

A AUTONOMIA DE PESSOAS HOSPITALIZADAS EM SITUAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA*

THE AUTONOMY OF HOSPITALIZED PATIENTS IN PRESURGICAL SITUATION

AUTONOMÍA DE PERSONAS INGRESADAS EN SITUACIÓN PREQUIRÚRGICA

Márcia Tonin Rigotto Carneiro¹

Heloisa Wey Berti²

RESUMO

O objetivo com esta pesquisa foi analisar a percepção de doentes sobre sua autonomia no período pré-operatório, durante sua internação em enfermarias cirúrgicas de um hospital universitário. Utilizou-se o recurso metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e a bioética, com ênfase no princípio da autonomia, como referencial teórico para a análise dos discursos. Foram entrevistados 20 doentes, maiores de 18 anos, internados há mais de três dias, em situação pré-operatória, nas diferentes áreas cirúrgicas do hospital. Observou-se certa fragilidade da autonomia das pessoas, uma vez que os conhecimentos delas sobre os procedimentos aos quais seriam submetidas mostraram-se bastante incipientes. Entendendo que a autonomia só é possível em uma sociedade na qual as pessoas tenham seus direitos de cidadania respeitados e acesso igualitário à educação, informação e saúde, conclui-se que essas condições são necessárias para que as relações entre profissionais de saúde e doentes sejam mais simétricas, podendo, desse modo, ser possível a superação do modelo paternalista e autoritário vigente.

Palavras-chave: Assistência Hospitalar; Bioética; Autonomia Pessoal.

ABSTRACT

This study aims to analyze the patients' perception of his autonomy in the preoperative period during hospitalization in the surgery wards of a university hospital. The Collective Subject's Discourse was used as a methodological resource, and Bioethics with emphasis on the autonomy principle was employed for discourse analysis. Twenty patients aged more than 18 years old who had been hospitalized under preoperative conditions for longer than three days were interviewed. Some fragility was observed in the individuals' autonomy, once their knowledge on the procedures to which they would be submitted showed to be rather incipient. Considering that autonomy is only possible in a society where people's rights and citizenship are respected, and where equal access to education, information and healthcare is provided, we conclude that such conditions are necessary for a more symmetrical relationship between healthcare professionals and patients. This would make it possible to overcome the paternal and authoritarian existing model.

Key words: Hospital Care; Bioethics; Personal Autonomy.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue el de analizar la percepción de enfermos sobre su autonomía en el período preoperatorio, durante internación en enfermerías quirúrgicas de un hospital universitario. Se utilizó el recurso metodológico del Discurso del Sujeto Colectivo, y como referente teórico para análisis de los discursos, la Bioética con énfasis en el principio de la autonomía. Fueron entrevistados veinte enfermos mayores de 18 años, en situación preoperatoria, internados hacía más de tres días en distintas áreas quirúrgicas del hospital. Se observó cierta fragilidad en la autonomía de los individuos una vez que quedó evidente que su conocimiento sobre los procedimientos a los que iban a ser sometidos era bastante incipiente. Entendiendo que la autonomía sólo ocurre en una sociedad donde se respetan los derechos de ciudadanía y existe acceso igualitario a la educación, información y salud, se concluye que son necesarias estas condiciones para que las relaciones entre los profesionales de salud y los enfermos sean más simétricas y para poder superar el modelo paternalista y autoritario vigente.

Palabras clave: Atención Hospitalaria; Bioética; Autonomía Personal.

* Parte da dissertação de mestrado concluída em junho de 2008 – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Diretora Técnica de serviços de Unidades Especiais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). E-mail: tonin@unesp.br

² Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora assistente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). E-mail: weybe@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde, ao prestarem assistência aos doentes, especialmente aqueles hospitalizados, nem sempre consideram sua autonomia e privacidade. Ignoram-se, frequentemente, o entendimento que os doentes hospitalizados têm sobre sua autodeterminação e seus direitos.

Sabe-se que a dependência, a insegurança e a perda de controle sobre si mesmos podem surgir em decorrência da própria condição de enfermidade, mas, também, que tais condições podem ser desencadeadas ou exacerbadas por ações que despersonalizam os indivíduos.¹

Com frequência, observam-se relações assimétricas entre profissionais de saúde e doentes: de um lado, o poder; de outro, a submissão.

Muitas vezes, os profissionais assumem posturas de poder sobre o corpo do doente, e este, em sua fragilidade, não se percebe um ser com autonomia para fazer questionamentos, aceitando passivamente o que lhe é imposto por sentir-se, em muitas situações, envergonhado e constrangido.

