

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA**

Márcia Tonin Rigotto Carneiro

**Análise da autonomia de indivíduos internados em
enfermarias cirúrgicas de um hospital universitário**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem -
Mestrado Profissional.

Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

Orientadora: Profa. Dra. Heloisa Wey Berti

**Botucatu – SP
2008**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Carneiro, Márcia Tonin Rigotto.

Análise da autonomia de indivíduos internados em enfermarias cirúrgicas de um hospital universitário / Márcia Tonin Rigotto Carneiro. – Botucatu : [s.n.], 2008

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2008.

Orientadora: Heloisa Wey Berti

Assunto CAPES: 40401006

1. Enfermagem cirúrgica 2. Bioética e enfermagem 3. Relação enfermeiro - Paciente

CDD 610.730699

Palavras-chave: Assistência hospitalar; Autonomia; Bioética; Enfermagem



Dedicatória



*Aos meus pais, Magda e Ângelo,
por terem me dado a vida, uma família
e amor.*

*Ao meu marido José, pela
companheirismo, incentivo e por
fazer parte da minha vida e*

*Às minhas filhas Daniela e Tatiana,
pela paciência, carinho, amor e felicidade
que me proporcionam que nunca pensei
existir.*



Agradecimento Especial



À Professora Doutora Heloisa Wey Berti, minha orientadora, por acreditar em mim e me fazer acreditar; também pela confiança, apoio e ensinamentos.

Minha admiração por seu caráter profissional e brilhantismo como enfermeira e pesquisadora. Agradeço não somente a honra de ter sido conduzida com dedicação, paciência, competência, mas também por ter tido o privilégio de reencontrá-la em outro momento de nossas vidas.



Agradecimentos



À Diretora da Divisão Técnica de Enfermagem Andréa G.O.D.N. Zamberlam, pelo apoio, incentivo e amizade.

Às amigas, Rosa Faria, Eliana Alves, Regina Lúcio, Fátima Andrini, Marisa Lorençon e Suzi Benatto, pela amizade inestimável, colaboração e incentivo e por me permitirem compartilhar o cotidiano de meu trabalho com pessoas especiais.

À Juliana Grejo, por quem tenho um carinho especial.

À Cristina Aparecida Mengue que muito me fez e de quem sinto muita falta.

À Mara Gomes e Meire, pela cuidado com os compromissos.

À Elisandra Carvalho, pelo carinho e paciência durante todo o curso.

À Rosemary Cristina da Silva e Selma Maria de Jesus bibliotecárias, pela revisão das referências e ficha catalográfica.

Às Professoras Doutoras Cristina Maria Garcia de Lima Parada e Eliana Mara Braga, pelas valiosas sugestões e contribuições.

A todos os Professores do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, pelos ensinamentos.

Às equipes de enfermagem das enfermarias cirúrgicas que atenciosamente me receberam e propiciaram as entrevistas.

Aos doentes, os atores mais importantes desta pesquisa, que, invariavelmente ocultos, no entanto, sempre de vital importância para todo o desenvolvimento do estudo. A estes personagens que, mesmo em seus momentos mais difíceis, contribuem conosco.

A todos aqueles que, formal ou informalmente, contribuíram de alguma forma, incentivando, apoiando...

Meus sinceros agradecimentos

Às minhas amigas

Cláudia Helena B. Luppi

Maria Virgínia M. F. F. Alves

Miriam Cristina M. S. Paiva

*Pelo apoio, por me ajudarem a superar o medo
do tempo me atropelar, pelo companheirismo,
estímulo e memoráveis momentos
compartilhados todos estes anos, inesquecíveis.*



Sumário



APRESENTAÇÃO.....	12
RESUMO.....	14
ABSTRACT.....	16
1 INTRODUÇÃO.....	18
2 OBJETIVOS.....	25
2.1 Objetivo Geral.....	26
2.2 Objetivo Específicos.....	26
3 MÉTODOS.....	27
3.1 Tipo de Estudo.....	28
3.2 Local do estudo.....	28
3.3 Sujeitos participantes do estudo.....	29
3.4 Coleta de dados.....	29
3.5 Procedimentos éticos.....	31
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
4.1 Questão analisada: Gostaria que você me falasse sobre sua experiência aqui, nesta enfermaria, desde o dia da sua internação...	34
4.2 Questão analisada: Quem você considera que deve decidir sobre seu bem-estar, sua vida e seu tratamento?.....	47
4.3 Questão analisada: Você poderia me falar sobre como será a sua anestesia e a cirurgia?.....	54
4.4 Questão analisada: Como você acha que serão os primeiros dias depois de operado?.....	62
4.5 Questão analisada: Diga-me quem você gostaria que cuidasse de você após a cirurgia e por quê?.....	68
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
6 REFERÊNCIAS.....	77
ANEXOS.....	84



Apresentação



Ao apresentar esta dissertação, reporto-me à minha trajetória profissional. Formada na primeira turma do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Sagrado Coração – Bauru, no ano de 1979, comecei a trabalhar no Hospital da Associação Beneficente dos Hospitais Sorocabana em 1980. Nessa instituição, atuei na área assistencial, gerencial e também no Centro Cirúrgico.

Em 1987, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, iniciei minhas atividades em enfermarias cirúrgicas, nas quais atuei durante três anos, e depois no Centro Cirúrgico. Desde o ano 2000, ocupo o cargo de diretora de Serviço de Unidades Especiais. Esta diretoria compreende as seguintes áreas: Centro Cirúrgico; Recuperação Anestésica; Centro de Material e Esterilização; Cirurgia Ambulatorial; Terapia Antálgica; UTI Pediátrica; UTI Coronariana; UTI de Adultos; Hospital Dia; Hemodiálise e Ambulatórios.

Em 2006, busquei a pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional – pela possibilidade de aprofundar estudos sobre a minha práxis, fundamentada cientificamente. Durante o curso, tive a oportunidade de me aproximar de conteúdos advindos de diversas disciplinas, especialmente da Bioética, e de conhecimentos sobre métodos de pesquisa, que me permitiram a formulação do problema de pesquisa e o desenvolvimento do presente estudo.

A inquietação sobre aspectos da assistência, em especial ao paciente cirúrgico, sempre esteve presente na minha vida profissional e, de modo mais intenso, as questões referentes ao exercício da autonomia que os doentes fazem durante sua hospitalização. Isto porque, em incontáveis momentos, pude notar a forte dependência do paciente em relação à equipe de saúde e presenciar inúmeros episódios de autoritarismo e paternalismo nas práticas assistenciais.

O presente trabalho é resultante destas inquietações.

Não tenho a ingenuidade de acreditar que as barreiras ora existentes para o pleno exercício da autonomia sejam derrubadas nos próximos anos, pois a grande indagação persiste: Como levar a idéia de autonomia a quem não a tem sequer para administrar sua própria fome?



Resumo



As relações dos profissionais de saúde com os usuários apresentam, historicamente, caráter autoritário e paternalista. A Bioética, por meio dos seus referenciais de autonomia, beneficência e justiça, vem dando importante contribuição à análise de dilemas que se apresentam na prática assistencial. Nesse sentido, a proposta da presente pesquisa foi a de responder à seguinte indagação: Como os indivíduos internados nas diversas enfermarias cirúrgicas estão exercendo sua autonomia durante o período pré-operatório? **Objetivo.** Analisar a percepção de doentes sobre sua autonomia durante a internação em enfermarias cirúrgicas de um hospital universitário. **Método.** Estudo qualitativo, utilizando recurso metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo, e como referencial teórico, para análise dos discursos, a Bioética, com ênfase no princípio da autonomia. **Resultados.** Foram entrevistados vinte doentes maiores de 18 anos, internados há mais de três dias, no período pré-operatório, nas diferentes áreas cirúrgicas do hospital. Observou-se certa fragilidade da autonomia dos indivíduos, uma vez que o conhecimento sobre os procedimentos aos quais seriam submetidos demonstrou ser bastante incipiente. As informações ou foram dadas por pessoas leigas que vivenciaram situações semelhantes, ou por profissionais de saúde que não se fizeram entender. A análise dos discursos, segundo o referencial bioético, permitiu considerar que o atendimento à saúde é reflexo das condições econômicas, sociais e políticas do país. **Conclusão.** Entendendo que a autonomia só é possível em uma sociedade onde as pessoas tenham seus direitos de cidadania respeitados e acesso igualitário à educação, informação e saúde, conclui-se que estas condições são necessárias para que as relações entre profissionais de saúde e doentes sejam mais simétricas, podendo, deste modo, ocorrer o rompimento com o modelo paternalista e autoritário vigente.

