, em decorrência, o valor da própria vida.

Porém, se o profissional fundamenta a defesa da atividade profissional em bases não consequencialistas, as justificativas para a confidencialidade implicarão em valores de utilidade social, que não devem ser vistos apenas como uma questão pontual de manter o segredo ou de revelar a informação, mas como uma forte e vinculante obrigação de confidencialidade, alicerçada em princípios éticos inerentes ao próprio exercício profissional.

Para uma boa revisão do assunto, consultar Beauchamp e Childress, (1994. p.55)

Histórica e doutrinalmente, os Códigos Deontológicos originam-se de uma seleção de normas e critérios de auto-regulação da prática profissional que, por sua vez, são decorrentes de um pacto social: se, de um lado, a sociedade entrega à corporação médica o poder de conceder a licença para o exercício profissional àqueles que reúnem as condições necessárias, por outro, exige dela o estabelecimento das regras éticas necessárias para o exercício competente e correto da profissão.

Para Herranz R. (1992, p.4), a legitimação do Código Deontológico se dá a partir deste compromisso social:

O sigilo ou segredo médico que garante a confidencialidade do perfil médico-social do paciente, pertence a esta ordem de preceitos vinculantes. Para entender seu caráter obrigatório, é necessário conhecer sua evolução histórica, já que, desde o século V a.C., faz parte da tradição profissional: o preceito do sigilo está explícito no Juramento Hipocrático (Hippocrates, 1992, p.301), devendo ser cumprido pelo médico virtuoso, mediante uma atitude de discrição, para proteger os segredos dos pacientes: “Tudo quanto veja ou ouça, profissional ou privadamente, que se refira à intimidade humana e não deva ser divulgada, eu mantereí em segredo e contarei a ninguém”.

As diferentes concepções - uma legal e outra deontológica fortalecem a idéia de um “direito-dever” (Gracia, 1998b, p.141) e, à época, em caso de conflito entre o dever profissional e a administração da justiça, o primeiro cede ante o segundo. Desta forma, o direito-dever de confidencialidade adquire exceções, e o segredo profissional do médico pode ou deve romper-se em todos os casos em que o bem comum, representado pelas leis e pela administração de justiça, assim o exige (GRACIA, 2004).

1.3.2 Privacidade e confidencialidade como pressupostos da relação clínica: a confiança

No âmbito da relação médico-paciente, os valores de privacidade, confidencialidade e comunicação privilegiada estão vinculados, como já vimos, de um lado, a uma obrigação de discrição profissional e de outro, a direitos individuais e de autodeterminação do indivíduo doente, que incluem a liberdade de escolher o que considera privado.

Dizem Hottois e Parizeau (1993) que, do ponto de vista filosófico, o respeito à confidencialidade está fundamentado em um direito natural de intimidade e este, por

sua vez, deriva do princípio fundamental de respeito pela pessoa em si mesma, porque esta tem capacidade para escolher o que é melhor para si, sendo esta liberdade de escolha essencial para assegurar a satisfação de suas necessidades. Tudo que interfira com esta meta deve ser considerado um desrespeito à sua autodeterminação.

A informação em saúde pode ser considerada como a mais íntima, pessoal e sensível das informações sobre uma pessoa, porque os dados gerados pela realização da anamnese e do exame físico são como que uma extensão do corpo ou da mente daquele paciente. Para que este ato médico não seja considerado um acesso não autorizado, deve ser o paciente, e não o profissional de saúde, quem determina quais informações podem ser reveladas (França, 1994; Milhollan, 1994; Sánchez U. et al., 2003; Winslade, 1995).

Portanto, no contexto da relação médico-paciente, as questões da confidencialidade extrapolam o conceito deontológico de segredo profissional e demandam do provedor de cuidados certas atitudes e qualidades que devem ser discutidas em um contexto de virtudes, caráter e princípios, essenciais para satisfazer a necessidade e o direito de seu paciente por privacidade.

Desta forma, os direitos de uma das partes de uma relação clínica têm implicações claras sobre as obrigações e deveres da outra parte porque, na relação médico-paciente, os direitos não são unilaterais: os dois lados os possuem e, conseqüentemente, não podem ser considerados absolutos (Almond, 1994).

1.3.3. Limites éticos para a quebra da confidencialidade

Toda vez que terceiras partes pessoas ou instituições utilizam diversas formas de acesso a um indivíduo, incluindo a intervenção em áreas de intimidade, sigilo, reclusão ou anonimato, configura-se uma perda de privacidade.

Há dois tipos de situações relacionadas à revelação de uma informação. Quando alguém tem acesso a uma informação protegida sem consentimento do informante, este acesso é considerado como uma violação aos direitos de privacidade enquanto que, se uma pessoa que foi depositária de um segredo em confiança o revela sem autorização, fere o direito.

Cortina e Martinez (2005, p.19) esclarecem que “há dois tipos de juízos morais, segundo seu conteúdo: os que se referem ao justo e os que tratam sobre o bom. Os primeiros apresentam uma característica de exigibilidade, de auto-obrigação, de prescriptividade universal, enquanto os segundos tem um aspecto de aconselhabilidade em relação ao conjunto da vida humana” É neste sentido que Jakson (1994) utiliza a palavra *wrong* em oposição a *right* (justo) e *harm* em oposição a *good* (bom).

A perda do sigilo pode resultar não apenas das obrigações legais e de ofício, mas também de fatores como a ignorância e a falta de entendimento por parte do paciente e da falta de cuidado do profissional ou da instituição de saúde com estas questões. A intervenção de terceiras partes como planos de saúde e outras corporações envolvidas com a provisão de cuidados que, muitas vezes, necessitam da informação para garantir qualidade de serviços ou melhorar a alocação de recursos na área da saúde, podem igualmente prejudicar a guarda do segredo (Hiller, 1981).

Resumindo as posições já apresentadas, é possível dizer que há dois embasamentos para a exceção à regra do segredo: a preocupação com a segurança de terceiras partes conhecidas e a preocupação com o bem-estar público e social.

Schiedermayer (1991) toma como base a teoria principialista para fundamentar eticamente a quebra de confidencialidade. Para o autor, a revelação não autorizada somente poderia ser admitida em quatro circunstâncias gerais:

- a) quando houver grande probabilidade de acontecer um sério dano físico a uma pessoa identificável e específica, estando justificada pelo princípio da Não-Maleficência;

- b) quando um benefício real resultar desta revelação, baseando-se esta decisão no princípio de Beneficência;

- c) quando for o último recurso, depois de esgotadas todas as abordagens para respeitar a Autonomia;

- d) quando a mesma decisão de revelação possa ser utilizada em outras situações com características idênticas, independentemente da posição social do paciente, contemplando o princípio de Justiça e fundamentada no imperativo

categorico kantiano de respeito pelo ser humano, tornando-se um procedimento generalizável.

1.4. Consentimento informado e participação do utente

O consentimento informado é definido como a livre aceitação da intervenção médica por parte do doente, após adequada exposição pelo profissional de saúde da natureza da intervenção, suas vantagens e desvantagens, assim como das alternativas com os seus riscos e benefícios. Falar do consentimento informado ultrapassa a explicação do conceito semântico inerente. O consentimento informado faz parte integrante do processo evolutivo da pessoa humana e, intrinsecamente, da medicina Rigts (2003).

A evolução do conceito foi abordada por Pérez (1997 pp.104-107), considerando que este passou por quatro etapas: a etapa do consentimento voluntário, que surge como consequência dos crimes de Frankfurt a partir dos quais surgiu o Código de Nuremberga, a etapa do consentimento informado, em que os pacientes têm o direito de conhecer as vantagens, os riscos e as alternativas de tratamento; a etapa do consentimento válido, onde se procura valorizar a adequada capacidade de decisão do paciente excluindo a interferência dos mecanismos de defesa e, por último, a etapa do consentimento autêntico, decisão autêntica e plenamente de acordo com os valores daquele.

Com o desenvolvimento da Biomedicina, esta evolução tornou-se evidente. O envolvimento do doente e a sua participação no processo de aceitação, tiveram cada vez mais, uma maior relevância. O consentimento informado surgiu primeiramente para proteger os investigadores clínicos e só nos nossos dias é admitido como um processo para proteger a autonomia da pessoa cuidada. Este é um processo que muitas vezes representa um assentimento com uma assinatura em papel e estandardizado pela instituição para a realização de determinado procedimento e não um “assentimento livre e esclarecido que um sujeito humano deve prestar em relação a quaisquer actos médicos de incidência tanto somática como psíquica”.

Para Archer (1999, p. 5), o consentimento informado é “um dos corolários do primeiro princípio da bioética: autonomia de todo e qualquer Ser Humano, baseado na dignidade da pessoa e no direito que ela tem à sua auto-realização individual”. Para este Autor, este conceito baseia-se essencialmente na autonomia da pessoa, ou seja, no direito que cada um tem de tomar decisões sobre si próprio.

A pessoa tem que estar envolvida e dotada de toda a informação necessária porque “dando o seu consentimento, ele associa-se a uma tarefa comum a técnicos e a doentes, fazendo-se dela participante. Promove-se assim o seu sentimento de responsabilidade e estimula-se a sua capacidade de decisão racional no âmbito da saúde” Elizar (1996, p. 243)

Mas, para que haja participação na decisão, o Outro, o doente, tem de reconhecer no Ele, o médico, todos os princípios da beneficência, do paternalismo clínico, se quiserem, a competência e o domínio das boas práticas médicas, o respeito pelo Ser Humano em todos os seus aspectos, físico, mental e afectivo. Por sua vez, o médico, tem de respeitar “o princípio da autonomia” do doente, os seus problemas, as suas dúvidas, a sua vontade e, sobretudo, a sua liberdade de decisão.

Então o consentimento informado pode ser encarado como um processo contínuo em que o doente plenamente informado da sua situação clínica pode participar activamente nas decisões sobre o seu estado de saúde, sendo visto como um convite ao doente para participar em todo o processo.