A bioética, mediante estudo e reflexão dos referenciais de autonomia, beneficência e justiça, vem dando importante contribuição ao aprofundamento das análises sobre questões relativas às atividades na área da saúde e, em especial, ao cuidado.²

Autonomia significa a capacidade que os seres humanos têm de fazer leis para si mesmos, de se autogovernarem, de fazer escolhas livres de coações e assumir os riscos dessas escolhas.^{3,4}

Na relação profissional entre pessoal da saúde e pacientes, a autonomia pressupõe competência e liberdade para se proceder às escolhas conscientes entre as opções possíveis. Assim, é dever do profissional de saúde fornecer aos pacientes todas as explicações necessárias sobre a situação e riscos envolvidos nas diferentes alternativas da escolha deles, para que todas as possibilidades sejam reconhecidas, favorecendo-lhes a escolha que melhor lhes atenda as necessidades.⁵

No entanto, o doente hospitalizado nem sempre participa das decisões sobre sua vida e até mesmo nem sempre é comunicado a respeito dessas decisões de modo a compreendê-las.

O profissional de saúde, imbuído do poder de curar, tem *status* e prestígio que, quando negados ou questionados, podem desencadear abuso de poder, por sentir-se ameaçado. Por essa razão, muitas vezes são tomadas decisões unilaterais sobre o que se considera melhor para o doente, sem um diálogo mais amplo sobre as condições e as possibilidades dele.

O doente capaz conhece a si mesmo e suas necessidades, e o profissional tem os conhecimentos que possibilitam a identificação de problemas e a seleção dos procedimentos para resolvê-los. A autonomia de um não deve bloquear a do outro; antes, ambos devem participar do processo de decisão.⁶

Sabe-se que o atendimento à saúde é reflexo das condições econômicas, culturais, sociais e políticas do país. As desigualdades sociais, a cultura da competição, o individualismo e o autoritarismo são reproduzidos, particularmente, no contexto da assistência hospitalar. Observa-se, ainda, que os profissionais raramente se sensibilizam com a precariedade das condições de vida dos seus pacientes e, com frequência, estão alheios aos determinantes sociais da doença de que esses são portadores.

Por sua vez, os usuários dos serviços públicos de saúde deste país, em sua maioria excluídos dos seus direitos de cidadãos autônomos, nas situações que os fragilizam ainda mais, como nas enfermidades que os obrigam à internação hospitalar, tornam-se despersonalizados e perdem sua condição de sujeito para a de objeto de manipulação.

Os profissionais de enfermagem mantêm uma proximidade com os doentes internados, dadas as peculiaridades do seu trabalho, e, desse modo, compartilham as necessidades e os anseios desses doentes, estabelecendo vínculos afetivos. Isso confere a esses profissionais um poder paralelo de influência, que faz com que a enfermagem contribua para que o doente exerça sua autonomia, incentivando-o a conhecer e a exercer seus direitos.⁶

Com este estudo, teve-se como finalidades: contribuir com a gestão, no sentido de reverter situações da prática profissional e buscar subsídios para o desenvolvimento de programas de educação continuada, visando problematizar, no espaço educativo, situações que, muitas vezes, se "naturalizam".

A questão a ser respondida nesta pesquisa foi a seguinte: Como as pessoas internadas nas diversas enfermarias cirúrgicas de um hospital universitário estão exercendo sua autonomia durante o período pré-operatório?

OBJETIVO

Analisar a percepção de doentes sobre sua autonomia, durante internação em enfermarias cirúrgicas de um hospital universitário, no período pré-operatório.

MÉTODO

Estudo qualitativo, realizado mediante entrevistas com pessoas hospitalizadas, durante o período pré-operatório, utilizando a abordagem metodológica desenvolvida por Lefèvre et al.⁷, que permite a construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), mediante a identificação das ideias centrais e expressões-chave. Como referencial teórico para análise dos discursos, recorreu-se à bioética, com ênfase no princípio da autonomia.

Local do estudo – O estudo foi desenvolvido em um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo.

Esse hospital integra o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência terciária para 68 municípios do Estado, tendo como missão o ensino, a pesquisa e a assistência.

Sujeitos participantes do estudo – A pesquisa foi desenvolvida nas enfermarias cirúrgicas de cardiotorax, ginecologia, gastrocirurgia, neurocirurgia, ortopedia e plástica, urologia e cirurgia vascular, mediante entrevista com pessoas com, no mínimo, três dias de internação, as quais aguardavam por cirurgia; portanto, encontravam-se no período denominado pré-operatório. Segundo esse critério, foram selecionadas pessoas maiores de 18 anos, de ambos os sexos e conscientes. Para atingir os objetivos propostos, contou-se com a participação de 20 pacientes.

Coleta de dados – Foram realizadas 20 entrevistas semiestruturadas, no período de janeiro a julho de 2007. Os entrevistados foram escolhidos aleatoriamente entre os que se encontravam internados em situação pré-operatória nas diversas enfermarias cirúrgicas do hospital. As entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas, transcritas e destruídas. Optou-se por adotar a abordagem metodológica do DSC, que possibilita melhor visualização sobre a representação de atores sociais com quesitos básicos em comum: doentes internados, em período pré-operatório, em enfermarias cirúrgicas de um hospital universitário.