Palavras-chave: Assistência Hospitalar. Enfermagem. Bioética. Autonomia.



Abstract



The relationship of health care providers with service users has historically presented an authoritarian and paternalistic character. Bioethics, by means of its referential system based on autonomy, beneficence and justice, has given important contribution to the analysis of dilemmas presented by the health care provision practice. With this regard, the present study aimed at answering the following question. How are individuals hospitalized in different surgical wards exercising their autonomy during the preoperative period? Objective. To analyze patients perception of their autonomy during hospitalization in the surgical wards of university hospital. Method. This qualitative study uses the methodological resource provided by the Discourse of the Collective Subject and, as a theoretical framework for discourse analysis, it relies on Bioethics by emphasizing the autonomy principle. Results. Twenty over-18-year-old patients who had been hospitalized for more than three days in different surgical areas of the hospital during the preoperative period were interviewed. Some fragility in the patients autonomy was observed since knowledge concerning the procedures to which they would be submitted showed to be rather incipient. Information was given either by lay individuals who had experienced similar situations or by health care professionals who were not understood. Discourse analysis, according to the referential system of bioethics, allowed for considering that health care is a reflection of the country's economic, social and political conditions. Conclusion. Understanding that autonomy is only possible in a society where individuals have their citizenship rights respected as well as equal access to education, information and health care, it was concluded that such conditions are necessary for the relationship between health care professionals and patients to be more symmetrical, which would, therefore, enable a rupture from the paternalistic and authoritarian model presently in force.

Key words: Hospital Care. Nursing. Bioethics. Autonomy.



1. Introdução



Os profissionais de saúde, ao prestarem assistência aos doentes, especialmente os hospitalizados, nem sempre consideram a intimidade, a autonomia e a privacidade dos indivíduos sob seus cuidados. Raramente refletem sobre tais aspectos, pois ainda é escassa a literatura de enfermagem sobre esse tema ⁽¹⁾.

Ignora-se, frequentemente, o entendimento que os doentes hospitalizados têm sobre sua autodeterminação e seus direitos.

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

Com freqüência, observam-se relações assimétricas entre profissionais de saúde e doentes, existindo de um lado o poder e 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. Essa coexistência entre autonomia e heteronomia desencadeia conflitos num sistema de forças desigual e, por vezes, desrespeitoso ⁽²⁾.

Historicamente, as relações dos profissionais de saúde com os usuários, em especial com aqueles das classes populares, apresentam um caráter autoritário e paternalista.

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.

Autonomia significa a capacidade que têm os seres humanos de fazer leis para si mesmos, de se autogovernar, de fazer escolhas livres de coações e assumir os riscos dessas escolhas ⁽³⁻⁵⁾.

Valorizar a autonomia do outro é valorizar sua opinião e escolha, a menos que sejam claramente prejudiciais para outras pessoas ⁽⁴⁾. O princípio da autonomia nas relações humanas pode ser compreendido como realizável, quando existirem elementos emocionais e racionais de alternativas, ou seja, quando houver liberdade diante do conflito entre emoção e razão. Liberdade implica em se ter opção, a possibilidade do pensar considerando-se as opções ⁽⁵⁾.

Na relação profissional de saúde-paciente, a autonomia pressupõe competência e liberdade para se proceder às escolhas conscientes, dentre as opções possíveis. Logo, é dever do profissional de saúde fornecer todas as explicações necessárias sobre a situação, riscos envolvidos nas diferentes alternativas de escolha, para que todas as possibilidades sejam reconhecidas e seja possível escolher a que melhor atenda às necessidades ⁽⁶⁾.

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

Segundo Maffesoli ⁽⁷⁾, a comunicação com o doente se dá de modo unidirecional, ora do doente para a equipe de saúde, mediante informações solicitadas de forma objetiva, ora da equipe de saúde para o doente, mediante a apresentação de decisões técnicas. Dificilmente observam-se essas informações ocorrendo de maneira dialógica.

A melhoria da assistência e da sobrevida têm sido possíveis com o avanço da ciência e da tecnologia, sem com isso melhorar os vínculos entre profissionais de saúde e usuários. Não raro, observa-se a substituição do contato direto com o doente por aparelhos que fornecem informações diagnósticas e indicam terapêuticas, diminuindo a participação do indivíduo nesse processo de levantamento das suas próprias condições de saúde. Por outro lado, o atendimento à pessoa enferma, pela chamada equipe de saúde, torna-se cada vez mais impessoal, na medida em que é realizado por uma equipe que se serve do anonimato ou da impessoalidade do termo equipe para a tomada de decisões sobre a vida do paciente ^(8,9).

O uso corrente de termos técnicos complicados, neologismos e um linguajar típico do meio hospitalar, na comunicação dos profissionais com os usuários, pode significar intenções de domínio e poder, pois o poder, para ser exercido, requer de seus detentores a posse de saber e de segredos inacessíveis aos dominados ⁽¹⁰⁾.

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 esta razão, muitas vezes são tomadas

decisões unilaterais sobre o que se considera melhor para o doente, sem um diálogo mais amplo sobre as condições do paciente e suas possibilidades ⁽¹¹⁾.

O doente capaz conhece a si mesmo e suas necessidades e o profissional tem os conhecimentos que possibilitam a identificação de problemas e seleção dos procedimentos para resolvê-los. A autonomia de um não deve bloquear a do outro, antes, ambos devem participar do processo de decisão ^(5,12).

Pesquisa desenvolvida por Toralles-Pereira et al ⁽¹³⁾ utilizou câmeras fotográficas para que os doentes internados em uma enfermaria de ortopedia pudessem fotografar imagens que expressassem suas sensações enquanto doentes acamados. A angústia, a insegurança e as dúvidas vivenciadas pelos pacientes nessa condição de dependência de cuidados e de atenção, o sofrimento e a dor manifestados indicaram: problemas referentes às condições materiais e não materiais, interferindo na qualidade da assistência; aspectos relacionais e a desinformação.

Para reverter problemas deste tipo, propostas têm sido apresentadas por grupos e comissões de humanização do atendimento hospitalar. Estes vêm desenvolvendo trabalho intenso, objetivando conscientizar o pessoal da área sobre os direitos dos usuários, sugerindo inclusive mudanças nas rotinas hospitalares vigentes. Essas sugestões nem sempre são bem recebidas por parte dos profissionais que resistem às mudanças nas concepções tradicionais, fortemente autoritárias.

Os códigos deontológicos ou Códigos de Ética dos profissionais de saúde são bastante enfatizados quanto ao dever destes em respeitarem o doente, fornecer-lhes informações compreensíveis para tomarem suas decisões

livremente. No entanto, tem sido observado o crescimento do número de situações produtoras de comportamentos inaceitáveis nas relações entre profissionais de saúde e usuários ⁽¹⁴⁾.

Em março de 1999 a Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo decretou a Lei nº 10.241 que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado ⁽¹⁵⁾. Esta lei representou importante avanço para a superação do paternalismo na relação entre profissionais de saúde e pacientes. Isto porque, com a lei, torna-se facilitado o trabalho da justiça, aumentando a freqüência dos questionamentos e a tendência à busca dos direitos. Porém, sua ampla divulgação aos usuários ainda permanece incipiente.

À medida que os usuários ampliarem o conhecimento sobre seus direitos e apresentarem mais condições para o exercício de sua cidadania, certamente deixarão a condição de submissão para assumir, de modo mais efetivo, seu papel de sujeitos autônomos, exigindo respeito e dignidade em relação a si e aos outros.

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 freqüência, estão alheios aos determinantes sociais da doença de que estes 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, deste modo, compartilham de suas necessidades e anseios, estabelecendo vínculos afetivos. Isto confere a esses profissionais um poder paralelo de influência, podendo, a enfermagem, contribuir com o doente no exercício de sua autonomia, incentivando-o a conhecer e exercer seus direitos ⁽¹²⁾.

Este estudo teve como finalidades: contribuir com a gestão, no sentido de se 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 os indivíduos internados nas diversas enfermarias cirúrgicas de um hospital universitário estão exercendo sua autonomia durante o período pré-operatório?



2. Objetivos



2.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção de doentes sobre sua autonomia durante internação em enfermarias cirúrgicas de um hospital universitário.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever:

2.2.1 A experiência de doentes internados em enfermarias cirúrgicas no período pré-operatório.

2.2.3 O exercício que faz da sua autonomia o doente hospitalizado, durante período pré-operatório.



3. Método



3.1 Tipo de estudo

Estudo qualitativo, mediante entrevistas com indivíduos hospitalizados, no período pré-operatório, utilizando a abordagem metodológica desenvolvida por Lefèvre et al ⁽¹⁶⁾ que permite a construção do Discurso do Sujeito Coletivo, a partir da identificação das Idéias Centrais e Expressões-chave. Como referencial teórico, para análise dos discursos, recorreu-se à Bioética, com ênfase no princípio da autonomia.