1.4.1 Divisão Classificativa de “Consentimentos”

Poder-se-á falar em “consentimento presumido”, na medida em que, sendo o médico pessoalmente escolhido e procurado pelo doente, se presume ter tal iniciativa sido tomada desde logo num pressuposto de confiança naquele médico. Foi esta a base da medicina hipocrática, da medicina de beneficência, paternalista. Poderá continuar a sê-lo se as duas partes aceitarem que o fundamento de toda a actividade médica é o bem-estar do doente e que o doente é o fim último e não o meio. Mas as duas partes terão ao mesmo tempo de aceitar e exigir que esse fim último tem vontade própria que se deve exprimir em liberdade esclarecida. Desde que tudo assim se processe, estarão cumpridos os princípios da autonomia na ética médica.

Poder-se-á falar em “consentimento expreso”, na medida em que existe um documento escrito, muitas vezes designado “termo de responsabilidade” que o doente assina na altura do internamento hospitalar. A ambiguidade do termo expreso não pode neste caso ser assumida simplesmente como uma declaração oral, mas sim como a confirmação escrita de uma vontade ou anuência. No entanto, existem situações em que este fica no fim do processo mesmo sem assinatura até à altura da alta. Esta situação nunca deverá ter lugar e tal “pseudo-consentimento” mais não é do

que um documento de protecção legal, do médico ou da Instituição de Saúde, mas com validade jurídica duvidosa. Um tal documento não deverá ser uma folha de protocolo estandardizado para todos os doentes, antes deverá ser um documento personalizado para aquele doente, dele constando a situação clínica em causa, os actos previstos e os riscos da sua execução, bem como a indicação de que o paciente de tudo foi devidamente informado, obteve os esclarecimentos que solicitou e compreendeu toda a informação.

Podemos ainda referenciar o “consentimento antecipado” que não tendo ainda expressão significativa no cômputo dos “consentimentos” começa a surgir como uma entidade com maior expressão. Este consentimento por antecipação, expressa de forma “testamentária”, os limites a impor no âmbito da intervenção clínica. Tem em vista essencialmente limitar ou impedir certas intervenções clínicas futuras, que de alguma forma são suficientemente gravosas para a vontade do doente. Como exemplo podemos referir que pode ser expresso como vontade do doente o direito à recusa de certas intervenções clínicas, nomeadamente ventilação mecânica assistida, no âmbito de uma doença oncológica que promova apenas o adiamento da morte sem qualquer repercussão na qualidade de vida.

Por “consentimento implícito”, entende-se o consentimento prestado numa emergência médica em que é necessário manter a vida ou restaurar rapidamente a saúde. Não há consentimento expresso, mas a intervenção médica é obrigatória. Logo, o consentimento implícito é eticamente aceitável desde que se processe dentro do respeito pelos princípios deontológicos que devem pautar a actividade médica e desde que não seja conhecido que o doente recusaria a intervenção se o pudesse fazer. Este tipo de consentimento é frequentemente referenciado também como “consentimento presumido” nada tendo em comum com o exposto no início da divisão classificativa de consentimentos.

1.4.2 Elementos Constitutivos do Consentimento

Ao assistir à transição do paternalismo para o exercício da autonomia do doente, o profissional de saúde passa a ter a responsabilidade de partilhar a informação e de discutir alternativas com o doente. O respeito pela dignidade da pessoa está presente quando o profissional de saúde adopta esta postura, ao promover a capacidade de pensar, decidir e agir do doente. O respeito pela autonomia do doente alterou a

relação médico-doente, deixando a decisão terapêutica de ser da exclusiva responsabilidade do médico para ser partilhada com o doente.

Walter O. (2004 p. 56), refere ainda que “consentimento exige, obviamente, como indispensáveis premissas a capacidade de apreender e compreender a informação fornecida e, por outro lado, a de analisar, ponderar e, em face deste processo, de decidir” pelo que “são muitos doentes privados destas possibilidades.

Walter O. conclui “a contribuição do próprio doente (mesmo que a sua capacidade seja apenas parcial, como acontece com crianças em idade escolar e adolescentes, doentes psíquicos, idosos avançados, etc.), eventualmente sobre a forma de declaração prévia, não pode deixar de ser tida em conta. Os familiares ou tutores não serão certamente ignorados; e ao pessoal de saúde, nomeadamente aos médicos, caberá a maior quota de responsabilidade neste achar conjunto da solução tecnicamente mais conveniente, terapeuticamente mais promissora, eticamente mais recomendável”.

De acordo com Beauchamp & Childress (2002, p.137), o consentimento informado é constituído por cinco elementos: a competência, a comunicação, a compreensão, a voluntariedade e o consentimento, ou seja, para o indivíduo prestar o consentimento informado, este tem de ser competente para agir, de receber a informação completa, de compreender essa informação, de decidir voluntariamente e, por fim, de consentir a intervenção proposta ou a inclusão num projecto de investigação.

Estes elementos podem ainda dividir-se em três componentes fundamentais de acordo com os mesmos Autores. Um primeiro conjunto designado por “elementos iniciais”, e que se divide em competência (para compreender e agir) e voluntariedade (em decidir). Um segundo conjunto designado por “elementos de informação”, dividido em comunicação da informação, recomendação de um plano e compreensão. O terceiro conjunto designado por “elementos de consentimento”, dividido em decisão (em favor de um plano) e autorização do plano escolhido.

Passamos a abordar de uma forma genérica, o significado de cada um destes elementos fundamentais do consentimento informado.

1.4.3 Competência

Segundo Daniel (1996, p.79), o assentimento informado, como prefere chamar lhe, compreende a “competência”, que corresponde à capacidade de discernimento do doente para julgar e tomar decisões, tanto no plano físico, como no plano mental.

Podemos entender o significado de competência como “capacidade para efectuar uma tarefa”. No entanto, o critério de competência, a níveis mais específicos, varia de contexto, para contexto, uma vez que esse mesmo critério está relacionado com as tarefas, também elas, consideradas específicas.

A capacidade de decisão relaciona-se sobretudo com a capacidade que a pessoa tem de exercer a sua autodeterminação, ou seja, aquilo que segundo o seu ponto de vista, e depois de devidamente esclarecida constitui a sua posição no processo de tomada de decisão. No entanto, existem situações em que a pessoa não possui condições para ter competência sobre a decisão a tomar, como é o caso da dor, sofrimento ou do efeito de medicação. A primeira preocupação nestas situações é restituir à pessoa a capacidade necessária à tomada de decisão.

Sendo a competência a capacidade de entender a informação e formular uma escolha livre baseada nela, em cuidados de saúde, o julgamento sobre a competência de um indivíduo, permite distinguir aqueles cujas decisões deverão ser respeitadas, daqueles que necessitam de um legítimo representante que substitua a vontade

Nas situações onde é evidente a vulnerabilidade, a pessoa pode não estar totalmente competente para decidir e cabe então ao profissional de saúde avaliar em que medida essa situação pode influenciar ou não a decisão livre da pessoa. Assim, o nível de competência está relacionado com a capacidade para compreender, para fazer o processamento da informação e para raciocinar sobre as consequências de determinada acção.

De acordo com Antunes (1998, p.19), o conceito de competência é fundamental, uma vez que este reflecte se a pessoa é ou não capaz de tomar uma decisão, e protegerse nos cuidados de saúde contra decisões que possam ser tomadas, que não vão ao encontro dos seus interesses, não respeitando neste caso o princípio da beneficência.

O doente deve fazer a sua escolha de acordo com a sua vontade individual, com aquilo que considere ser a melhor opção, estando portanto isento de qualquer tipo de forças

externas coercivas ou manipuladoras. Deve também estar livre de qualquer factor intrínseco que adultere a sua posição.

1.4.4 Comunicação

O acto de comunicar para que seja eficaz, deve ter em conta a situação particular do destinatário, isto é, deve atender à sua capacidade de percepção, de acordo com o seu estado emocional, intelectual e maturidade.

De acordo com Daniel S. (1996, pp.79-80), na presença de uma pessoa competente, o médico deve comunicar ao doente de forma clara e eficaz, o procedimento proposto, assim como os benefícios, riscos e efeitos secundários, alternativas terapêuticas possíveis, suas vantagens, inconvenientes e consequências. Por fim, o médico apresenta as suas recomendações como profissional especializado que é, e explica que esta informação transmitida se destina a obter o assentimento pessoal e autónomo para a referida intervenção.

A informação a dar ao doente deve ser dada no seio de um clima acolhedor, que lhe inspire segurança e tranquilidade. É importante estabelecer uma verdadeira relação de confiança entre o doente e o profissional de saúde, baseada no respeito mútuo. Neste contexto, cabe ao profissional de enfermagem, estabelecer uma comunicação clara, utilizando uma linguagem adequada a cada pessoa, para conhecer e compreender o que o doente pensa sobre a informação clínica que lhe foi transmitida; disponibilizar-se para esclarecer dúvidas, ou completar a informação adquirida. Quando o doente mantém dúvidas sobre o acto clínico que lhe é proposto, tem o dever de o esclarecer e de lhe lembrar que tem o direito de obter segunda opinião sobre a sua situação e se a informação não for correctamente interpretada pelo doente, o enfermeiro deverá usar as suas aptidões de ensino e aconselhamento para esclarecer e facilitar o processo de tomada de decisão.

1.4.5 Compreensão

Mais importante do que afirmar, é ter a certeza que o doente entendeu a informação transmitida. Neste sentido Elizari (1996 p.246), refere: “Na verdade, o profissional não pode contentar-se com fornecer informações; deve preocupar-se também que elas sejam compreensíveis e que, efectivamente, sejam compreendidas”

A compreensão exige tempo. Por isso devemos dispor do mesmo para informar, explicar e permitir uma real interacção com a pessoa a quem solicitamos o consentimento informado. A capacidade de compreensão é específica para cada pessoa, de tal modo que esta situação coloca aos profissionais de saúde exigências especiais, que não eram consideradas nos tempos em que o princípio que mais se tinha em conta era o da beneficência e o da não maleficência, sendo este o único condicionante da tomada de decisão.