Com o material coletado, para cada questão analisada, foram destacadas as ideias centrais – “formulas sintéticas que descrevem o(s) sentido(s) presentes nos depoimentos de cada resposta” – e expressões-chave – “trechos selecionados do material que melhor descrevem seu conteúdo”.^{8,22}

O DSC foi elaborado reunindo-se as expressões-chave presentes nos depoimentos, cujas ideias centrais apresentavam sentido semelhante ou complementar.⁸

Considerando que as perguntas propostas aos entrevistados poderiam propiciar a identificação dos modos pelos quais essas pessoas tomam decisões sobre a situação de enfermidade e o tratamento delas, procedeu-se à análise do DSC fundamentada em referenciais bioéticos.

Procedimentos éticos – 1. Encaminhamento do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, conforme Resolução nº 196/96-CNS –, provado em 2 de outubro de 2006. 2. Solicitação de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos que aceitaram participar do estudo, concedendo entrevista gravada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Questão analisada: Quem você considera que deve decidir sobre seu bem-estar, sua vida e seu tratamento?

Síntese das ideias centrais

A) São os médicos, enfermeiros e pessoas que trabalham no hospital.

B) Acho que sou eu mesmo.

C) Minha esposa deve decidir; ela convive comigo.

Discurso do Sujeito Coletivo

A) São os médicos, enfermeiros e pessoas que trabalham no hospital. (E1, E2, E3, E5, E6, E9, E11, E12, E13, E14, E15, E18)

Acho que são os médicos, todo mundo do hospital, porque os médicos e os enfermeiros estudaram para isso e sabem o que fazem. O que o médico manda fazer é para o meu bem, os enfermeiros devem decidir, pois eles que cuidam da gente o tempo todo; precisa fazer as coisas que eles falam para resolver logo os problemas e ir embora para casa, só que eu esperava que resolvesse com remédios. Recusar um tratamento a gente não faz, mas, às vezes tenho vontade de recusar. Endoscopia é ruim; se pudesse, se não fosse para o nosso bem, eu não queria fazer, mas não pode. A gente não gosta de tomar injeção, só quando está com dor, mas não me recuso porque acho que precisa ... É o médico que tem que decidir, não é mesmo? Eles que sabem o que fazer, eu não sei nada, só o que eles falam, mas eu espero que tudo se resolva desta vez. Se estou no hospital, tenho que seguir as regras do hospital. Primeiramente eu estou na mão de Deus, depois na mão deles. Até questioneei o doutor que disse que eu iria fazer outra chapa e perguntei por quê. Ele disse que não achava a chapa e depois mais tarde veio até aqui e disse que não precisava mais, porque já tinha achado. Agora, eu acho que a gente não tem que se recusar, porque se ele pediu é porque ele tem dúvidas; eu acho que internamente quem sabe é ele, não conheço meu organismo por dentro, ele conhece; quem sabe o que tem que fazer, tomar, os exames, é ele... Quem tá medicando, quem estudou, quem tem a sabedoria que Deus deu é o médico. Em primeiro lugar, os médicos e, em segundo, tem que ser eu, né? Se é para a gente ficar bom, mesmo que seja ruim, eu vou em frente, enfio o remédio, mesmo que ele volte depois, pela minha saúde, eu vou em frente.

Discussão

Neste DSC, com relação ao tratamento, ao bem-estar e à vida, verifica-se o entendimento de que as decisões a serem tomadas são de competência dos médicos, dos enfermeiros, enfim, de quem trabalha no hospital, com a justificativa de que estes detêm o conhecimento, uma vez que estudaram para isso.

É obvio que se deve buscar profissionais preparados para a solução de problemas cujos meios para solucioná-los não são da própria competência. Entretanto, esse entendimento de entrega incondicional da vida a outrem evidencia certa fragilidade da autodeterminação.

O doente entende que o médico tem o conhecimento, portanto, é mais competente para julgar o que é melhor para o tratamento dele. Por essa razão, não faz

questionamentos, não procura esclarecer-se e, por conseguinte, não participa do processo de tomada de decisões. Essa crença e confiança o leva a delegar ao médico a decisão sobre o tratamento dele.

Por outro lado, convém considerar, também, que há pessoas que preferem ser tratadas paternalisticamente, delegando aos médicos a responsabilidade integral de todas as medidas terapêuticas a serem tomadas. Neste estudo, porém, foi possível identificar que os doentes não dispunham de informações necessárias para opinar sobre o tratamento para, eventualmente, solicitar alguma conduta alternativa. Logo, seria mais coerente concluir que o detentor de todas as informações tivesse em melhores condições para decidir. Isso pode explicar as razões apontadas no DSC.

Muito se tem falado e escrito sobre o cuidado com a saúde no Brasil. Além da literatura especializada sobre o tema, praticamente todos os dias deparamos com matérias em jornais, revistas, rádio e televisão, e, mesmo em conversas de nosso cotidiano, com a realidade dos hospitais públicos, seus déficits de recursos, greves, filas, conflitos nas relações interpessoais, que provocam prejuízos aos usuários dos serviços.

Nesse panorama, conseguir uma vaga para internação num hospital público para a realização de um procedimento anestésico/cirúrgico é algo muito complexo, difícil e, na maioria das vezes, lento.