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (HC-FMB-UNESP).

O HC é uma unidade auxiliar da FMB, inaugurado na década de 50 pelo governo do Estado de São Paulo. Integra o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência terciária para 68 municípios do interior do Estado, tendo como missão o ensino, a pesquisa e a assistência. Conta com 415 leitos operacionais, distribuídos nas quatro especialidades básicas: Médica, Cirúrgica, Obstétrica e Pediátrica.

O centro cirúrgico do hospital tem 16 salas de operação sendo somente 10 destas utilizadas. As cirurgias de rotina se iniciam às 7 horas, que dispõem de uma sala por especialidade (horário corrido) até às 18 horas. A média diária de cirurgias é de 30 entre eletivas, urgências e emergências.

3.3 Sujeitos participantes do estudo

A pesquisa foi desenvolvida nas enfermarias cirúrgicas de: cárdio-tórax, ginecologia, gastrocirurgia, neurocirurgia, ortopedia e plástica, urologia e vascular, entrevistando-se indivíduos com no mínimo três dias de internação, os quais aguardavam cirurgia; portanto, no período denominado pré-operatório. Segundo este critério, foram selecionados indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos e conscientes. Para atingirmos os objetivos propostos, contamos com a participação de 20 pacientes.

3.4 Coleta de dados

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, no período de janeiro a julho de 2007, seguindo-se um roteiro (Anexo1). O número de entrevistados foi o suficiente para o alcance dos objetivos deste estudo, conforme preconizam as pesquisas qualitativas. As entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas, transcritas e destruídas, organizando-se os depoimentos de modo a extrair de cada um as idéias centrais e expressões-chave, entendendo que:

1. é necessária uma estratégia metodológica que permita compreender dados subjetivos, a experiência e o conhecimento peculiar de cada um;
2. doentes internados em um mesmo hospital para serem submetidos à cirurgia, interagem dialeticamente no seu cotidiano, desenvolvendo opiniões, explicações e argumentos;
3. a estratégia metodológica deve representar a coletividade desses doentes, não reduzindo suas falas, nem somando trechos de falas semelhantes, mas reunindo trechos diferentes das falas de cada entrevistado, compondo um único discurso.”⁽¹⁶⁾

Deste modo, optou-se por adotar essa abordagem metodológica 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.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

“é composto por aquilo que um dado sujeito individual falou e também por aquilo que poderia ter falado e que seu companheiro de coletividade atualizou por ele já que o pressuposto sociológico de base é que o Discurso do Sujeito Coletivo é a expressão simbólica do campo a que ambos pertencem e da posição que ocupam dentro deste campo ou de uma cultura organizacional”⁽¹⁶⁾ p.30.

“... O pensar das pessoas sobre o tema X não é o equivalente ao conteúdo que eventualmente verbalizam nas entrevistas, mas além e mais do que isso é aquilo que podem pensar, ou seja, o que está no horizonte de pensamento de uma dada cultura. Isto significa, por exemplo, que o pensamento de um dado indivíduo pode incluir também aquilo que outros indivíduos socialmente equivalentes verbalizaram por ele”⁽¹⁶⁾ p.30.

Com o material coletado, para cada questão analisada, foram destacadas as Idéias 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*” ⁽¹⁷⁾ p.22.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi elaborado reunindo-se as Expressões-chave presentes nos depoimentos cujas idéias centrais apresentavam sentido semelhante ou complementar ⁽¹⁷⁾.

Considerando que as perguntas apresentadas aos entrevistados poderiam propiciar a identificação dos modos pelos quais estes indivíduos tomam decisões sobre sua situação de enfermidade e sobre seu tratamento, procedeu-se à análise do DSC fundamentada em referenciais bioéticos.

3.5 Procedimentos éticos

Encaminhamento do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, conforme Resolução 196/96 - CNS. Aprovado em 02 de outubro de 2006 (Anexo2).

Solicitação de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos que aceitaram participar do estudo e conceder entrevista gravada (Anexo3).



4. Resultados e Discussão



Caracterização dos entrevistados

Foram entrevistados 20 indivíduos na faixa etária de 22 a 64 anos, sendo 12 do sexo masculino e 8 do feminino, 17 casados, 2 solteiros e 1 separado. De acordo com a escolaridade, 4 eram alfabetizados, 8 com primeiro grau completo, 3 com ensino médio incompleto, 4 com ensino médio completo e 1 com nível superior. Segundo a procedência, 4 indivíduos eram de Botucatu, 13 de outras cidades da região de Botucatu e 3 procedentes de cidades localizadas em outras regiões do Estado de São Paulo. Todos foram submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos.

Os doentes foram entrevistados pela pesquisadora, após as 18 horas, em local privativo, dentro da Unidade de Internação. A entrevistadora se apresentou como aluna do curso de pós-graduação em enfermagem da FMB-UNESP. A própria pesquisadora, ao final de cada entrevista, procurou transmitir todas as informações que o doente demonstrou desconhecer e querer saber, como também respondeu a outros questionamentos solicitados.

Quanto ao local de internação, 3 doentes encontravam-se internados na enfermaria de Ortopedia, 2 na Neurocirurgia, 4 na Córdio-tórax, 3 na Urologia, 4 na Gastrocirurgia, 2 na Cirurgia Vascular e 2 na Ginecologia.

Apresentação e análise dos Discursos

A seguir, serão apresentadas as questões formuladas nas entrevistas, com respectivas sínteses das idéias centrais. Prosseguindo-se, será exposto o DSC, formado pelas expressões-chave contidas em cada idéia central. A letra “E” significa “Entrevistado” e o número a seguir corresponde à ordem dos entrevistados nesta pesquisa. Por esta codificação, registram-se, na composição do DSC, todos os entrevistados que compartilharam da mesma idéia central, porém com expressões-chave diferentes.

A discussão será feita imediatamente após a apresentação de cada DSC.

4.1 Questão analisada: Gostaria que você me falasse sobre sua experiência aqui, nesta enfermaria, desde o dia da sua internação.

Síntese das Idéias Centrais

- A - Fiquei nervoso, ansioso e com medo.
- B - Fiz vários exames, mas não sei o que é.
- C - É bom ter alguém do lado, mas nem sempre é assim.
- D - Eu gostaria de ir embora logo.
- E - Não tenho do que reclamar.
- F - A gente tem que ficar aqui esperando para não perder a vaga.
- G - O médico me garante que não é câncer.
- H - Se a cirurgia der certo, será bom para os médicos.

Discurso do Sujeito Coletivo

A - Fiquei nervoso, ansioso e com medo (E1, E2, E3, E4, E6, E9, E10, E17, E18, E19).

“Fiquei nervoso e ansioso até um parente me telefonar para vir internar. O médico me examinou e disse que iria me internar para fazer todos os exames, de sangue, biópsia. Bom vai fazer quase 10 dias que estou internado aqui e eu não vou falar para você que a gente não passa uma crise de nervo, porque a gente passa, eu acho que é normal, a gente pode estar com a pressão boa, daqui a pouquinho ela dispara porque o emocional de cada um, não tem quem comprove, né? Hoje à tarde disse que deu um negocinho e que precisava fazer um tratamento fino. Deu um desespero, pois esperava, depois da segunda cirurgia, que não precisava mexer mais, fiquei muito nervoso, meu companheiro de quarto viu, pois eu não sabia que eu teria que internar de novo para fazer a cirurgia, não sabia explicar direito, pensei que iria ser só consultado, faria exames e depois internaria, mesmo assim fiquei internado. Não cheguei a falar sobre isso com ninguém, porque eu já estou nervoso e não quero deixar os outros nervosos, a gente segura o quanto pode para a gente. Você sozinho aqui, a gente começa a pensar muita besteira. A gente tenta evitar, mas quem pode com a cabeça da gente? Estou muito angustiado. A gente vai ficar aí sem saber quando vai fazer a cirurgia, quem sabe como vai ser na hora? Só Deus sabe como vai ser. E eu não posso tomar anestesia geral, porque a outra vez que eu operei passei muito mal e o médico falou que eu não podia tomar anestesia geral, eu não podia nem levantar, então eu tô com medo de fazer, porque é uma coisa que a gente não espera. A princípio, toda internação é preocupante, este não é o local onde eu gostaria de estar...”

Discussão

O DSC revelou sentimentos de tristeza pela internação, susto por não contar com a hospitalização naquele momento e ansiedade. A doença é um fator que afeta a segurança física, econômica, religiosa e, principalmente, emocional.