Se surgirem complicações após a realização do procedimento, o doente pode negar que entendeu o que assinou. Por isso a informação transmitida deve ser numa linguagem que ele entenda, simplificada, evitando os termos técnicos que ele possa não compreender e suficientemente detalhada para que ele possa tomar uma decisão consciente. O médico deve estar atento e assegurar-se que o doente percebeu correctamente toda a informação recebida, pois por vezes a dificuldade em compreender a informação prende-se com a linguagem (por exemplo, pessoas com deficiência auditiva utilizam a linguagem gestual que não é facilmente entendida por todos), com o ambiente cultural, religioso ou étnico. Deve ainda ter presente que existem casos em que o doente não quer ser informado. Antes de obter o consentimento, o profissional de saúde deve averiguar se a informação foi bem entendida pelo doente.

É importante incentivar o doente a questionar os profissionais acerca dos procedimentos e intervenções que irão ser realizadas. Ele deverá sentir-se à vontade para colocar perguntas, esclarecer dúvidas e principalmente que não se deverá sentir oprimido pela altivez do profissional de saúde, o que faz muitas vezes com que o doente opte por alternativas que não coincidem efectivamente com a sua posição, mas advêm da sujeição da sua vontade.

Segundo Serrão (1996, p. 80), a compreensão pressupõe competência ou a capacidade de pensar, deliberar e decidir. Devem ser promovidos os comportamentos dos doentes, informando-os de forma adequada, assegurando assim a correcta compreensão da informação ministrada e a livre decisão, exercitando portanto do seu direito à autonomia.

1.4.6 Voluntariedade

Elemento fulcral no que respeita ao consentimento informado é a voluntariedade ou, por outras palavras, a liberdade de consentimento, incompatível com qualquer forma de coacção ou manipulação. A pessoa deve estar livre de qualquer influência exterior e agir de acordo com a sua vontade. Segundo Elizari (1996, p. 246), “o único consentimento conforme com a dignidade da pessoa humana é o que se dá em liberdade”

De acordo com Beauchamp & Childress (2002, pp. 155-156), referem que as pessoas doentes, por estarem fragilizadas, são mais facilmente manipuladas no processo de obtenção de um consentimento informado. Acrescenta ainda que a validade do consentimento depende de não ter havido coerção neste processo. Mesmo assim, é importante considerar formas subtis de pressão ou manipulação para que a pessoa aceite.

A voluntariedade pode ser afectada pela restrição parcial ou total da autonomia da pessoa, ou pela sua condição de membro de um grupo vulnerável. Assim pessoas vulneráveis, aquelas cuja autonomia está reduzida temporária ou definitivamente: crianças, adolescentes, doentes e reclusos têm redução temporária da autonomia porque estão impedidos de manifestar a sua vontade. Cessado o impedimento eles podem fazê-lo de forma inequívoca, enquanto as pessoas para as quais não haja possibilidade de reversão do seu estado são consideradas como tendo redução definitiva da autonomia.

Pessoas vulneráveis, são pessoas que por condições sociais, culturais, étnicas, políticas, económicas, educacionais ou de saúde têm “diferenças”, estabelecidas entre elas e a sociedade envolvente, que as transforma em desiguais. A desigualdade, entre outras coisas, torna-as incapazes, ou pelo menos, dificulta enormemente, a sua capacidade de expressar livremente a sua vontade.

1.4.7. Consentimento

A necessidade de obter consentimento informado assenta na protecção dos direitos à integridade física e moral da pessoa humana, e fundamenta-se no reconhecimento da autonomia de todo e qualquer Ser Humano, baseada no poder de decisão livre sobre o que se lhe refere. Consequentemente, quer o acto médico se execute em serviços

públicos, quer em clínicas privadas, há sempre uma necessidade de consentimento informado. O consentimento reveste a forma oral ou escrita de acordo com a importância e risco da decisão.

O consentimento informado pressupõe um espaço de liberdade e de aceitação do outro, em que este poderá contestar e recusar a ajuda dos profissionais, sem que isso quebre a relação profissional de saúde-pessoa doente. É nessa liberdade de escolha que reside o respeito e a aceitação do outro como pessoa única e exclusiva.

O consentimento informado pode ser expresso oralmente, por escrito, a rogo ou testemunhado, atendendo à gravidade e delicadeza das situações. Porém, e como sublinha Serrão (1996 p. 80), “não pode considerar-se consentimento informado e válido, a simples assinatura do doente num formulário impresso de autorização, que é muitas vezes apresentado por um funcionário administrativo”, prática esta que ainda hoje não foi completamente abandonada pelos nossos serviços de saúde, sendo em alguns casos, vastamente implantada.

Para se considerar que a decisão tomada pelo doente é válida, este tem que possuir capacidade para compreender a informação, julgá-la com base no seu sistema de valores, elaborar mentalmente uma resposta e comunicar livre e espontaneamente a sua decisão.

A Convenção para a protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano relativamente às aplicações da Biologia e da Medicina, no capítulo II, artigo 5º, faz a seguinte alusão ao consentimento e que acaba por traduzir tudo o que para trás foi dito: “Uma intervenção no domínio da saúde não pode ser efectuada senão depois da pessoa em causa ter dado o seu consentimento, de forma livre e esclarecida, para o efeito. A esta pessoa deve ser dada previamente uma informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, assim como quanto às suas consequências e aos seus riscos. A pessoa em causa pode, a qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.

1.5. Enquadramento Jurídico

• O Consentimento Informado em Angola

Apesar da inegável amplitude do fenómeno da responsabilidade profissional, nomeadamente a dos profissionais de saúde e em especial, a do Médico nos Estados Unidos da América, bem como a crescente evolução cultural, social e científica da maior parte dos Países da Europa (mais ocidental e nórdica) em relação em Angola, isto não implica que o consentimento informado não seja uma realidade no nosso país, quanto mais não seja a nível de conceito teórico e da lei aplicável. A questão coloca-se, talvez, a nível da sua implementação e respeito ético e deontológico.

O regime jurídico do consentimento informado deve ser analisado à luz do dever de respeito pela autodeterminação do doente e depende da prévia verificação dos deveres de informar e esclarecer, sobre o estado e o curso provável da doença, a terapia proposta, ponderados os riscos e os benefícios que daí advêm, os meios disponíveis e as actuações alternativas.

• Constituição da República de Angola

O Movimento Popular de Libertação de Angola, a 11 de novembro de 1975, permitiu, em Angola, a restituição dos direitos e liberdades fundamentais, estabelecendo um ambiente social e político propício à aprovação de uma Lei Constitucional de princípios basilares no partido único.

Este documento legal marca o fim da colonização e reabre uma nova era para o povo angolano a era da liberdade e da luta para o seu progresso e desenvolvimento e conquista plena da independência. O que equivale dizer que, os angolanos só a partir deste acto, passaram a ser considerados cidadãos, Cidadão do seu próprio país e donos do seu próprio destino.

Assim, Angola é uma República soberana baseada na dignidade da pessoa humana. Artigo 1.º, sendo “a vida humana inviolável artigo 30.º”, bem como “a integridade moral e física das pessoas artigo 31.º. Deste modo, “todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover” artigo. 77.º todos da Constituição da República de Angola.

• Código Civil Angolano

No Código Civil no art. 70.º determina que “a Lei protege os indivíduos contra qualquer ofensa ilícita ou ameaça de ofensa à sua personalidade física ou moral, e independentemente da responsabilidade civil a que haja lugar, a pessoa ameaçada ou ofendida pode requerer as providências adequadas às circunstâncias do caso, com o fim de evitar a consumação da ameaça ou atenuar os efeitos da ofensa já cometida”

Estando a relação profissional de saúde-doente compreendida na noção de “contrato de prestação de serviço, que é aquele em que uma das partes se obriga a proporcionar à outra certo resultado do seu trabalho intelectual ou manual, com ou sem retribuição” plasmado no artigo 1157.º, “aquele que, com dolo ou mera culpa, violar ilicitamente o direito de outrem, ou qualquer disposição legal destinada a proteger interesses alheios fica obrigado a indemnizar o lesado pelos danos resultantes da violação artigo 483.º, seja por “ culpa do autor da lesão, ou por presunção legal de culpa artigo. 447.º, ou por “simples omissões, quando, independentemente dos outros requisitos legais, havia, por força da lei ou do negócio jurídico, o dever de praticar o acto omitido” artg. 486.º, todos do código civil.

No caso do consentimento informado, “a obrigação de indemnizar existe, porem, quando se tenha assumido a responsabilidade pelos danos, quando havia o dever jurídico de dar conselho, recomendação ou informação e se tenha procedido com negligência ou intenção de prejudicar ou quando o procedimento do agente constitua facto punível” artigo 485.º do Código Civil.

De notar que “o acto lesivo dos direitos de outrem é lícito, desde que este tenha consentido na lesão artigo 340.º, através de “declaração negocial expressa ou tácita: expressa, quando feita por palavras, escrita ou qualquer outro meio directo de manifestação da vontade; e tácita, quando se deduz de factos que, com toda a probabilidade a revelam, artigo 217.º. Este “consentimento do lesado não exclui, porém, a ilicitude do acto, quando este for contrário a uma proibição legal ou aos bons costumes” tipificado no artg. 340.º do Códico Civil.

• Código Penal

Por seu turno, o Código Penal Angolano pune a intervenção médica realizada sem o consentimento do paciente, com o tipo de intervenções ou tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários e estabeleceu, com rigor, o dever de esclarecimento. Quando a intervenção médica não for praticada por um médico ou outra pessoa legalmente habilitada, ou não tenha finalidade terapêutica ou ainda se não seguir as *leges artis* da medicina, só será lícita se previamente justificada com o consentimento do lesado. Estas normas são de importância crucial na regulação do direito ao consentimento informado no nosso ordenamento jurídico.