Nesse contexto, quais as possibilidades de um doente recusar um procedimento? Ou de desistir de uma cirurgia? Assim, como falar de autonomia? Frequentemente, na prática hospitalar, ocorrem cirurgias suspensas por motivos variados, mesmo após os preparativos técnicos, físicos e emocionais que o procedimento anestésico/cirúrgico requeria. E o doente, foi informado da possibilidade de suspensão da cirurgia? Teve o direito e a liberdade de opção? Em geral, não.

Alguns trabalhos evidenciam que a autonomia médica tem sofrido profundas modificações na relação médico-paciente, em decorrência do avanço tecnológico, da organização empresarial da assistência médica, dentre outros fatores. O cenário em que o médico não era contestado em suas ações vem se modificando, favorecendo a autonomia do paciente, reconhecida e consignada nos códigos de ética médica., em todo o mundo.⁹

Atualmente, a relação médico-paciente é mais franca e democrática que no passado, permitindo a clareza das ações e o compartilhamento da responsabilidade no processo de tomada de decisões.

Embora esse tempo no qual o médico decidia sozinho sobre aquilo que considerava como o melhor para si e para o paciente sem informá-lo ou consultá-lo, já esteja distante, ainda se percebem condutas paternalistas nas suas relações com os doentes. Não apenas nas relações médico/paciente, mas, também, nas relações dos demais profissionais de saúde e usuários das instituições de saúde.

Pelo DSC, nota-se passividade e/ou submissão da pessoa em relação aos profissionais que lhe prestam assistência.

Sabe-se que o fortalecimento das relações entre usuários, profissionais da saúde e seus familiares supera a dimensão autoritária ou paternalista, sendo fundamental para o cuidado. Doentes, profissionais e familiares têm conquistado espaço e voz no processo terapêutico, respeitando as diferenças de valores, expectativas, demandas e objetivos de cada um, prevalecendo a mutualidade.

Sabe-se que, muitas vezes, há por parte dos profissionais de saúde dificuldades em aceitar a decisão do doente, especialmente quando esta difere da que planejaram ou tomariam. Tais fatos suscitam reflexões sobre a prática profissional, especificamente sobre questões concernentes à cultura, à crença e aos valores das pessoas.

Não se pode ignorar que as crenças religiosas estão entre as mais fortes convicções do ser humano. Neste estudo, quando foi expressa a crença de que a vida e o tratamento primeiramente estão nas mãos de Deus e posteriormente nas dos médicos, verificou-se a presença da fé e dos valores religiosos. Especialmente em momentos difíceis da vida, permeados pela insegurança do amanhã, as pessoas ficam mais propensas a se apegarem à religião, com a esperança de receberem proteção durante esse período.

É interessante essa reflexão sobre como os profissionais de saúde lidam com esses valores éticos, culturais e religiosos envolvidos no processo de cuidar. Na prática, reconhecemos as dificuldades de ação em certas situações de confrontos entre crenças religiosas e necessidades de tratamentos. Nesse sentido, a existência de um núcleo de bioética, em situações clínicas, subsidiando o trabalho dos profissionais de saúde nas instituições favorecerá reflexões mais fundamentadas nos referenciais da bioética.¹⁰

B) Acho que sou eu mesmo. (E4, E7, E8, E10, E17, E19, E20)

Ah! Eu acho que sou eu mesmo. Se for fazer alguma coisa que eu acho que não deve, eu falo, porque quem mais poderia ser? Acho que só eu posso saber o que fazer comigo, mais ninguém, porque quem sabe sobre mim sou eu. Todas as coisas que foram combinadas, se eu não fizer, eu sei que será pior para mim. Eu topo fazer tudo, eu sei que tenho que fazer, porque também se eu fosse esperar pelos outros... você já viu o que ia dar. Veio aí um médico e disse que precisava de uma pessoa da família para assinar. Eu falei: 'Olha, eu não tenho ninguém aqui da minha família, mas eu acho que eu tenho a consciência boa, tô lúcido graças a Deus, sei o que estou falando, sei o que estou fazendo, eu vou assinar.' Ele me deu a opinião, me deixou a par da situação, e eu decidi. Eu penso que ele (o médico) tem que falar, mas quem tem que tomar a decisão sou eu. No meu caso, ele já sabia o resultado, que teria que fazer uma cirurgia que podia dar certo, ou não.

Discussão

Este DSC revela percepção do conceito de autonomia e da necessidade de seu exercício, como sujeito autônomo que faz escolhas sobre o que considera melhor para a saúde e para a vida dele, assumindo, ao mesmo tempo, o risco dessas escolhas.

O Código dos Direitos do Consumidor, a lei sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde, o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado em 2001 pelo Ministério da Saúde, propiciam a todos, usuários e profissionais, a democratização do processo terapêutico.

Constatamos, diariamente, que muitos dos direitos dos usuários dos serviços de saúde, previstos em lei, precisam ser observados no cotidiano dos profissionais de saúde, destacando-se os relativos à informação e autonomia.