A hospitalização, de maneira geral, desencadeia no indivíduo sentimentos negativos, pois, ao deparar-se com o problema de saúde, sente-se impedido de desempenhar muito das suas atividades.

A impessoalidade no ambiente hospitalar, a distância do convívio familiar, dos amigos, de seu meio social, e o fato de, mesmo que temporariamente, ter que submeter-se a um ambiente com normas e rotinas às quais não está habituado, pode gerar ansiedade, insegurança e insatisfação. Expectativas em relação ao tratamento e à qualidade do cuidado poderão repercutir na assistência.

No processo de cuidado com esses doentes, devem ser consideradas algumas dificuldades como: adaptação ao novo ambiente, permanecer longe dos familiares, conviver com pessoas desconhecidas, precisar compreender muitas terminologias e exigências para as quais nem sempre está preparado.

Comunicada a necessidade da intervenção cirúrgica, uma diversidade de sentimentos que vão desde o alívio pelo diagnóstico e perspectivas de resolubilidade até grandes temores, impotência, castração, medo do desconhecido, agressões e morte acometem e afligem o doente^(18, 19).

Quando o diagnóstico é cirúrgico e requer a hospitalização, emergem condições que alteram a segurança emocional, gerando uma série de medos, tais como: medo do desconhecido; da anestesia; de não acordar mais; de perder a integridade física e o controle da consciência e, com isto, relatar segredos que não desejaria revelar; além do medo da dor; da cirurgia propriamente dita, dentre outros.

Assim, o período pré-operatório é de importância vital para o doente sob o aspecto biopsíquico e socioespiritual e, por isso, geralmente estressante. Para a maioria das pessoas, uma cirurgia, mesmo que insignificante,

é sinônimo de crise e provoca comportamentos semelhantes a qualquer outra situação traumática ⁽²⁰⁾.

No DSC, esse temor é expresso mediante o uso de palavras como: nervoso, com medo, ansioso, preocupado, desesperado, angustiado, triste.

Reações de temor frente ao ato cirúrgico são esperadas e consideradas essenciais à sobrevivência biológica, pois produzem uma série de alterações funcionais que preparam o indivíduo para resistir ao incidente ⁽²¹⁾. Entretanto, não se podem aceitar certas reações emocionais como “normais” e ficar indiferente a elas.

Por outro lado, a experiência vivida deflagra um processo psicobiológico que inclui a avaliação cognitiva do evento que redimensiona tal experiência. O indivíduo pode, então, desenvolver estratégias que o tornem capaz de minimizar a sensação de ameaça ⁽²²⁾.

Porém, pessoas que não foram adequadamente atendidas em suas necessidades físicas e emocionais, que não entendem ou conhecem os fatos relacionados à enfermidade, cirurgia e anestesia às quais serão submetidas, podem ser encaminhadas ao Centro Cirúrgico, para a realização do procedimento, com alto grau de ansiedade.

Disto decorre a necessidade de se receber informações, atenção, apoio, mediante relacionamento terapêutico, imprescindível à assistência.

O doente cirúrgico exige cuidados de enfermagem fundamentados nas necessidades evidentes e/ou potencializadas pela iminência do procedimento anestésico cirúrgico ou pelas ocorrências oriundas da dinâmica

do preparo do ambiente, do indivíduo, respeitando seus valores e promovendo interações para melhorar sua condição de enfrentamento da cirurgia.

No entanto, o DSC mostra que essa atenção, por parte da equipe de enfermagem, parece não estar sendo priorizada.

Ao considerarem a correlação da ansiedade de pessoas submetidas a cirurgias com a evolução no pós-operatório, alguns autores sugeriram preparação pré-operatória que incluísse um trabalho de assistência psicológica, com o objetivo de diminuir o uso de sedativos e analgésicos após o procedimento cirúrgico ^(22,23).

Outros autores entendem que quando o estado emocional do paciente se encontra muito alterado no pré-operatório, deve ser indicado o adiamento ou cancelamento da cirurgia ⁽²⁴⁾.

Por entender que o enfermeiro deve desenvolver importante papel, ajudando o enfermo a compreender a natureza do seu problema, encorajando-o a participar dos cuidados e a colaborar com eles, vários autores acreditam que a visita pré-operatória pode diminuir a ansiedade do doente, pois consideram que a informação é importante para que a pessoa possa tomar suas decisões, programar sua vida, seu trabalho e, com isso, diminuir sua ansiedade ^(25,26).

B - Fiz vários exames, mas não sei o que é. (E3, E4, E8).

“... fiz vários exames, escarro, biópsia, mas eu não sei o que é. O médico disse que é uma lesão. Achei que já tava tudo resolvido, mas eu tive que internar aqui para operar. Sobre o tratamento... não sei, (pausa). Acho que tem outro tratamento, não só a cirurgia. Falei mais ou menos com os meus filhos, mas eles não estão querendo acreditar,

eu me sufoco, minha amiga sabe bem. Muita gente lá falou pra mim que a cirurgia é simples, muita gente fez lá na minha cidade. Mas agora não sei, não sei que jeito é a cirurgia; a única coisa que a doutora falou para mim é que vai abrir o tórax, foi só o que ela falou. Os companheiros de quarto falaram para eu não me preocupar que a cirurgia é simples, mas dói, conversei com um amigo meu que foi operado há vinte dias mais ou menos, mas não foi aqui, foi lá na misericórdia. Ele falou que foi tudo bem, a gente só tem um pouco de dor, mas depois vai passando”.

Discussão

A falta de informações sobre resultados de exames, diagnósticos e tratamentos angustiam e sufocam. O desconhecimento sobre possíveis alternativas terapêuticas é, de certo modo, uma forma de imposição, pois não permite escolha. O doente levanta a suspeita de que existe outro tratamento, que não apenas o cirúrgico, mas não tem qualquer informação que lhe permita avaliar o que considera ser a melhor escolha, segundo seu próprio ponto de vista. Não tendo elementos para justificar a recusa ou opção pela cirurgia, só lhe cabe respeitar e obedecer a única possibilidade que lhe foi apresentada. Aqui se verifica a persistência da moral heterônoma que é uma moral de obediência e respeito unilateral, enquanto a moral autônoma é a da justiça e do respeito mútuo

(27)

C- É bom ter alguém do lado, mas nem sempre é assim (E5, E16).

“Pra mim, no momento, eu não estou precisando tanto das enfermeiras, mas eu acho que uma pessoa como a dona Maria (outra paciente)... Deveriam dar alimento na boca, não deixar ali, não deixar sozinha ali, ficar uma enfermeira do lado. É porque às vezes a gente acaba de comer e solta, bom, precisa alguém do lado. É o que aconteceu com ela. Pelo menos naquelas horas ali mais difíceis, até que o estômago dá uma endireitada ... o pessoal da enfermagem é bom, eles vêm trocar o

soro direitinho e daí conversam com a gente, se precisa a gente chama e eles vêm, eu acho que eles têm interesse que a gente melhore e vai embora rápido, mas não é todo mundo, mas acho que é porque eles não conhecem bem a gente”.

Discussão

Quando o indivíduo é hospitalizado, passa a participar de um grupo social específico de pessoas internadas, onde, geralmente, são impostas condições caracterizadas por: acentuada dependência da equipe de saúde, espaço físico limitado ao seu quarto e leito, necessidade de ter que deixar de usar suas roupas e objetos próprios, além dos horários para suas atividades serem determinados pela instituição e controlados pelos profissionais ⁽²⁸⁾.

São limitações que descaracterizam o indivíduo, que anulam seu tempo vivido, sua experiência, sua história, as quais impedem ou dificultam o exercício de sua autonomia, além de afastá-lo do seu meio e do seu grupo familiar e social.

Nesse novo meio, o indivíduo passa a perceber as necessidades de outros companheiros internados, se comove diante da situação do outro e consegue, timidamente, elaborar alguma crítica, em geral em forma de sugestão, para que se atente para as necessidades apresentadas pelos seus companheiros de quarto.

D - Eu gostaria de ir embora logo (E1, E2, E4, E6, E7, E8, E11, E13, E14, E20).