O consentimento “exclui a ilicitude do facto quando se referir a interesses jurídicos livremente disponíveis e o facto não ofender os bons costumes. O consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto. O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta, articulado no artigo 34.º do Código Penal Angolano.

O consentimento “ só será eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica”, nomeadamente nas “intervenções e tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as *leges artis*, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com a intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental” artigo 35º do Código Penal protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado”.

Para decidir se a ofensa ao corpo ou à saúde contraria os bons costumes, considera-se a integridade física livremente disponível, e tomam-se em conta, nomeadamente os motivos e os fins do agente ou do ofendido.

1.5.1. Direitos dos Pacientes e Autonomia na Tomada de Decisões

O respeito à autonomia do paciente é um princípio fundamental da ética médica e da enfermagem. A autonomia refere-se ao direito do paciente de tomar decisões informadas e voluntárias sobre seu próprio tratamento médico. Isso inclui o direito de consentir ou recusar tratamento, bem como o direito de ser informado sobre seu estado de saúde e as opções de tratamento disponíveis.

Os profissionais de saúde, principalmente os profissionais de enfermagem, incluindo médicos, e auxiliares de enfermagem, devem respeitar a decisão do paciente, a sua privacidade.

De acordo com a Lei de Bases do sistema nacional de saúde, nº 21-B/92 de 28 de Agosto, no seu artigo 13.º nos remete que, quando se trata da tomada de decisões sobre tratamentos, a autonomia do paciente envolve vários direitos:

Consentimento Informado: Como mencionado anteriormente, o consentimento informado é o processo pelo qual o paciente é informado sobre os possíveis riscos, benefícios e alternativas antes de um tratamento. Isso permite que o paciente faça uma decisão esclarecida sobre o tratamento, respeitando a sua autonomia;

Direito à Informação: Os pacientes têm o direito de serem informados de maneira compreensível sobre seus medicamentos, incluindo o nome do medicamento, a dosagem, a forma como deve ser tomado, a duração do tratamento, os possíveis efeitos colaterais, os riscos de não tomar o medicamento e qualquer interação medicamentosa potencial;

Direito a assistência médica sanitária: Para garantir o direito à assistência médica e sanitária, de acordo com a nossa constituição, o Estado deve garantir o funcionamento de um serviço de saúde de todos território nacional (artigo 77.º nº2). Este ponto refere que os cidadãos devem ter acesso a postos de saúde, hospitais e serem atendidos por pessoal médico qualificado.

Confidencialidade: Os pacientes têm o direito à privacidade e confidencialidade em relação ao seu tratamento. As informações sobre os medicamentos do paciente só

devem ser compartilhadas com outras pessoas com o consentimento do paciente, ou quando a lei o permitir ou exigir;

Participação na Tomada de Decisões: Os pacientes devem ter a oportunidade de participar ativamente da tomada de decisões sobre seus medicamentos. Isso pode envolver a discussão de opções de tratamento com o profissional de saúde, a realização de perguntas e a expressão de suas preferências e valores;

Direito ao atendimento humanizado: A assistência de enfermagem humanizada é uma forma única de cuidar dentro do sistema de saúde, onde é oferecido ao paciente um ambiente seguro e a proteção de sua dignidade humana, que sustenta o cuidado ao longo do tempo, educa para promover saúde e harmonia no corpo, mente e alma, baseado em uma relação de confiança.

Direito a não discriminação: O paciente tem o direito de não sofrer qualquer tipo de discriminação, durante os cuidados em saúde. Esse direito é protegido sobretudo por intermédio do princípio da igualdade, que possui duas faces: a que assegura a igualdade formal ou perante a lei (perspectiva de antidiferenciação) e a que busca promover a igualdade substancial ou justiça material (perspectiva de antissubordinação).

1.5.2. Desigualdades em Saúde

A saúde é um bem essencial para a vida humana, mas nem todos têm acesso aos mesmos recursos e oportunidades para cuidar de sua saúde. As desigualdades em saúde são diferenças injustas e evitáveis nas condições de saúde entre grupos de pessoas. Essas desigualdades afetam a vida e a saúde das pessoas de maneiras diversas, e podem ser encontradas em todos os países, incluindo Angola.

1.5.3. Causas das Desigualdades em Saúde

As causas das desigualdades em saúde são complexas e multifacetadas. Elas incluem factores sociais, económicos, culturais e ambientais, como a pobreza, a desigualdade de renda, o acesso limitado aos serviços de saúde, a falta de acesso à água potável e saneamento básico, o desemprego, a discriminação racial e de género, entre outros. Esses factores afectam o acesso às oportunidades de saúde e a capacidade das pessoas de cuidar de sua saúde.

1.5.4. Políticas de Saúde Pública para Redução das Desigualdades

As políticas de saúde pública são essenciais para reduzir as desigualdades em saúde. Algumas políticas que podem ajudar a reduzir as desigualdades incluem programas de educação em saúde, campanhas de conscientização, políticas de saúde que promovam o acesso igualitário aos serviços de saúde, a criação de redes de saúde comunitárias e políticas de inclusão social que visem reduzir a pobreza e a exclusão social.

1.5.5. Papel dos Profissionais de Saúde na Redução das Desigualdades

Os profissionais de saúde têm um papel fundamental na redução das desigualdades em saúde. Eles podem contribuir para a redução das desigualdades através da prestação de cuidados de saúde equitativos e acessíveis, do envolvimento com as comunidades locais para entender suas necessidades em saúde e da defesa de políticas de saúde pública que promovam a equidade em saúde

1.5.6. Discriminação em Saúde

O problema da discriminação nos serviços de saúde tem mobilizado distintos autores sociais em variados países e regiões do mundo. Embora inicialmente motivado por alguns tipos particulares de discriminação, como o de raça, este movimento tem se pautado mais recentemente por múltiplas questões e características identitárias.

A preocupação com a discriminação de forma geral e aquela relacionada aos serviços de saúde em Angola pode ser observada em diferentes âmbitos, incluindo o da formulação de leis e políticas públicas, bem como o da produção de conhecimento científico. A própria Constituição da República de Angola afirma, em seu preâmbulo e no artigo 23.º, os valores da igualdade entre os seres humanos e a necessidade de combater o preconceito de todos os tipos, além de caracterizar o racismo como prática criminosa.

CAPITULO II. METODOLOGIA DE PESQUISA

2.1. Tipo de pesquisa

Para elaboração deste trabalho, optou-se por um tipo de investigação descritiva: estudo de caso.

Segundo Vilelas (2017), os estudos de caso enquadram-se numa abordagem qualitativa e são frequentemente utilizados para obtenção de dados na área dos estudos organizacionais, portanto, apesar das críticas, considera-se com rigor suficiente para construir um método credível de investigação.

2.2. Modelo de Abordagem

Trata-se de uma pesquisa (quali-quantitativa).

Pardal & Lopes (2011, p. 21), “o paradigma qualitativo, por sua vez parte de pressupostos menos optimista face às possibilidades do conhecimento da verdade do real social”. Igualmente Vilelas (2017, p. 160), “os estudos quantitativos admitem que tudo pode ser quantificável, isto é, que é possível traduzir em números e as opiniões e as informações para em seguida, poderem ser classificadas e analisadas”.

A opinião de Sarantakos (1998); Kerlinger (1980, p. 74) citado por Dias (2010, p. 53), “a pesquisa quantitativa, tem em conta o grau ou nível de quantificação das propriedades que esta assume é aquela em que os dados podem ser quantificados. A utilização de ambas paradigmas de pesquisa permitirá recolher mais informações do que se pode conseguir isoladamente.

Assim sendo, podemos afirmar que na investigação bibliográfica recorrendo ao delineamento qualitativo, é uma forma de estudo da sociedade que se centra no modo como pesquisador interpreta e dá sentido às suas experiências e ao mundo em que ele vive. O uso do paradigma misto permitiu maior abrangência na interpretação dos resultados, que se alcançaria de forma isolada.

2.3. Níveis de estruturação dos métodos

Utilizau-se os seguintes métodos:

a) Métodos de nível teórico

➤ Histórico-lógico: Para Ramos e Naranjo (2014, p. 109):

O método histórico (tendencial), está ligado ao conhecimento das diferentes dos objectos na sua sucessão cronológica, para conhecer a evolução e desenvolvimento do objecto de investigação torna-se necessário revelar a sua história, as fases principais do seu desenvolvimento e as ligações históricas fundamentais.

Igualmente Prodanov e Freitas (2013), no método histórico, o foco está na investigação de acontecimentos ou instituições do passado, para verificar sua influência na sociedade de hoje. Este método permitiu-nos a estudar o desenvolvimento histórico dos conceitos inerentes ao “ Factores de violação de Direitos dos Pacientes nos serviços de Saúde

Analítico-sintético: O referido método para Ramos e Naranjo (2014, p. 103):

A análise é um procedimento teórico mediante o qual um todo complexo se decompõe nas suas diversas partes e qualidades. A síntese estabelece mentalmente a união entre as partes previamente analisadas e possibilita a descoberta das relações essências e as características gerais entre elas. A síntese produz-se com base nos resultados obtidos e possibilita a sistematização do conhecimento.

Este método permitiu fazer o uso racional da bibliografia consulta, porém por meio da análise decorrem novas verdades e, pela síntese a argumentação do referido tema.

Dedutivo: Segundo Descartes (1596-1650); Leibniz (1646-1716) *apud* Matias-Pereira (2016, p. 37), “o raciocínio dedutivo tem o objectivo de explicar o conteúdo das premissas. Por intermédio de uma cadeia de raciocínio em ordem descendente, análise do geral para o particular, chega a uma conclusão”. Não diferente do autor mencionado anteriormente, Prodanov & Freitas (2013, p. 27), acrescentam o seguinte, “O raciocínio dedutivo tem o objetivo de explicar o conteúdo das premissas”. É o método que parte do geral e, a seguir, descende ao particular.