C) Minha esposa deve decidir, ela convive comigo. (E16)

Eu acho que é a minha esposa, né? É ela que convive comigo, então eu acho que é ela que deve resolver nestes momentos mais difíceis.

Discussão

Embora neste discurso haja menção de que quem deve tomar decisões seja a esposa, não foi verificada, nesta pesquisa, a participação de familiares no processo decisório sobre o tratamento proposto.

A internação hospitalar é um evento que mobiliza a vida da pessoa doente e também a dos familiares dela. No dia a dia, percebe-se que a maioria das famílias está presente durante o processo de doença do seu familiar e, muitas vezes, opinando sobre o tratamento dele. Com certa frequência, familiares tentam influenciar o médico sobre o tipo de informação que deve ser dada ao doente. Embora o contrato estabelecido seja entre médico e doente, uma relação adequada com os familiares poderá indicar condutas mais apropriadas no sentido de atentar-se para as informações provenientes de pessoas que melhor o conheçam, até porque com ele convivem.

Questão analisada: Você poderia me falar sobre como será a sua anestesia e a cirurgia?

Síntese das ideias centrais

- A) Não, porque ninguém falou sobre isso.
- B) O médico explicou a cirurgia, e o anestesista falou qual a anestesia vai ser.
- C) Uma pessoa conhecida me explicou como vai ser a cirurgia.

Discurso do Sujeito Coletivo

A) Não, porque ninguém falou sobre isso (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E11, E13, E16, E17, E18).

Não, porque os médicos disseram que fariam o resto dos exames e depois, se precisasse, faria a cirurgia. Ninguém falou nada sobre isto. Não sei como funciona. Não tenho ideia como é esse negócio, como vai ser, onde vai cortar, nada. Só me ligaram no sábado, falaram para eu internar para fazer a cirurgia. Hoje eu fiquei de jejum, avisaram que eu ia operar lá no centro cirúrgico, mas ninguém explicou nada. Agora à tarde passaram aqui e falaram que hoje não tem mais vaga para operar, então não sei quando vai ser, como vai ser; eles ficam aqui numa porção de médicos comentando, e a gente fica prestando atenção para tentar entender, mas eu também não perguntei. Da anestesia não sei nada, ninguém explicou nada; sei que antes de operar vem o anestesista aqui e ele pergunta um monte de coisas, se sou alérgico e fala como vai ser a anestesia, mas até agora não sei. O médico não falou que dia eu irei operar e não explicou o que vai fazer. Só sei que a cirurgia é num lugar complicado, agora como o médico vai fazer isto eu já não sei e nem pergunto, que é para não esquentar minha cabeça mais do que ela já está. Quanto à cirurgia, eles vão abrir e dar uma olhada para ver como está, não sabem o que vão colocar, não sabem como vai ser ainda, vão abrir para ver... Ele não falou assim bem a verdade, mas nem ele e nem ninguém falou nada, e eu estou com medo, muito medo da anestesia, mas eu não falei nada ainda pra ele, só com os enfermeiros que vêm aqui e a gente conversa... A gente ainda não conversou sobre isso com o médico, porque sei que é com o anestesista que a gente tem que conversar, mas eu ouvi o comentário do médico e eu acho que é o anestesista que estava junto, e, como a gente não é muito bobo, eu catei no alto, ele perguntou: 'E este aqui?' ele disse: 'Este aqui vai a zero', e eu sei que o meu batimento cardíaco é muito fraco... Discutiram bastante sobre que tipo de cirurgia que eu vou fazer, mas eu não entendi muito bem. Espero que eu não veja nada e não sinta dor.

Discussão

Este DSC evidencia a necessidade que o paciente em situação pré-operatória requer em termos de cuidados, atenção e de esclarecimentos a fim de que adquira condições ideais de segurança e tranquilidade para o enfrentamento da cirurgia.

O direito à clara informação sobre quem o assiste e o que poderá lhe acontecer é fundamental para a garantia de sua autonomia. Esse direito está expresso na Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado de São Paulo, em seu artigo 2º, incisos VI, XXI e XXII.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem esclarece, no Capítulo I, Seção 1, artigo 17, que é dever "prestar adequadas informações à pessoa, família e

coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da Assistência de Enfermagem".¹¹

No Código de Ética Médica, Capítulo V, artigo 59, está explícito: "Não deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento. Salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, esta deve ser feita ao seu responsável legal".¹²

Tanto o paciente quanto os familiares têm o direito às orientações claras e precisas, devendo a família atuar com a equipe, oferecendo orientação e apoio à pessoa hospitalizada.

Neste estudo, as informações fornecidas restringiram-se àquelas que os profissionais julgaram ser necessárias e suficientes, contemplando apenas os aspectos administrativos, as rotinas e o mínimo necessário para que entendessem que necessitavam realizar uma cirurgia para resolver-lhes o problema de saúde.

Percebeu-se que a informação foi inadequada, insuficiente para o entendimento e esclarecimento dos sujeitos do estudo, não valorizando o que estes consideravam importante saber. Não queremos dizer que os profissionais agiram por má-fé, mas identificamos posturas paternalistas, as quais persistem e prevalecem na instituição.