“Em geral eu estou bem, mas é sempre melhor a gente estar na casa da gente, a gente fica mais à vontade... Eu gostaria de ir embora logo, com tudo resolvido. É muito ruim ficar muito tempo aqui, longe de casa, da minha gente. Eu tenho falado sobre isso com a minha mulher que está ficando comigo. É ruim ficar internado. É ruim ficar assim isolado,

“você olha sempre para a mesma coisa, se sente preso. O duro é ficar longe da família. Aqui só pode entrar depois da uma e o ônibus não tem hora para ir embora, tem dia que vai às 6, outra vez às 7. Aí eles ficam até a hora de sair, até a hora do ônibus ir embora... Não falei com ninguém sobre isso porque acho que é assim com todo mundo. Pra mim eu aceito numa boa, mas eu fico preocupado com os meus meninos. Gostaria que eu fosse operado logo, assim tudo ficava resolvido. Eu penso assim, se eu tenho uma coisa para resolver eu tenho de resolver logo, portanto se eu tenho que operar, então tudo bem, não tem outro jeito, então é fazer a cirurgia logo... Bom seria que fosse mesmo o que o médico falou. Se não der para operar e resolver, pior para mim, porque o médico disse que seria amanhã, se não aparecesse nenhum caso mais urgente, mas se tivesse um tratamento que sarasse e não precisasse operar era melhor. No hospital é tudo bom, mas a gente fica muito ansiosa para saber os resultados dos exames para resolver logo o problema e ir embora para casa”.

Discussão

Este DSC indicou o desejo de realização da cirurgia e da alta hospitalar a ser satisfeito o mais rapidamente possível e, assim, poder se livrar das angústias e tensões pré-operatórias.

É perfeitamente compreensível este desejo de retornar para sua família e suas atividades normais, especialmente quando afastados destes por razões de enfermidade e hospitalização.

E - Não tenho do que reclamar (E1, E3, E18).

“Acho que o pessoal aqui é muito bom, estou muito satisfeito, isto é uma mordomia, vem comida toda hora, não tenho o que reclamar de ninguém. A cama é boa, a moça limpa diariamente, a comida é boa, mas há quem não goste da comida do hospital, mas é a que a gente tem que comer, quem quer churrasco tem que ir a uma churrascaria, um restaurante, se está aqui é porque tem alguma restrição. Os enfermeiros são muito bons, atenciosos, conversam com a gente, faz o tempo passar, porque a gente sente uma solidão... às vezes vem aquele colapso nervoso, a pessoa se sente mal, alguém da família ajudaria bastante. O bom é a alegria de todos, tratam bem, isto é muito

bom, quando a gente precisa apertar a campainha, apertou a gente é atendido, os médicos se reúnem com o paciente, esclarecem os pontos, a gente vê que são estudantes com pouca idade, mas atrás deles tem gente olhando só para ver o que estão fazendo, eles estão prontos para falar, mas quem vai tomar a decisão é o outro, então eles têm garantia, têm segurança, mas são residentes, mas os que estão atrás deles a gente percebe que são os que dão orientação, eles falam abertamente o que vai ser feito... a gente vê que tem problemas e o que falta é a confiança no serviço e aqui a gente tem... tem uma pia entupida e pediram para consertar e quem conserta disse que vai demorar uma semana, estas são coisas que eu acho que pelo porte do negócio tinha que ser rápido, porque veja bem, a gente tem um banheiro para dois e eu dei sorte também de ter um senhor muito higiênico, mas e se fosse uma pessoa que não tem escrúpulos? É complicado, porque é um lugar que a gente se contagia, bom mas também pode ser coincidência, pode ser só este banheiro que não esteja funcionando...”

Discussão

O DSC ressalta aspectos positivos da assistência, a confiabilidade no serviço, especialmente pelas características de hospital de ensino que conta com professores preparados, assessorando seus jovens alunos. Essa confiança na instituição já é uma tradição na região, apontada em outro estudo e explicada pelos recursos tecnológicos que dispõe para atendimento de casos complexos. (29).

Entretanto, apesar da afirmação de não se ter do que reclamar, são apontadas condições de estrutura física precária que, como bem observado no DSC, podem ter repercussões para a saúde dos doentes ali internados.

Nossa experiência profissional tem-nos possibilitado a percepção de que os doentes formulam pouquíssimas críticas ao atendimento que recebem o que pode ser, em parte, explicado pelo fato de ser uma instituição pública e gratuita e, em decorrência disto, a cultura vigente é de que não se deve reclamar

daquilo que é dado. Aqui se depara com questões que envolvem, especialmente, a compreensão do conceito de cidadania no meio dos excluídos, cuja autonomia é bastante reduzida e a vulnerabilidade muito acentuada.

F - A gente tem que ficar aqui esperando senão perde a vaga (E11, E15, E16).

“A gente fica aqui esperando, esperando, sabendo que tem que fazer a cirurgia. É ruim, poderia esperar em casa, mas o médico disse que não pode, senão eu perco a vaga, mas só vou operar na sexta-feira. Já estou cansado, faz 5 dias que estou internado aguardando a cirurgia e até agora nada. O médico disse: “fique aqui, amanhã pode ser sua chance”, e a gente vai ficando, mas até agora não chegou minha hora. Ficar no hospital a gente tem que ficar, mas estar aqui sem trabalhar me preocupa, pois posso perder o emprego, não sou registrado, trabalho fazendo uma coisinha aqui e outra lá. Tá muito ruim para mim, e isto é o mais preocupante, mas se demora muito a gente vai ficando mais preocupado. Teria sido muito bom para mim que nada disso tivesse acontecido”.

Discussão

O DSC aponta a obrigatoriedade de permanecer internado alguns dias, além do que seria necessário, para assegurar a realização da cirurgia, pois, caso contrário, perderá a vaga para outro doente.

No entanto, inúmeros autores recomendam reduzir ao máximo o número de dias de internação no período pré-operatório com objetivo de diminuir o risco de infecções hospitalares⁽³⁰⁻³²⁾.

Este é mais um dos dilemas éticos que se observam nas situações clínicas, os quais se relacionam ao princípio da beneficência e não maleficência. Afinal, como resolver essa questão, ou, o que seria melhor para o usuário? Permanecer dias a mais, hospitalizado, com risco de infecção hospitalar

e prejuízos tanto para o doente quanto para a instituição, mas assegurar a realização da cirurgia, ou evitar tais riscos. Porém, não se ter certeza sobre a data do procedimento cirúrgico, também poderia ter consequências indesejáveis para o doente.

Os profissionais recorrem a esses tipos de adaptações na tentativa de garantir alguma beneficência, evitando-se danos decorrentes da negligência do sistema de saúde. Negligência que, de forma alguma está relacionada aos princípios legais e doutrinários do SUS, mas ao seu financiamento, o que tem gerado a necessidade de adoção de medidas alternativas que acabam sendo, por vezes, mais onerosas e/ou invasivas, causando mais danos aos usuários.

G - O médico me garante que não é câncer (E13, E20).

“...ninguém vem aqui para morrer. Pior seria saber se eu tivesse um câncer, porque deve ter muita gente que tem, mas o médico falou para mim que isto ele garante que não é... Hoje pela manhã o médico passou aqui e disse que vou operar amanhã. ...estou tranquilo, não estou ansioso, nada... Talvez seja porque desde o ano passado eu já sabia que tinha que fazer esta cirurgia”.

Discussão

O DSC revela temor em relação à morte e esperança de não morrer. Essa esperança se baseia na informação médica de que não tem câncer. Seria verdadeira esta informação? Sabe-se que na prática médica, muitas vezes, a verdade é omitida ao doente pelo temor de que esta possa lhe causar mais

danos. Deste modo, costuma-se subordinar a verdade à bondade ou beneficência.

Não nos propusemos, nesta investigação, a verificar a veracidade desta informação que o doente disse ter recebido, porém, em não sendo verídica, mesmo considerando-se a esperança necessária à existência humana, caberia aqui indagar se ela, a esperança, não cumpriria melhor o seu papel se fosse ancorada na realidade. Dizer a verdade não significa pôr fim à esperança, mas pode viabilizar o sentimento da esperança que conforta sem enganar⁽³³⁾.

Quanto ao sentir-se tranquilo, justificado pelo conhecimento de que há tempos já se sabia da necessidade de cirurgia, denota-se que o tempo transcorrido entre a informação e a hospitalização propiciou o preparo do doente para o evento cirúrgico. Isto nem sempre é possível, como já foi visto em DSC anterior, mas é imprescindível que o indivíduo seja preparado de modo a compreender o que está acontecendo consigo e as possibilidades que existem para a resolução dos seus problemas, desta maneira, o processo de aceitação poderá ser menos sofrido.

H - Se a cirurgia der certo será bom para os médicos (E12).

“Esta é minha terceira cirurgia aqui. Se eu fizesse a cirurgia e ela desse certo, seria bom também para os médicos”.

Discussão

Neste discurso, o doente revela a percepção de que as tentativas anteriores, de solução do seu problema, tornam-se agora um desafio para os médicos, e o sucesso trará benefícios para ambos: médico e paciente.