Indução: Para Ramos e Naranjo (2014, p. 108), “é o raciocínio que passa dos factos singulares obtidos por via experimental as generalizações.

Tendo em conta a natureza do nosso trabalho e na investigação científica, a indução e dedução complementam-se, daí o uso simultâneo destes métodos proporcionou-nos um conhecimento verdadeiro sobre a realidade do tema em questão.

Método teórico-jurídico: Ramos e Naranjo (2014, p. 120), “é o método jurídico por excelência, que integra no seu seio o resto dos métodos teóricos das investigações jurídicas”.

Este método fez com que tivéssemos uma análise adequada e contextualizar os requisitos que impõem as normas jurídicas no contexto angolano.

Método Exegético-analítico: Ramos e Naranjo (2014, p. 121), “ este método visa determinar o sentido e alcance da norma jurídica”. O referido permitiu a verificação correspondente existente a realidade política, socioeconómica e a norma jurídica vigente.

b) Nível empírico/Experimental

O método empírico subdivide-se em:

•**Pesquisa bibliográfica:** “pesquisa bibliográfica permite ao investigador a cobertura de uma gama de fenómenos muito mais amplas do que aquelas que poderia pesquisar diretamente; principalmente quando o problema de investigação requer dados muitos dispersos pelo espaço” (Vilelas, 2017 p. 181).

Em resumo a pesquisa em questão, permitiu-nos fazer um levantamento de teorias e bibliografias de variados autores que se circunscreveram sobre a problemática do interesse dos fatores motivacionais, dos quais permitirão a realização de um estudo detalhado dos diferentes referenciais bibliográficas, assim como, á apresentação, análise e interpretação de dados.

Inquérito por questionário: Segundo Lakato & Marconi (2003, p. 201): Questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. Em geral, o pesquisador envia o questionário ao informante, pelo correio ou por um portador; depois de preenchido, o pesquisado devolve-o do mesmo modo

c) Métodos de nível Matemático

A opinião de Prodanov e Freitas (2013, p. 38) afirmam, “este método se fundamenta na aplicação da teoria estatística da probabilidade e constitui importante auxílio para a investigação em ciências sociais”. Este método permitiu fazer apresentados dados em tabelas para que tivesse maior interpretação.

2.4. Técnica de Colecta de Dados

As técnicas a serem empregados no âmbito desta pesquisa, foram seleccionados partindo do teorema do problema, da formulação das hipóteses, bem como da delimitação do universo ou da amostra do público-alvo.

- **Observação**
- **Entrevista**

• Inquérito

“Desempenha papel importante nos processos observacionais, no contexto da descoberta, e obriga o investigador a um contacto mais directo com a realidade. É o ponto de partida da investigação social.” (Marconi & Lakatos, 2003, p. 190).

Aplicamos essa prática de colecta de dados para obtenção de informações e utilizar os sentidos na aquisição de determinados aspectos da realidade, não apenas em ver e ouvir, mas também em examinar factos ou fenómenos que nos propomos estudar. Para o efeito, usamos duas das técnicas da observação directa intensiva, nomeadamente: a participativa natural e a entrevista.

É participativa atendendo a nossa participação real com a comunidade em causa; mantemo-nos tão próximo quanto um membro do grupo em análise.

Em geral, são apontadas duas formas de participação, como o observam, Marconi e Lakatos (2003): a natural e artificial. A nossa participação é natural, na medida em que observador pertence e faz parte do grupo que investiga.

Segundo Marconi e Lakatos (2003), a entrevista é um procedimento utilizado na investigação social para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social; é geralmente um encontro entre o pesquisador e o entrevistado, a fim de se obter informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação.

Sendo um procedimento utilizado na investigação social, no âmbito das nossas buscas, efectuaremos entrevistas para a colecta de dados e na obtenção de informações a respeito da problemática ora levantada, isto é, através de um contacto directo com determinadas figuras do nosso grupo-alvo.

2.5. Instrumento e procedimento de colecta de dados

Para a consecução dos objectivos previstos fizemos recursos dos seguintes procedimentos e instrumentos.

- Grelha de observação aplicou-se aos profissionais de saúde e utentes que ajudou-nos na recolha das informações.

- Guião de entrevista aplicado aos profissionais de saúde e utentes é que auxiliou-nos na obtenção das informações sobre o tema em estudo;

- Inquérito por questionário onde usou-se o guião de questionário que aplicou-se aos profissionais de saúde e utentes.

• Procedimentos

Os nossos dados recolhidos através do inquérito e questionário e apresentados em tabelas e gráficos configurados a partir do Excel, para que haja o melhor esclarecimento.

2.6. População e Amostra

• População

População (ou Universo) é o conjunto de todos os elementos (pessoas ou objetos) cuja o pesquisador está interessado em estudar. Segundo, (Vasconcellos, 2012).

A população alvo do presente estudo é de 60 indivíduos, dos quais 50 (cinquenta) são do sexo masculino e 10 (dez) são do sexo feminino.

• Amostra

Na visão de Marconi & Lakatos (2003, p. 55), amostra é a parte da população ou do universo, selecionada de acordo com uma regra.

A amostra terá um número exato de inqueridos para garantir maior precisão nos resultados, que foi projetada para a população representada de 15 indivíduos. Amostra terá 100% da população total (Profissionais e Utentes), uma amostra representativa e intencional, o que corresponde, um total de 15 indivíduos.

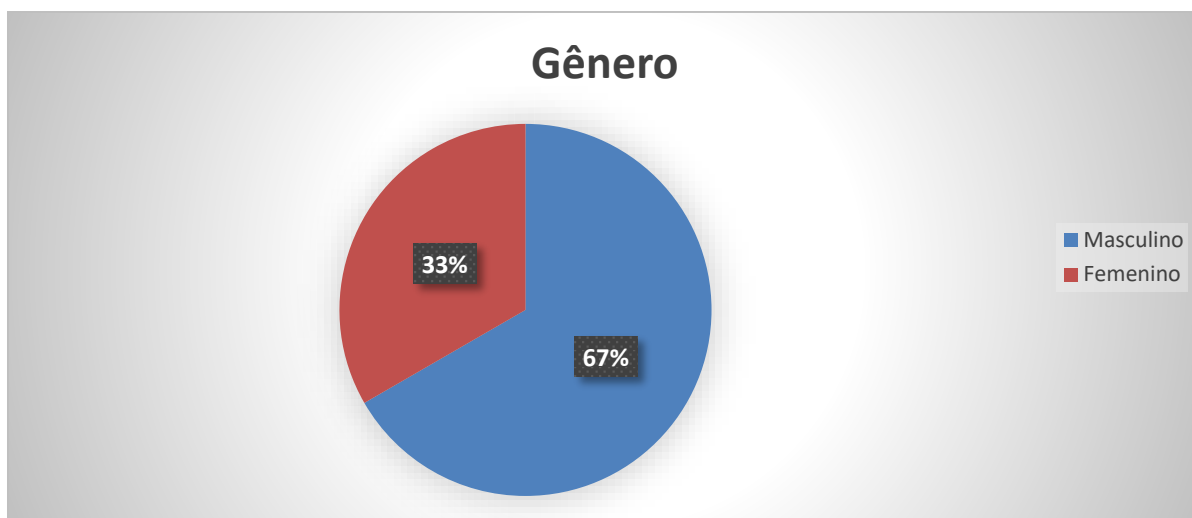
Tabela 1: Demonstração da população e da amostra alvos da pesquisa por sexos

POPULAÇÃO	MASCULINO	FEMININO	AMOSTRA	MASCULINO	FEMININO
QUANTIDADE	50	10	Quantidade	10	05

TOTAL	60		Total	15	
%	83,3	16,6	%	67	33
TOTAL	100		Total	100	

Fonte: Própria

Gráfico N° 1, Demonstração de Amostra de acordo o Gênero.



Fonte: Própria

Interpretação: Percebe-se que o Hospital Municipal do Cuimba em epigrafe tem mais enfermeiros e utentes do gênero Masculino dos quais 20, elevando 86%, em relação aos enfermeiros e utentes Feminino, 5 que corresponde 14%.

2.7. Dificuldades encontradas

No percurso da nossa investigação nos deparamos com algumas situações que dificultaram a nossa pesquisa sendo as principais as seguintes:

- ❖ Dificuldades financeiras;
- ❖ Escassez de tempo dado para a realização do trabalho;
- ❖ Dificuldade de compreensão de uso das normas e técnicas;
- ❖ Dificuldades em termos de recolha e selecção do material para elaborar a fundamentação teórica;
- ❖ Dificuldades quanto a recolha de dados no campo de estudo.

CAPITULO III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todo trabalho resultante de uma investigação prevê a existência de dados. Portanto, este capítulo destina-se a apresentar, analisar e interpretar os dados.

3.1. Apresentação e Interpretação dos Dados

3.1.1. Inquérito dirigido aos Enfermeiros e Utentes

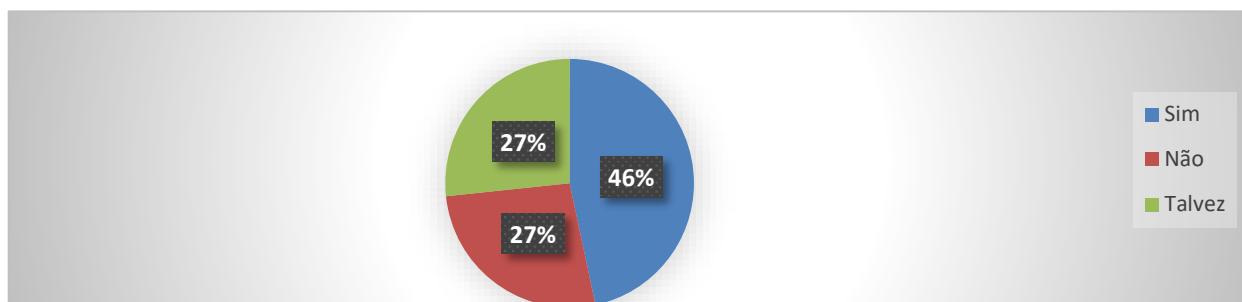
Tabela Nº 2. Será que a ausência de medidas de rigor que responsabilizam os profissionais de saúde, leva a violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde?