Defendemos, aqui, a ideia de que tão importante quanto prestar assistência é fornecer informação compatível com o grau de compreensão da pessoa assistida, lembrando que a qualidade desta depende, fundamentalmente, da postura compreensiva do profissional.

Aceitar que essas pessoas se submetam a procedimentos anestésicos/cirúrgicos sem a informação necessária para uma tomada de decisão é anular-lhes o exercício de autonomia.

O consentimento informado, fundamentado na informação inteligível esclarecedora, não foi verificado no DSC. O que se percebeu foi que essa ausência de informação foi prejudicial ao paciente, por perpetuar suas angústias e preocupações.

A vulnerabilidade desses doentes relaciona-se à embrionária autonomia deles. Acresce-se a isso a impossibilidade de fazer escolhas. Não veem outra opção senão a de aceitar as condições que lhes são apresentadas, por medo de perder a vaga, ter a cirurgia suspensa ou ter outros dissabores, além de ter o entendimento de ser a única possibilidade de cura.

Observamos que o cirurgião, por vezes, falou da cirurgia apenas como modo de sanar a doença, porém não esclareceu tudo o que o doente precisaria e/ou queria saber. Os enfermeiros, dos quais se espera melhor comunicação pela sua proximidade com os doentes, também não o fizeram.

Estudos mostram que os profissionais de saúde têm conhecimento da necessidade e da importância de

informar aos doentes e aos familiares os procedimentos terapêuticos, porém, não conseguem alcançar essa meta por causa da escassez de pessoal, da sobrecarga de trabalho, das longas jornadas, dentre outras dificuldades.^{13,14}

Desse modo, não se dá o compartilhamento do saber. A sensibilidade para a escuta e para o diálogo tornou-se deficiente.

Não houve indagações por parte dos sujeitos sobre o desejo deles de receber informação. Cabe destacar que o doente pode não querer saber detalhes sobre o estado deles e/ou procedimentos terapêuticos. Essa posição deve ser entendida e respeitada, porém, sempre se certificando de que a pessoa, com tal atitude, esteja exercendo seu direito. O princípio da autonomia requer respeito à vontade do cliente ou, quando isso não for possível, à de seu representante, de acordo com seus valores morais e crenças, por parte dos profissionais da saúde.¹⁵ Desse modo, entende-se que as pessoas possam estar exercendo sua autodeterminação até mesmo quando decidem se submeter às exigências de autoridades de uma instituição. Porém, havendo impossibilidades para o exercício da autonomia, deve predominar o princípio da beneficência.¹⁶

Em nosso estudo, algumas pessoas foram entrevistadas poucas horas antes do horário agendado para o procedimento cirúrgico, e, no entanto, várias delas referiram nada saber sobre isso, pois ninguém lhes havia falado a respeito.

A falta de esclarecimento é uma realidade presente em nossa prática diária, gerando, assim, desrespeito ao doente.

Acredita-se que com a implantação do Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAEP), essa realidade possa ser modificada.

A SAEP é uma estratégia que preconiza a avaliação pré-operatória do paciente pelo enfermeiro do centro-cirúrgico e cujos princípios/objetivos são: o respeito à individualidade, aos direitos e à dignidade do paciente; a integralidade do cuidado prestado na unidade de internação e no centro-cirúrgico; a promoção, recuperação e/ou manutenção do estado de saúde do indivíduo; o estabelecimento de diagnóstico e planejamento da assistência; o esclarecimento e o reforço das orientações sobre a cirurgia e a anestesia; o esclarecimento de rotinas; a interação e a comunicação enfermeiro-paciente, tendo como finalidade amenizar a ansiedade e os medos.¹⁷ O SAEP é operacionalizado por meio de: consulta de enfermagem, histórico, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e evolução da assistência de enfermagem. Isso é de grande auxílio ao doente e à família dele para a compreensão dos aspectos envolvidos no tratamento anestésico-cirúrgico proposto.¹⁸

B) O médico explicou a cirurgia e o anestesista falou qual a anestesia vai ser. (E9, E12, E14, E19, E20)

O médico falou para mim que ele vai cortar e que eu vou operar amanhã lá pelo meio-dia. Não consigo me lembrar de como o médico se chama e se ele vai fazer a cirurgia ou só vai acompanhar, se tem mais alguém junto dele. O anestesista passou aqui agora há pouco e falou qual vai ser a anestesia... Ele disse para eu não me preocupar que depois que acabar ele dá um remedinho.

Discussão

Juridicamente, a informação é o pressuposto para que a pessoa realize suas escolhas no contexto de uma existência equilibrada em sociedade. A essência da legislação que disciplina o relacionamento entre o consumidor e o fornecedor é, sem dúvida, a informação. Quando essa é clara, com uma linguagem acessível, enseja a reação do sujeito que, singularmente, na sua autodeterminação, exercerá seu direito à autonomia, como parece ter ocorrido neste DSC.