Médico e paciente podem ser dominados por sentimentos de sucesso ou de fracasso.

O médico pode se sentir derrotado diante da falta de alternativas de tratamento, especialmente quando as valoriza excessivamente e as busca de modo obstinado. É compreensível essa frustração do médico por não obter resultado satisfatório do procedimento que julgou beneficiar seu paciente, o que, em geral, é percebido e compartilhado por todos os envolvidos na assistência: equipe e familiares.

Estes sentimentos podem produzir frustrações e fragilizar a relação entre profissionais de saúde e doentes, advindo, desta situação, o risco de se subestimar o cuidado e o conforto e como consequência, o abandono do doente.

Sentindo o fracasso decorrente da impossibilidade de cura, o doente poderá ter que enfrentar, também, situações de distanciamento das pessoas e de solidão⁽³⁴⁾.

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

Síntese das Idéias 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? E 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 têm o conhecimento, porque estudaram para isso.

É obvio que se busquem 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 seu tratamento. Por esta razão, não faz questionamentos, não se esclarece e, por conseguinte, não participa do processo de tomada de decisões. Essa crença e confiança os levam a delegar seu tratamento.

Por outro lado, convém considerar, também, que há indivíduos que preferem ser tratados paternalisticamente, delegando aos médicos a responsabilidade integral de todas as medidas terapêuticas a serem tomadas. Porém, neste estudo, foi possível identificar que os doentes não dispunham das informações necessárias para opinarem sobre seu tratamento e eventualmente solicitarem alguma conduta alternativa. Logo, seria mais sábio concluir que o detentor de todas as informações tivesse mais condições para decidir. Isto 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 nos 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 humanos e materiais, greves, filas, conflitos nas relações interpessoais, acarretam prejuízos aos usuários dos serviços.

Neste panorama, conseguir uma vaga para internação num hospital público, e realizar um procedimento anestésico/cirúrgico é algo muito complexo, difícil e, na maioria das vezes, demorado.

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

Alguns trabalhos identificam que a autonomia médica tem sofrido profundas modificações na relação médico-paciente, devido ao avanço tecnológico, à 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 ^(35,36).

A relação médico-paciente hoje, é mais franca e democrática que no passado, permite a clareza das ações e o compartilhamento da responsabilidade na tomada de decisões.

Embora esse tempo em que o médico decidia sozinho sobre aquilo que considerava como o melhor para si e para o paciente, sem informá-lo ou consultá-lo, já tenha melhorado, ainda se percebe paternalismos nas suas relações com os doentes. E 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 do indivíduo 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, e é fundamental para o cuidado. Isto porque, doente, profissional e familiares, vão conquistando espaço e voz no processo terapêutico, respeitando as diferenças de valores, expectativas, demandas e objetivos de cada um, prevalecendo a mutualidade.

Um estudo apontou que 98,95% dos doentes entrevistados afirmaram confiar nas decisões tomadas pelos profissionais de saúde e acataram com naturalidade estas decisões, por entenderem que os profissionais de saúde são os que têm conhecimento necessário. Nesse mesmo estudo, constata-se que os riscos e benefícios do tratamento foram devidamente informados e esclarecidos aos enfermos, que estes concordaram com a internação e com tratamento, seguindo a indicação dos profissionais ⁽²⁶⁾.

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, crença e valores do indivíduo.

As crenças religiosas estão entre as mais fortes convicções do ser humano. Esses valores não podem ser desconsiderados ou minimizados ⁽³⁷⁾. A crença religiosa está contemplada como um direito humano estabelecido na Declaração Universal dos Direitos do Homem e na Constituição Federal.

Neste estudo, quando é expressa a crença de que a vida e o tratamento primeiramente estão nas mãos de Deus e depois 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 os profissionais de saúde nas instituições favoreceria reflexões mais fundamentadas nos referenciais da bioética.

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 sua saúde e para a sua vida, ao mesmo tempo assumindo 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, estão a propiciar 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.

Respeitar a pessoa autônoma pressupõe

“a aceitação do pluralismo ético-social, característico do nosso tempo; é reconhecer que cada pessoa possui pontos de vista e expectativas próprias, quanto ao seu destino, que é ela quem deve deliberar e tomar decisões seguindo seu próprio plano de vida e ação, embasada em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando há divergências dos valores dos profissionais de saúde ou dominantes da sociedade”⁽³⁸⁾. p. 39

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 dos seus familiares. No dia-a-dia, percebe-se que a maioria das famílias está presente durante o processo de doença do indivíduo e, muitas vezes, opinando sobre seu tratamento. 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 se estar atento às informações provenientes de pessoas que o conhecem melhor, até porque com ele convivem.

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

Síntese das idéias 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 idéia 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, tem 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 acontecer é fundamental para a garantia da autonomia do doente.

A Lei 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 segundo, itens VI, XXI e XXII, estabelece que:

“o usuário tem o direito de receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre: hipóteses diagnósticas; diagnósticos realizados; exames solicitados; ações terapêuticas; riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas; duração prevista do tratamento proposto; no caso de procedimentos de diagnósticos terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e consequências indesejáveis e a duração esperada do procedimento, exames e condutas a que será submetido; a finalidade dos materiais coletados para exame; alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes no serviço de atendimento ou em outros serviços; ou o que julgar necessário; ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa e receber anestesia em todas as situações indicadas”.⁽¹⁵⁾ p.8

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem nos 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”⁽³⁹⁾.

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” ⁽⁴⁰⁾.

De acordo com Fortes ⁽³⁸⁾

“torna-se desnecessário que as informações sejam fornecidas de forma exclusivamente técnica. Informar alguém tecnicamente não é esclarecer, muitas vezes é desinformar. Cabem informações simples, aproximativas, inteligíveis e leais, ou seja, dispostas dentro de padrões de entendimento acessíveis à compreensão psicológica, intelectual ao usuário, não sendo necessário precisar especificações técnicas”. p. 59

Tanto o paciente quanto os familiares têm direito às orientações claras e precisas, devendo a família atuar junto com a equipe, oferecendo orientação e apoio ao indivíduo hospitalizado.

As informações fornecidas a estes sujeitos limitaram-se àquelas que os profissionais julgaram ser necessárias e suficientes, contemplando apenas os aspectos administrativos, as rotinas e o mínimo necessário para entenderem que necessitariam realizar uma cirurgia para resolverem seu problema de saúde.

Pudemos perceber 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, prevalecendo na instituição.

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

Aceitar que essas pessoas se submetam ao procedimento anestésico/cirúrgico sem a informação necessária para a tomada de decisão, é aceitar a ausência total do exercício de sua autonomia.

O consentimento informado, que está 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 tem razão direta com sua frágil autonomia. Acresce-se a isto a impossibilidade de fazer escolhas, não tendo 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.

Verificou-se que o cirurgião, por vezes, falou da cirurgia apenas como modo de resolução da 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, não o fizeram.

Estudos mostram que os profissionais de saúde têm conhecimento da necessidade e importância de informar doentes e familiares,

porém, não conseguem alcançar esta meta devido à escassez de pessoal, sobrecarga de trabalho, longas jornadas, etc ^(41, 42).

Deste modo, não se dá o não compartilhamento do saber. A sensibilidade para a escuta e para o diálogo fica deficiente.

Ficou claro, também, que não houve indagações por parte dos sujeitos sobre seus desejos de receber informação. Cabe destacar que o doente pode não querer saber detalhes sobre seu estado e/ou procedimentos terapêuticos. Esta 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 isto não for possível, de seu representante, de acordo com seus valores morais e crenças, por parte dos profissionais da saúde ⁽⁴³⁾. Deste modo, entende-se que os indivíduos podem estar exercendo sua autodeterminação inclusive 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 ⁽⁴⁴⁾.

Em nosso estudo, alguns indivíduos foram entrevistados, poucas horas antes do horário agendado para o procedimento cirúrgico e, no entanto, vários deles referiram não saber nada sobre isso, pois ninguém 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 SAEP – Sistematização da Assistência de Enfermagem – essa realidade possa ser modificada.

A Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória - SAEP é um método que preconiza a avaliação pré-operatória do paciente pelo enfermeiro do centro-cirúrgico. Esta tem como princípios/objetivos: o respeito à individualidade, aos direitos e à dignidade do paciente; a integralidade do cuidado prestado na unidade de internação e no centro-cirúrgico; promoção, recuperação e ou manutenção do estado de saúde do indivíduo; estabelecimento de diagnóstico e planejamento da assistência; esclarecimento e reforço das orientações sobre a cirurgia e a anestesia; esclarecimento de rotinas; interação e comunicação enfermeiro-paciente, tendo como finalidade amenizar a ansiedade e os medos.⁽⁴⁵⁾ O SAEP é operacionalizado por meio de: consulta de enfermagem, histórico, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e evolução da assistência de enfermagem. Isto é de grande auxílio ao doente e sua família na compreensão dos aspectos envolvidos no tratamento anestésico-cirúrgico proposto⁽⁴⁶⁾.