OPÇÕES	FREQUÊNCIA	%
SIM	07	46
NÃO	04	27
TALVEZ	04	27
TOTAL	15	100

Fonte: Própria

Gráfico.2 Será que ausência de medidas de rigor que responsabilizam os profissionais de saúde, leva a violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde?

Fonte: Própria



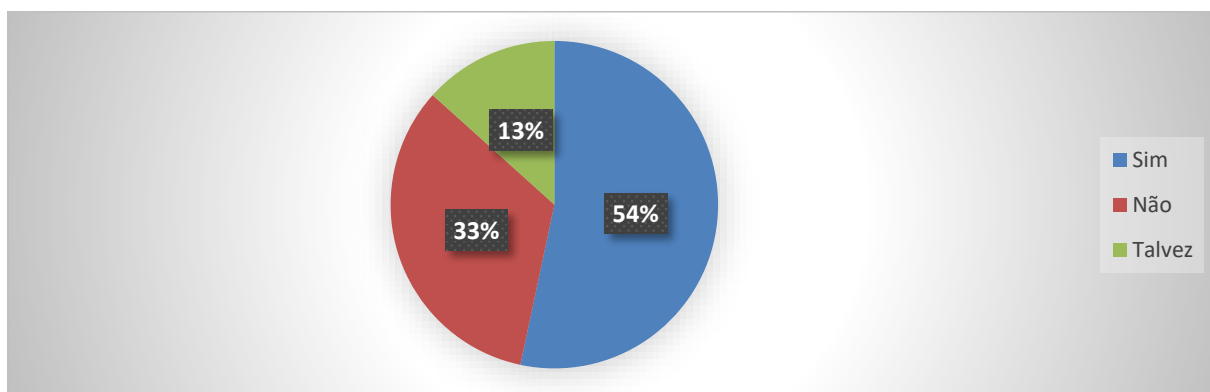
Interpretação: O gráfico mostra que 7 dos inqueridos afirmam que a ausência de medidas de rigor que responsabilizam os profissionais de saúde, leva a violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde, que corresponde à 46% e 4 responderam não com uma percentagem de 27%, 4 responderam talvez, elevando assim 27%.

Tabela Nº 3, O incumprimento de padrões éticos e deontológico desencadeia a violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde?

OPÇÕES	FREQUÊNCIA	%
SIM	08	54
NÃO	05	33
TALVEZ	02	13
TOTAL	15	100

Fonte: Própria

Gráfico N°3, O incumprimento de padrões éticos e deontológico desencadeia a violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde?



Fonte: Própria

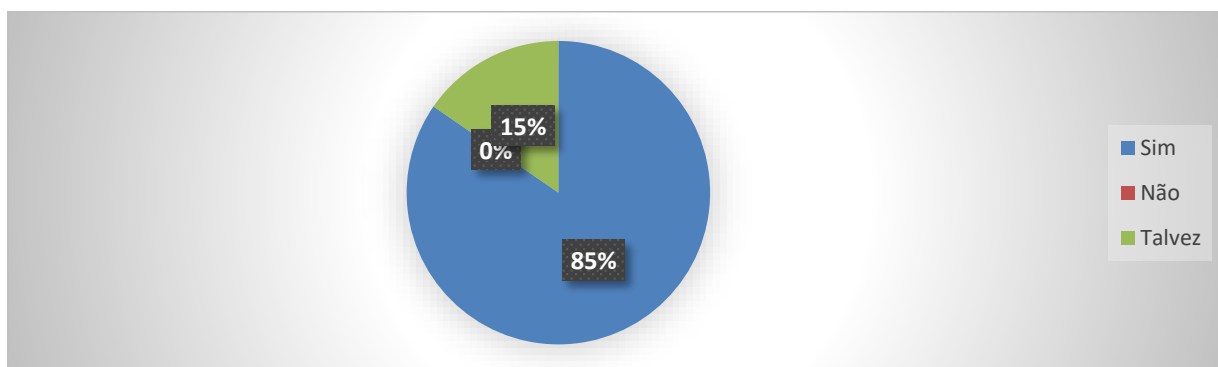
Interpretação: Conforme nos mostra o gráfico, 8 que responderam sim, corresponde à 54% e 5 que responderam não, corresponde à 33%, 2 que responderam talvez, corresponde à 13%. Percebe-se que, o incumprimento de padrões éticos e deontológico desencadeia a violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde.

Tabela N° 4, A formação deficiente dos profissionais de saúde, leva a violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde?

OPÇÕES	FREQUÊNCIA	%
SIM	11	85
NÃO	00	00
TALVEZ	04	15
TOTAL	15	100

Fonte: Própria

Gráfico N°4, A formação deficiente dos profissionais de saúde, leva a violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde.



Fonte: Própria

Interpretação: De acordo o gráfico acima mencionado, 11 que responderam sim, corresponde 85% e 4 que responderam talvez, corresponde à 15%.

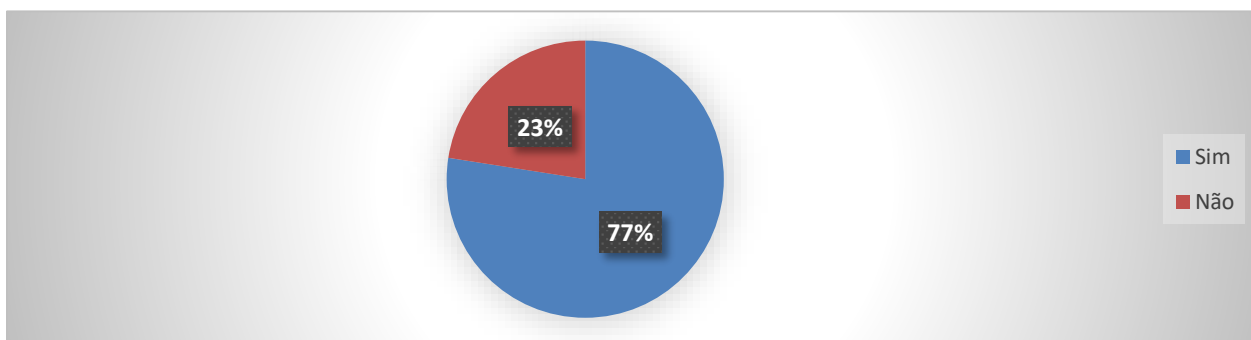
É desejável aumentar as oportunidades de formação relacionada com competências de comunicação, quer na formação académica, quer na formação pós-graduada e profissional dos técnicos de saúde, para mitigar essas violações de direitos dos utentes nos serviços de saúde.

Tabela N° 5, Será que os profissionais de saúde possuem conhecimento adequado sobre os direitos e deveres dos utentes nos serviços de saúde.

OPÇÕES	FREQUÊNCIA	%
SIM	11	77
NÃO	4	23
TOTAL	15	100

Fonte: Própria

Gráfico Nº5. Será que os profissionais de saúde possuem conhecimento adequado sobre os direitos e deveres dos utentes nos serviços de saúde?



Fonte: Própria

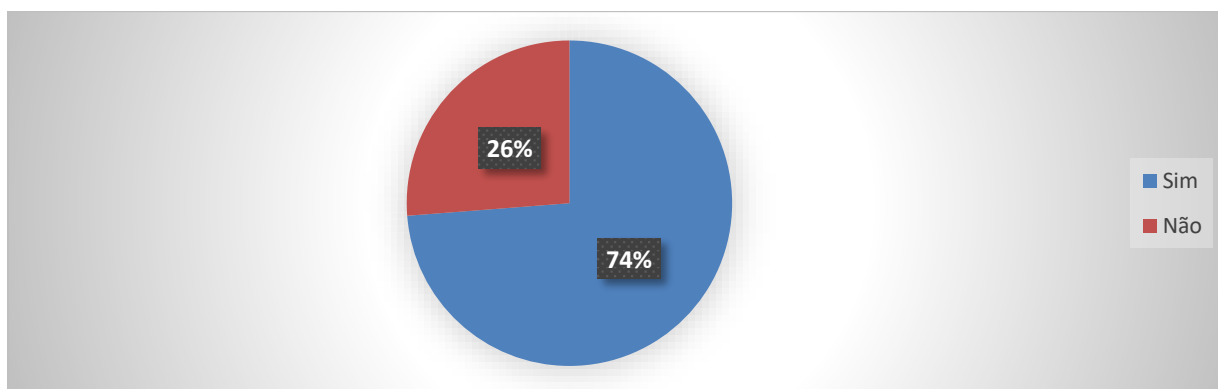
Interpretação: De acordo o gráfico em epígrafe, 11 que responderam sim, corresponde à 77% e 4 que responderam não, corresponde à 23%. O gráfico acima mencionado, indica que 77% dos profissionais da saúde possuem conhecimentos adequados sobre os direitos e deveres dos utentes nos serviços de saúde, ao passo que 23% dos profissionais da saúde não possuem estes conhecimentos.

Tabela Nº 6, Será que todos utentes são tratados do mesmo jeito

OPÇÕES	FREQUÊNCIA	%
SIM	09	74
NÃO	06	26
TOTAL	15	100

Fonte: Própria

Gráfico Nº 6, Será que todos utentes são tratados do mesmo jeito.