A informação fundamenta decisões autônomas dos doentes, necessária para que possam consentir ou recusar procedimentos, diagnósticos, preventivos ou terapêuticos; deve ser fornecida em linguagem simples, inteligível, aproximativa, leal e respeitosa, segundo padrões acessíveis à compreensão intelectual e cultural.¹⁹

É importante ressaltar, porém, que a percepção do doente sobre o que lhe é transmitido pode sofrer interferência da ansiedade, do estresse, do momento da abordagem, da forma da comunicação, da linguagem utilizada, os quais podem dificultar a assimilação e a compreensão. Assim, é necessário que os profissionais avaliem se houve entendimento da informação e valorizem a necessidade de sua compreensão pelos pacientes de forma que possam minimizar suas tensões emocionais.

C) Uma pessoa conhecida me explicou como vai ser a cirurgia. (E15)

Eu não fui informado pelo médico, ainda, como vai ser, mas, conversando com uma pessoa conhecida, eu sei mais ou menos como vai ser o processo, vai ser uma cirurgia; parece que eles usam um laser em cima da mão, e isto aí deixa o médico enxergar todos os ossos lá dentro e com isto ele faz uma amarração com fio de náilon em todos os ossos que estão trincados, vai amarrando e depois finaliza a cirurgia.

Discussão

Este DSC possibilita inferir que a comunicação ao paciente sobre o procedimento cirúrgico, pode ter

sido realizada por um amigo, provavelmente leigo, permitindo-lhe algum conhecimento sobre o que iria se passar na cirurgia. Também nos sugere clareza e simplicidade da informação, levando-nos a deduzir que não deve ter consumido tanto tempo do comunicador para se fazer entender.

Essa constatação nos inquieta, pois indica que as razões apontadas pelos profissionais de saúde para a falta de esclarecimentos aos doentes, tais como elevada carga de trabalho, déficits de pessoal, podem ser apenas subterfúgios para encobrir a primazia da dimensão técnica do trabalho sobre as de natureza ética ou moral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, no qual se propôs analisar a percepção de pessoas hospitalizadas sobre sua autonomia durante o período pré-operatório, foi possível evidenciar influências da tradição do autoritarismo e do paternalismo em saúde no conceito que as pessoas têm sobre autodeterminação. Especialmente quando em situação de vulnerabilidade, provocada por doença que requer internação e tratamento cirúrgico, observa-se delegação incondicional do poder decisório sobre o tratamento aos profissionais de saúde.

Nesta pesquisa, a referência sobre a responsabilidade pelo tratamento recaiu, em maior grau, sobre os médicos, com a justificativa de que eles estudaram para isso. Foi também perceptível que o tratamento dos doentes foi decidido pelo médico, fortalecido pela "concordância" dos pacientes, estes, mal esclarecidos.

Percebe-se, assim, uma relação assimétrica na qual ficou evidenciada a superioridade de um sobre o outro. O médico tem, de fato, o preparo técnico e científico que o capacita a resolver o problema de saúde do doente, porém esse saber não pode ser usado como instrumento de dominação. Ao não compartilhar com o doente os aspectos observados no seu exame físico, nos exames subsidiários realizados, nos materiais coletados do corpo dele, além de outras indicações que possibilitaram a formulação do diagnóstico e da terapêutica, o proprietário de todos esses dados, ou seja, o doente, não terá parâmetros para tomar uma decisão consciente. Desse modo, permanecerá alienado de si mesmo e entregue aos profissionais de saúde.

O cuidado deve ser entendido como um ato de interação composto de ações dirigidas ao doente e compartilhadas, o que envolve diálogo, ajuda, apoio, troca, conforto, além do esclarecimento de dúvidas.

Atualmente, os profissionais de saúde têm se preocupado com a influência do estado emocional das pessoas em sua recuperação pós-cirúrgica e com as consequentes variações dos parâmetros clínicos ocorridas no período pós-operatório. São parâmetros clínico-biológicos indicadores de necessidades de suporte emocional.

Pelos DSCs ainda foi possível perceber que a relação entre profissionais de saúde e doentes, durante os cuidados pré-cirúrgicos, não foi compartilhada com familiares que eventualmente participavam desse processo ou, quando houve alguma comunicação, esta se deu de modo bastante incipiente.

Os dados desta pesquisa mostram a importância de que as profissões da saúde privilegiem sentimentos e valores das pessoas e de seus familiares. Isso não significa desconsiderar sentimentos e saberes dos profissionais de saúde, uma vez que todos estão envolvidos no tratamento e na cura. Mas a reflexão conjunta para a tomada de decisão que democratize as relações entre profissionais, doentes e familiares resgata a autonomia do doente, fragilizada e vulnerável, propiciando-lhe o controle da própria vida de modo autêntico.

Usuários e familiares têm o desejo de que os profissionais sejam responsáveis pela diminuição do sofrimento, da angústia, da dor, assim como esperam ser acolhidos, amparados e não responsabilizados pela situação em que se encontram.