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 ha pouco e falou qual vai se 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 o indivíduo 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 esta é clara, em 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 se possa consentir ou recusar procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, devendo ser fornecida em linguagem simples, inteligível, aproximativa, leal e respeitosa, dentro de padrões acessíveis à compreensão intelectual e cultural ⁽³⁸⁾.

Porém, é importante ressaltar 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, que podem dificultar a assimilação e a compreensão. Logo, é necessário que os profissionais avaliem se houve o entendimento da informação e valorizem a necessidade de que os doentes a compreendam, e que estas possam contribuir para 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 nylon em todos os ossos que estão trincados, vai amarrando e depois finaliza a cirurgia”.

Discussão

Este DSC possibilita inferir que a comunicação sobre o procedimento cirúrgico feita ao doente por um conhecido seu, certamente leigo, permitiu-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.

Esta constatação nos inquieta, porque está a nos indicar que as razões, apontadas por profissionais de saúde, para a falta de esclarecimentos aos doentes, tais como: elevadas cargas de trabalho, déficits de pessoal, etc., podem ser apenas subterfúgios para encobrir a primazia dos aspectos técnicos do trabalho sobre os aspectos éticos e morais.

4.4 Questão analisada: Como você acha que serão os primeiros dias depois de operado?

Síntese das Idéias Centrais

A - Não tenho idéia.

B - Meus companheiros de quarto falaram sobre isso ou a gente vê como eles voltam da cirurgia, vai doer muito.

C - O médico falou que vou ficar na UTI.

D - Há chance de eu ter um derrame.

E - Vou aprender a me adaptar.

Discurso do Sujeito Coletivo

A - Não tenho idéia (E1, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E16, E17).

“Não tenho idéia, porque nem sei se vou fazer cirurgia, ninguém falou nada sobre isso e eu também não perguntei. Acho que vai ser igual à outra, mas ninguém explicou nada, não conversei com ninguém também. Acho que não vou precisar ficar na UTI, mas parece que depois eu vou ficar em observação para ver se sangra, depois eu vou embora. Acho que tem dor, que vai ser bem difícil... Eu tenho comigo que vou operar e talvez saia bem. É complicado, porque é a recuperação, você não vê nada até passar a anestesia, você fica entubado e aquele tubo perturba a gente. Eu acho que vai ser muito dolorido”.

Discussão

Por meio deste DSC, percebe-se que os doentes também não foram devidamente informados sobre o período pós-operatório, pela equipe de saúde.

Na prática hospitalar, observamos que os profissionais dedicam grande parte de seu tempo no desenvolvimento e cumprimento de normas, rotinas, técnicas, provimentos de materiais, roupas e equipamentos para poderem assistir ao doente. Em geral, o diálogo se dá durante a execução das atividades rotineiras, possibilitando a percepção de suas necessidades. Entretanto, essa interação profissional de saúde/usuário nem sempre se dá pelas mais variadas razões, porém, todas elas podem ter como base: o paternalismo e o descaso.

O tratamento é decidido pelo profissional médico, transmitido ao doente e executado pela equipe de enfermagem, com uma interação deficiente entre os membros da equipe e entre estes e o paciente.

Quando o indivíduo utiliza como resposta a palavra “*acho*”, fica caracterizada a dúvida, que pode ser decorrente de deficiência na comunicação. Observa-se que o médico o informou apenas sobre a necessidade da cirurgia para resolver o problema da doença em si. A enfermagem o orientou nas situações em que houve necessidade de encaminhá-lo para a realização de algum exame pré-operatório, detendo-se na explicação sobre o procedimento ao qual seria submetido, por exemplo: raio X, eletrocardiograma, etc.

Este discurso indica que não houve informação e esclarecimento sobre todo o processo terapêutico, tempo de internação recuperação e perspectivas para o retorno às atividades diárias.

Os doentes hospitalizados precisam ser conscientizados de que os profissionais de saúde têm o dever de dispor de conhecimentos técnicos, científicos e competências que lhes permitam o cumprimento da obrigação de

orientar, esclarecer, informar sobre a doença, o tratamento, as alternativas existentes, que contribuem para a sua decisão ⁽⁴⁷⁾.

Muitas vezes, é possível notar que os doentes se mostram muito satisfeitos quando seu problema de saúde é resolvido, desconsiderando os meios que foram adotados para o alcance desse objetivo, muito embora tais meios lhes tenham imposto grande sofrimento e dor. Essa satisfação aliada ao caráter de submissão é manifestada com elogios e agradecimentos aos profissionais e à instituição, sem a formulação de qualquer crítica. Estes últimos passavam a avaliar a qualidade do atendimento com base nesses tipos de manifestações subjetivas de indivíduos que guardam uma relação de dependência com a instituição e os profissionais, desconsiderando todos os demais fatores objetivos que devem fazer parte das avaliações de qualidade.

É premente que se assegure a autonomia dos usuários nos serviços de saúde, dando-lhes condições para que superem a dependência e adquiram o controle possível ou desejável da condição que vivenciam. Isto pode se dar por meio do fornecimento das informações e do estímulo à tomada de decisão autônoma ⁽⁴⁷⁾.

Para respeitar o direito à autodeterminação, é preciso dizer a verdade, respeitar a privacidade, proteger a informação confidencial, obter o consentimento antes de intervir e, quando solicitado, ajudar as pessoas a tomarem decisões importantes.

Essa realidade não é observada na prática, onde os profissionais perpetuam a dependência do sujeito, em lugar de se buscar a promoção do exercício dos seus direitos e cidadania.

Estas posturas nos fazem repensar sobre a necessidade da valorização da relação interpessoal, da abordagem holística e humanizada, das informações compreensíveis para que este, pautado em seus valores culturais, possa participar da tomada de decisões relativas ao seu tratamento exercendo sua autonomia.

B - Meus companheiros de quarto falaram sobre isso ou a gente vê como eles voltam da cirurgia (E2, E3, E4, E8, E15).

“Meus companheiros de quarto que já fizeram cirurgia disseram que dói muito. A gente acaba vendo como os companheiros de quarto voltam depois da operação. Os colegas falam que a gente fica entubado e volta para a UTI e lá fica uns dois ou três dias, é só isso que sei. Alguns colegas de quarto já foram operados, já voltaram e falaram como é e o outro ainda tá lá na UTI”.

Discussão

Novamente, verifica-se que o conhecimento que o doente tem veio de outros companheiros que passaram por experiência semelhante e pela sua observação, durante o período de internação. Sem menosprezar este tipo de informação, convém, entretanto, que se considere que esta tanto pode ter repercussão tranquilizadora, quanto preocupante. Muitas vezes, o não entendimento de que os procedimentos se diferem, ou de que as pessoas reagem de modo diferente quando submetidas a um mesmo tipo de cirurgia, pode provocar tensões que não ocorreriam se houvesse uma interação mais adequada dos profissionais com o doente.

C – O médico falou que vou ficar na UTI (E8, E18).

“O médico falou que eu vou ficar na UTI uns dias, depois volto para o quarto, para eu tossir quando der vontade, que vou ficar meio que sentado e quando voltar para o quarto é para eu andar bastante”.

Discussão

Este DSC evidencia a ocorrência de comunicação médica ao doente sobre como será o pós-operatório, podendo este reter a informação sobre onde passará os primeiros dias após a cirurgia e como deverá proceder. São poucas as orientações, porém fundamentais, para que o doente não fique apreensivo ao se ver em uma UTI e não no seu quarto, após a cirurgia, para que saiba que a tosse lhe fará bem e, quando de volta ao quarto, a deambulação lhe será de grande benefício. É esperado dos profissionais o cumprimento deste compromisso ético que não é tão dispendioso, mas exprime aproximação e acolhimento.

D – Há chance de eu ter um derrame (E19).

“Apesar que hoje a medicina está avançada, então eles devem preparar alguma coisa, mas a chance de eu ter um derrame não escapa e eu estou preparado para isso”.

Discussão

Este DSC mostra que o processo doença/ato cirúrgico pode trazer alterações temporárias e/ou permanentes, envolvendo projetos de vida. E o

doente preparado para essa projeção do seu futuro poderá ter seu viver de modo autêntico, não se alienando em meio às rotinas diárias do hospital ⁽³⁴⁾.