Fonte: Própria

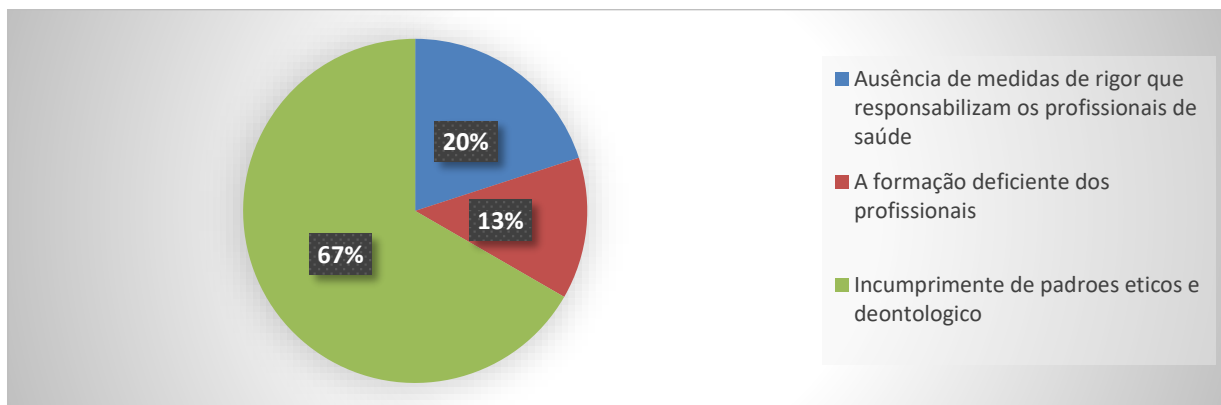
Interpretação: De acordo o gráfico em destaque, 9 que responderam sim, corresponde à 74% e 6 que responderam não, corresponde à 26%. Percebe-se que 74% dos utentes recebem melhor acompanhamento e 26% dos utentes não recebem melhor acompanhamento.

Tabela Nº 7, Quais são os factores que leva os profissionais de saúde a violar os direitos dos utentes nos serviços de saúde

OPÇÕES	FREQUÊNCIA	%
AUSÊNCIA DE MEDIDAS DE RIGOR QUE RESPONSABILIZAM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	03	20
A FORMAÇÃO DEFICIENTE DOS PROFISSIONAIS	02	13
O INCUMPRIMENTO DE PADRÕES ÉTICOS E DEONTOLÓGICO	10	67
TOTAL	15	100

Fonte: Própria

Gráfico N° 7, Quais são os factores que leva os profissionais de saúde a violar os direitos dos utentes nos serviços de saúde.



Fonte: Própria

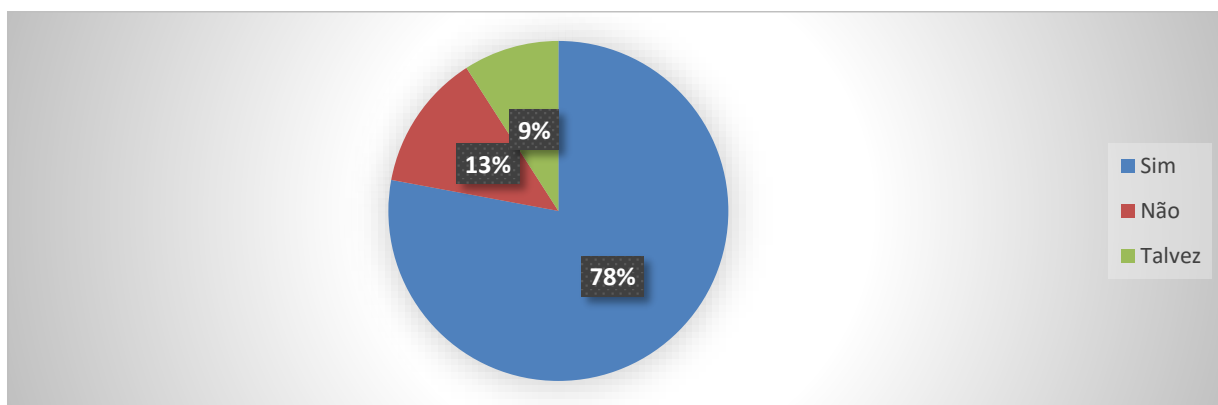
Interpretação: Conforme o gráfico indica acima mencionado, responderam 3 (ausência de medidas de rigor que responsabilizam os profissionais de saúde), corresponde à 20% e 2 responderam a formação deficiente dos profissionais da saúde, corresponde à 13%, 10 responderam, incumprimento dos padrões éticos e deontológico, corresponde à 67%.

Tabela N° 8, Será que os utentes têm acesso a mecanismos eficazes para registrar reclamações, denunciar violações de direitos e buscar reparação.

OPÇÕES	FREQUÊNCIA	%
SIM	12	78
NÃO	02	13
TALVEZ	01	09
TOTAL	15	100

Fonte: Própria

Gráfico N° 8, Será que os utentes têm acesso a mecanismos eficazes para registrar reclamações, denunciar violações de direitos e buscar reparação,



Fonte: Própria

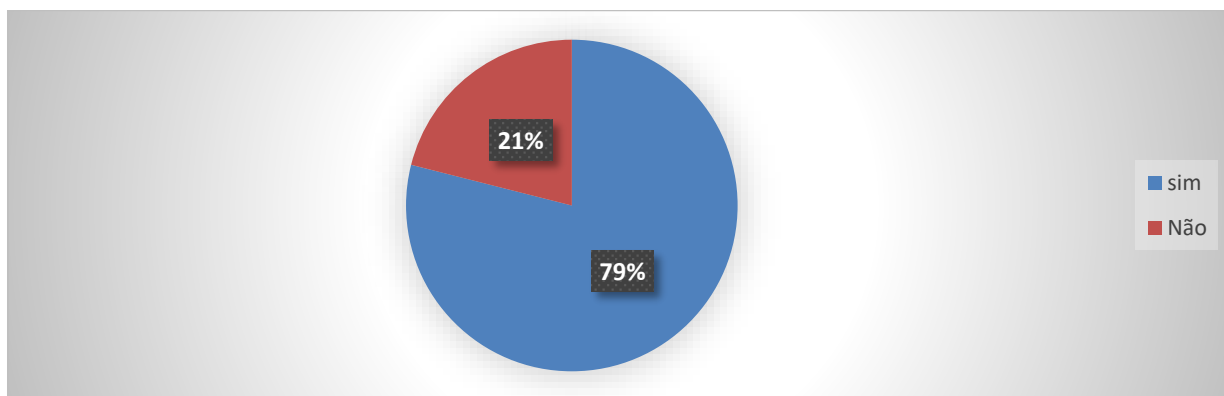
Interpretação: De acordo o gráfico acima mencionado, 12 que responderam sim, corresponde à 78%, 2 que responderam não, corresponde à 13% e 1 respondeu talvez, corresponde à 9%. Portanto, percebe-se que neste gráfico, maior indicador os que responderam sim que corresponde à 78% ao passo que responderam não, correspondem à 13% e por último 1 respondeu talvez, corresponde à 9%. Portanto, percebe-se que, os utentes têm acesso a mecanismos eficazes para registrar reclamações, denunciar violações de direitos e buscar reparação, ficamos satisfeito.

Tabela N° 9, Será que existem processos de mediação ou resolução de conflitos para tratar de violações dos direitos dos utentes

OPÇÕES	FREQUÊNCIA	%
SIM	12	79
NÃO	03	21
TOTAL	15	100

Fonte: Própria

Gráfico N° 9, Será que existem processos de mediação ou resolução de conflitos para tratar de violações dos direitos dos utentes.



Fonte: Própria

Interpretação: De acordo o gráfico acima mencionado, 12 que responderam sim, corresponde à 79%, 3 que responderam não, corresponde à 21%. Portanto, percebe-se que, existem processos de mediação ou resolução de conflitos para tratar de violações dos direitos dos utentes, ficamos satisfeito.

3.2. Discussão dos resultados

Tabela e o gráfico nº 1- Percebe-se que o Hospital Municipal do Cuimba em epígrafe tem mais enfermeiros e utentes do gênero Masculino dos quais 20, elevando 86%, em relação aos enfermeiros e utentes Feminino, 5 que corresponde 14%.

Tabela e o gráfico nº 2- O gráfico mostra que 7 dos inqueridos afirmam que a ausência de medidas de rigor que responsabilizam os profissionais de saúde, leva a violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde, que corresponde à 46% e 4 responderam não com uma percentagem de 27%, 4 responderam talvez, elevando assim 27%.

Ausência de medidas de rigor que responsabilizam os profissionais de saúde por violação aos direitos dos utentes gera um sentimento de impunidade e propicia o aumento do número de casos de utentes que vêm os seus direitos violados e consequentemente a prestação de mau serviço.

Tabela e o gráfico nº 3- Conforme nos mostra o gráfico, 8 que responderam sim, corresponde à 54% e 5 que responderam não, corresponde à 33%, 2 que responderam talvez, corresponde à 13%. Percebe se que, o incumprimento de padrões éticos e deontológico desencadeia a violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde.

Tabela e o gráfico nº 4- De acordo o gráfico acima mencionado, 11 que responderam sim, corresponde 85% e 4 que responderam talvez, corresponde à 15%.

É desejável aumentar as oportunidades de formação relacionada com competências de comunicação, quer na formação académica, quer na formação pós-graduada e profissional dos técnicos de saúde, para mitigar essas violações de direitos dos utentes nos serviços de saúde.

Tabela e o gráfico nº 5- De acordo o gráfico em epígrafe, 11 que responderam sim, corresponde à 77% e 4 que responderam não, corresponde à 23%. O gráfico acima mencionado, indica que 77% dos profissionais da saúde possuem conhecimentos adequados sobre os direitos e deveres dos utentes nos serviços de saúde, ao passo que 23% dos profissionais da saúde não possuem estes conhecimentos.