Os profissionais, também, têm dificuldades para lidar com as próprias limitações, sentimentos conflitantes que surgem diante de cada situação, temores e angústias desencadeados pelos dilemas de difícil resolução com os quais deparam cotidianamente e para os quais nem sempre contam com infraestrutura que ofereça suporte técnico, emocional e ético para suas decisões.

Por outro lado, há que se considerar que existem profissionais interessados em perpetuar relações de subalternidade, que não procuram olhar para o paciente de maneira holística, que não cumprem seu dever de fornecer informações que favoreçam o entendimento, de modo a possibilitar a participação do doente, da família dele e dos demais profissionais envolvidos com a assistência nas decisões sobre o tratamento.

Entendemos que são necessárias mudanças de postura da equipe de saúde. Esperamos que as transformações ocorridas no cenário político mundial, a difusão de novas tecnologias e a socialização dos meios de comunicação possam contribuir para o desenvolvimento da consciência moral das pessoas, promovendo mudanças de comportamentos que se fundamentem na justiça, na beneficência, no respeito mútuo e na solidariedade.

Do mesmo modo, faz-se necessária uma adaptação das instituições hospitalares a esse novo paradigma, incorporando estratégias que possibilitem atender às necessidades e expectativas dos usuários, de modo acolhedor, eficiente e eficaz, norteadas por pressupostos éticos.

Concluindo, cabe questionar nossa responsabilidade diante das evidências aqui apresentadas. É necessário trabalhar ampla e ativamente para que os profissionais de saúde e os pacientes ajam de forma autônoma.

A comunicação que envolve o ouvir, principalmente nos períodos perioperatório (período que abrange 24 horas antes da cirurgia) e intraoperatório (24 horas após a cirurgia), poderá ser melhorada com a implantação da SAEP.

É preciso que essas preocupações sejam incorporadas na formação ética dos profissionais de saúde para que a postura deles seja fundamentada na moral e na ética, e não apenas nos aspectos técnicos e legais da prática assistencial.

Entretanto, reconhecemos que a autonomia das pessoas só é possível de ser exercida em uma sociedade nas quais seus direitos de cidadania sejam respeitados, o que significa acesso igualitário à educação, à saúde e à informação. Essas condições, certamente, promoverão relações mais simétricas entre as pessoas, particularmente entre profissionais de saúde e usuários, rompendo-se com o modelo autoritário e paternalista vigente.

REFERÊNCIAS

1. Pupulim JSL, Sawada NO. Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras. *Rev Latino am Enferm.* 2005; 13(3):388-96.
2. Zoboli ELCP, Sartorio NA. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. *O Mundo da Saúde.* 2006; 30(3):382-97.
3. Pessini L, Barchifontaine CP. *Problemas atuais de Bioética.* 8ª ed. São Paulo: Loyola; 2007.
4. Cohen C, Marcolino JA. Relação médico-paciente. Autonomia e paternalismo. In: Segre M, Cohen C. *Bioética.* São Paulo: Edusp; 1995. p. 51-62.
5. Mendes HWB. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. *Rev Latino am Enferm.* 2001; 9(3):20-6.
6. Boemer MR. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. *Rev Latino am Enferm.* 1997; 5(2):33-8.
7. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. *O discurso do Sujeito Coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa.* Caxias do Sul: Educs; 2000.
8. Lefèvre F, Lefèvre AM. *Depoimentos e discursos. Uma proposta de análise em pesquisa social.* Brasília: Líber Livro Editora; 2005.
9. Mendes HWB. Regionalização da assistência à saúde: equidade e integralidade na perspectiva de gestores. *O Mundo da Saúde.* 2005; 29(1):26-34.
10. Junqueira LCU. *Compreensão da vivência de religiosidade de médicos que cuidam de pacientes oncológicos: uma análise fenomenológica.* [Mestrado] Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP; 2008.

11. Conselho Regional de Enfermagem-COREN-SP. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Art. 17. São Paulo: COREN; 2007/2008.
12. Conselho Federal de Medicina. Resolução N.1.246, de 8 jan. 1988. Código de ética médica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF. 26 jan 1988; Séc. 1: 1574-7.
13. Backes DS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. A humanização hospitalar como expressão da ética. Rev Latinoam Enferm. 2006; 14(1):132-5.
14. Aquino CP, Caregnato RCA. Percepção das enfermeiras sobre a humanização da assistência perioperatória. Rev SOSECC. 2005; 10(2):16-21.
15. Oliveira BRG, Collet N, Viera CS. A humanização na assistência à saúde. Rev Latino am Enferm. 2006; 14(2):277-84.
16. Beauchamp TL, Childress FJ. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 1994.
17. Bianchi ERF, Castellanos BEP. Considerações sobre a visita pré-operatória do enfermeiro da unidade de centro cirúrgico: resenha da literatura estrangeira. Rev Paul Enferm. 1983; 3(5): 161-5.
18. SOBECC, Nacional. Práticas Recomendadas. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização. 4ª ed. São Paulo: SOBECC; 2007.
19. Fortes PAC. Ética e saúde. São Paulo: EPU; 1998.

Data de submissão: 19/6/2008

Data de aprovação: 23/6/2009