Tabela e o gráfico nº 6- De acordo o gráfico em destaque,9 que responderam sim, corresponde à 74% e 6 que responderam não, corresponde à 26%. Percebe se que 74% dos utentes recebem melhor acompanhamento e 26% dos utentes não recebem melhor acompanhamento.

Tabela e o gráfico nº 7- Conforme o gráfico indica acima mencionado, responderam 3 (ausência de medidas de rigor que responsabilizam os profissionais de saúde), corresponde à 20% e 2 responderam a formação deficiente dos profissionais da saúde, corresponde à 13%, 10 responderam, incumprimento dos padrões éticos e deontológico, corresponde à 67%.

Portanto, percebe se que, o que está na base com maior indicador neste gráfico é o descumprimento dos padrões éticos e de qualidade que corresponde.

Tabela e o gráfico nº 8- De acordo o gráfico acima mencionado,12 que responderam sim, corresponde à 78%,2 que responderam não,corresponde à 13% e 1 respondeu talvez ,corresponde à 9%.Portanto,percebe se que neste gráfico, maior indicador os que responderam sim que corresponde à 78% ao passo que responderam não, correspondem à 13% e por último 1 respondeu talvez, corresponde à 9%. Portanto, percebe se que, os utentes têm acesso a mecanismos eficazes para registrar reclamações, denunciar violações de direitos e buscar reparação, ficamos satisfeito.

Tabela e o gráfico nº 9- De acordo o gráfico acima mencionado,12 que responderam sim, corresponde à 79%,3 que responderam não, corresponde à 21%.

CONCLUSÃO

O presente estudo visava conhecer os factores de violação de direitos dos utentes no serviço de saúde, no hospital municipal do Cuimba/Zaire, no período de 2022-2023.

A análise sobre os resultados da pesquisa permitiu-nos chegar ao conhecimento de que a ausência de medidas de rigor que responsabilizam os profissionais de saúde em caso de violação dos direitos dos pacientes é um factor principal na violação dos mesmos nos serviços de saúde, mais concretamente no hospital municipal do Cuimba;

Assim, estes dados permitiu igualmente confirmar a hipótese nº 1 da nossa pesquisa e infirmar a segunda e terceira hipótese. Servindo de resposta a nossa pergunta de partida.

Por outro lado, o incumprimento dos padrões éticos deontológico influencia na violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde;

Pelo que foi apurado no estudo, a formação deficiente dos profissionais de saúde contribui de forma eficaz na violação dos direitos dos utentes nos serviços de saúde, no hospital municipal do Cuimba.

A par disto foi ainda possível saber que os mecanismos de denúncia e reclamação não são os mais eficazes, propiciando a não punição dos infractores, por um lado, por outro a multiplicação de casos de violação de direitos dos pacientes.

Portanto, os direitos dos utentes no serviço de saúde é de suma importância para garantir o bem-estar e a dignidade das pessoas que buscam cuidados médicos. Os factores que podem levar a violação desses direitos são variados e exigem atenção constante por parte de governos, instituições de saúde e profissionais da área para prevenir tais violações.

SUGESTÕES

De acordo com as conclusões, bem como os resultados que apresentamos e interpretamos tendo em conta os objectivos traçados, sugerimos o seguinte:

- Que os profissionais de saúde que violam os direitos dos utentes nos serviços de saúde sejam responsabilizados.
- Que o Hospital Municipal do Cuimba de formações adequado aos profissionais de saúde no sentido de não violarem os direitos dos utentes.
- Que os profissionais de saúde cumpram com os padrões éticos e deontológico para desencadeia a violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde.
- É crucial promover a conscientização sobre esses direitos e criar mecanismos eficazes para garantir seu cumprimento, assim, que todos os utentes recebam tratamento justo, ético e de qualidade.
- Realizar sempre palestras nos hospitais, concernente ao tema em apreço;
- Realização periódica de seminários de capacitação e formação dos profissionais de saúde;

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Archer, Luís (1999). “*Consentimento Informado*”, Publicação da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesa. Enfermagem, 2ª edição

Antunes, Alexandra (1998). “*Consentimento Informado*”, in *Ética em Cuidados de Saúde* (coord.: Daniel Serrão e Rui Nunes), Porto Editora.

Alvarez, A., Liang, C. & Neville, H. (2016). *The cost of racism for people of colour: Contextualizing experiences of discrimination*. American Psychological Association.

Beirão, M.H. & Simão, M.J. (2000), “*Relação de Ajuda: Essência dos Cuidados de Enfermagem*”, Revista Servir.

Bernardo, O. P.(1997), “*A Autonomia Do Doente Tem Limites*”, Revista Encontro, Associação dos antigos alunos da Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria.

Bobbio, N. (1999). *Teoria do ordenamento jurídico*. Brasília: UnB.

Beauchamp TL, Childress JF. (2013) *Princípios de Ética Biomédica*. 7ª ed. São Paulo: Loyola;

Bonilha, P. (2012). *Direito Sanitário*. São Paulo: Atlas.

Conselho Federal de Enfermagem (2023). *Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem*

Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE Publications.

Carvalho Teixeira, J. A. (1996). *Comunicação e cuidados de saúde. Desafios para a psicologia da saúde*. Análise Psicológica.

Elizari, Francisco Javier (1996). “*Consentimento do Doente*”, in *Questões de Bioética – Vida em Qualidade*, Porto: Editorial Perpétuo Socorro.

Francisco Javier, Madrid: Mosby/Doyma Libros, S.A.

Henslin, J. M. (2017). *Sociology: A Down-to-Earth Approach*. Pearson.

Legislación en Enfermería, (coord.: PASTOR, Garcia, Luís Miguel; LÈON Correa,

Lakatos & Marconi, (2008). *Metodologia de Investigação*. 2ª ed. Atlas. São Paulo.

Kelsen, H. (1991). *Teoria pura do Direito*. São Martins Fontes Paulo:.

Kant, I. (2005). *Fundamentação da metafísica dos costumes*. São Paulo: Martin Claret..

Mello, C & Antonio B. (2016). *Curso de Direito Administrativo*. São Paulo: bmalheiros.

Mello, C, B. (2016). *Curso de Direito Administrativo*. São Paulo: Malheiros.

Meirelles, H, L. (2015). *Direito Administrativo Brasileiro*. São Paulo: Malheiros.

Marconi, M. e Lakatos, E. (2003). *Técnicas de pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Atlas.

Nussbaum, M. (2011). *Creating Capabilities: The Human Development Approach*. Belknap Press.

Nader, P. (2014). *Introdução ao estudo do Direito*. Rio de Janeiro: Forense

Osswald, Walter (2004), *Um Fio de Ética*, Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

Prodanov, C. C., Freitas, E.C. (2013). *Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. (2ª ed). Brasil: Editora Feevale

Pardal, L., & Lopes, E. S. (2011). *Métodos e técnicas de investigação social*. Porto: Editores, S.A Areal

Pérez, Melero, Andrés (1997). “*El Consentimiento Informado*”, in Manual de Ética y

Quissua A., (2019) *Introdução à Metodologia de Investigação Científica*. Editora: Carlos Francisco, 1ª ed. Luanda

Reale, M. (2005). *Lições preliminares de Direito*. São Paulo: Saraiva.

Ramos, S.T.C., & Naranjo, E.S. (2014). *Metodologia da investigação científica*. Escolar.Lobito:

Ramos, (2014). *Metodologia de Pesquisa Científica*. Atlas Editora.

Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Harvard University Press.

Silva, J, A. (2017). *Curso de Direito Constitucional Positivo*. São Paulo: Malheiros.

. Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. Anchor Books.

Taylor, S. E. (1998). *Patient-practitioner interaction*. In Shelley Taylor (Ed.), *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill.

Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo

Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods*. SAGE Publications

World Medical Association. WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient. 2005. Disponível em: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/>. Acesso em: 10 de maio de 2023.

LEGISLAÇÕES CONSULTADAS

A Convenção para a protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano

Constituição da República de Angola

Código Penal Angolano

Código Civil Angolano

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

Caro respondente,

O presente questionário tem por objectivo permitir uma aproximação entre o pesquisador e a população, a partir de algumas questões presentes nestes folhetos.

As respostas serão utilizadas para a elaboração de um trabalho no **Instituto Superior de Angola**, orientado pelo professor Nelson dos Santos, **Lic.** Com resultados que serão obtidos, espera-se opiniões, sugestões e possíveis soluções para o problema identificado. Por isso, pedimos encarecidamente que as respostas sejam sinceras e verdadeiras.

Pedimos o seu nome neste questionário por questão de organização. Será mantido em sigilo. Espero a sua colaboração!

a) Gênero

(☐) Masculino (☐) Feminino (☐) Outro

Será que ausência de medidas de rigor que responsabilizam os profissionais de saúde, leva os factores de violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde?

(☐) Sim (☐) Não (☐) Talvez

b) O Incumprimento de padrões éticos deontológico desencadeia violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde?

(☐) Sim (☐) Não (☐) Talvez

c) A Formação deficiente dos profissionais saúde, leva a violação de direitos dos utentes nos serviços de saúde?

(☐) Sim (☐) Não (☐) Talvez

d) Será que os profissionais de saúde possuem conhecimento adequado sobre os direitos e deveres dos utentes nos serviços de saúde?

(☐) Sim (☐) Não

e) Será que todos utentes são tratados do mesmo jeito?

(☐) Sim (☐) Não

f) Quais são os factores que leva os profissionais de saúde a violar os direitos dos utentes nos serviços de saúde?

(☐) Ausência de medidas de rigor que responsabilizam os profissionais de saúde

() A Formação deficiente dos profissionais

() O Incumprimento de padrões éticos deontológico

g) *Será que os utentes têm acesso a mecanismos eficazes para registrar reclamações, denunciar violações de direitos e buscar reparação?*

() Sim () Não () Talvez

h) *Será que existem processos de mediação ou resolução de conflitos para tratar de violações dos direitos dos utentes?*

() Sim () Não

Obrigado!

ANEXOS