E - Vou aprender a me adaptar (E20).

“O que é para mim não é para outro, Deus sabe o que é para mim. Bom, a outra vez eu tive que me adaptar e eu aprendi e agora vou aprender também e me adaptar. O que é duro para mim é isto aí (mostrou o soro). Vou me adaptar”.

Discussão

Neste DSC, depara-se, mais uma vez, com a esperança. Agora, apresenta-se a esperança de aprender a se adaptar.

As pessoas sempre se adaptam às mais diferentes situações e condições motivadas pela esperança de vida e de sobrevivência.

Solidariedade e habilidade para ajudar as pessoas em seus enfrentamentos e esperanças devem fazer parte do elenco de competências a serem desenvolvidas na formação dos profissionais de saúde.

4.5 Questão analisada: Diga-me quem você gostaria que cuidasse de você após a cirurgia e por quê?

Síntese das Idéias Centrais

A - Alguém da minha família, aqui tem poucas pessoas para cuidar.

B - Para cuidar acho que devem ser as enfermeiras, mas todos daqui podem cuidar de mim.

C - Gostaria de ficar sozinho, porque não quero ninguém me olhando com cara de preocupado.

Discurso do Sujeito Coletivo

A - Alguém da minha família, aqui tem poucas pessoas para cuidar (E1, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E14, E15, E16, E18, E19, E20).

“Alguém da minha família, porque já está acostumado comigo e a gente se sente bem melhor com quem é de casa; não querendo falar mal do pessoal que cuida da gente aqui, junto com a família a gente tem mais segurança... quando eu voltar para o quarto vou pedir para o médico para que alguém da minha família possa ficar comigo. A gente precisa de ajuda e às vezes tem poucas pessoas para ajudar, daí fica mais difícil. Seria bom que quem ficasse aqui fosse quem vai cuidar de mim lá em casa, assim já ia aprendendo. A gente tem os amigos, mas na hora do vamos ver é a família ...”

Discussão

Neste DSC, em relação ao cuidado, foi apontado alguém da própria família, o que nos permite constatar que a presença de familiares, nesse momento da hospitalização é de grande importância pelo sentimento e por todas as demais razões que os unem.

É evidente que o ambiente hospitalar, o tratamento em si, o isolamento, a ausência da família, o medo, a necessidade do cuidado, a dependência após a cirurgia indicam a importância de se ter por perto pessoas com quem já tenham sido firmados fortes vínculos.

Na prática, este é um sentimento perceptível na maioria dos sujeitos hospitalizados, pois os hospitais, de maneira geral, restringem a presença de familiares, prática esta que, de certo modo, está sendo repensada pelos profissionais e instituições de saúde, atualmente.

Outro fato citado neste DSC foi a carência de pessoal, basicamente para a assistência de enfermagem. Este parece compreender que um número maior de profissionais proporcionaria melhor atendimento. Isto é real, perceptível e sentido, especialmente por aqueles que estão vivendo a situação de necessidade. Porém, a escassez de recursos para a assistência de enfermagem, tanto materiais quanto humanos, vem mantendo perene a sempre questionável qualidade da atenção nos hospitais públicos do país.

B - Para cuidar acho que devem ser as enfermeiras, mas todos daqui podem cuidar de mim (E2, E8, E17).

“... para cuidar acho que deve ser as enfermeiras, elas estão preparadas para isso, mas uma bem boazinha, não sei o nome, não conheço todas. Todos daqui podem cuidar de mim, não tenho nada pra falar de ninguém não”.

Discussão

Reconhecemos no DSC que, quando foi dito que após a cirurgia os cuidados serão dados por enfermeiras, foi feita uma referência à equipe de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem), havendo o reconhecimento de que o cuidar é competência desta. Pode-se perceber que houve alguma interação do paciente com a equipe de enfermagem num relacionamento de confiança, e também que, durante o período da internação, alguém da enfermagem se fez presente.

C - Gostaria de ficar sozinho, porque não quero ninguém me olhando com cara de preocupado (E12).

“Gostaria de ficar sozinho, já falei que não quero ninguém aqui, só na sexta-feira quando eu vou ter alta, para eles virem me buscar. Não quero que ninguém fique me olhando com cara de preocupado, porque daí eu fico preocupado com eles e eles comigo. Sozinho eu vou me sentir melhor, mais à vontade...”

Discussão

Por outra perspectiva, neste DSC, constata-se a importância da individualização e diferenciação de necessidades, durante este período de internação.

As instituições e profissionais de saúde têm o desafio de encontrar caminhos para introduzir mudanças no que tange à identificação das necessidades individuais de seus usuários e propiciar meios para atendê-las.



5. Considerações Finais



Neste estudo, em que nos propusemos a analisar a percepção de indivíduos hospitalizados sobre sua autonomia no período pré-operatório, foi possível verificar influências da tradição do autoritarismo e 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 aos profissionais de saúde, do poder decisório sobre o tratamento.

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 todo o tratamento dos doentes foi decidido pelo médico, fortalecido pela “concordância” dos sujeitos, estes últimos, mal informados.

Percebe-se, assim, uma relação assimétrica onde ficou evidenciada a superioridade de um sobre o outro. Realmente o médico tem 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 deste, 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. Deste modo, ele permanecerá alienado de si mesmo e entregue aos profissionais de saúde.

A experiência de ser internado em enfermaria cirúrgica, relatada nos DSCs, nos possibilitou identificar sentimentos de medo, susto e angústias decorrentes do afastamento de suas atividades sociais, da preocupação com familiares, da necessidade de permanecer internado mais tempo do que o necessário para assegurar a vaga, do temor da dor e dos resultados da cirurgia, de não saber como será sua anestesia, sua cirurgia, e nem quando isto ocorrerá.

O cuidado precisa 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. O ser humano é único e tem suas dimensões biológica, psicológica e social, totalmente ligadas, vividas e desencadeadas de maneira simultânea.

Atualmente, os profissionais de saúde têm se preocupado com a influência do estado emocional das pessoas em sua recuperação pós-cirúrgica e com as conseqüentes variações dos parâmetros clínicos ocorridas no período pós-operatório ⁽²⁴⁾. São parâmetros clínico-biológicos a indicar necessidades de suporte emocional.

No período pré-operatório, percebemos que o doente requer presença, atenção, além do cuidado e conforto, para reduzir a ansiedade e os temores. Estar presente exige envolvimento, sensibilidade, atenção, ouvir atentamente e compreender o outro, propiciando confiança e esperança. É o afetar e ser afetado, característica essencial de um cuidador.

Entretanto, mesmo quando consciente de todas as angústias vivenciadas pelos doentes durante a internação, invariavelmente a equipe prioriza o biológico na prestação da assistência.

Sabe-se que, também no Centro Cirúrgico, tem sido observada uma assistência mais voltada aos aspectos técnico-operacionais, essenciais ao desenvolvimento do ato operatório, porém, essa atenção não poderia substituir os aspectos humanos do cuidado e do relacionar-se bem com o doente ⁽⁴⁸⁾.

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

Estes dados encontrados no presente estudo mostram a importância de que as profissões da saúde privilegiem sentimentos e valores dos indivíduos e de seus familiares. Isto não significa desconsiderar sentimentos e saberes dos profissionais de saúde, uma vez que todos estão envolvidos no tratamento e cura. Mas a reflexão conjunta para tomada de decisão, que democratize as relações entre profissionais, doentes e familiares resgata a autonomia do doente, fragilizada e vulnerável, propiciando o controle de sua 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 suas próprias limitações, sentimentos conflitantes que surgem diante de cada situação, temores e angústias desencadeados pelos dilemas de difícil resolução com os

quais se deparam e que nem sempre contam com infra-estrutura 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 enxergar 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, de sua família e dos demais profissionais envolvidos com a assistência nas decisões sobre o tratamento.

Entendemos que são necessárias mudanças de mentalidade na equipe de saúde. Espera-se 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 dos indivíduos, promovendo mudanças de comportamentos que se fundamentem na justiça, na beneficência, no respeito mútuo e na solidariedade.

Do mesmo do modo, se faz necessária a adaptação das instituições hospitalares a essa nova mentalidade, incorporando mecanismos capazes de atender às necessidades e expectativas dos usuários, de modo acolhedor, eficiente e eficaz, norteadas pelos pressupostos éticos.

Concluindo, cabe-nos questionar nossa responsabilidade diante das constatações aqui apresentadas.

Trabalhar ampla e ativamente para que os profissionais de saúde e os pacientes ajam autonomamente, é necessário.

Programas voltados aos aspectos humanísticos do atendimento hospitalar parecem indicar alguma perspectiva de melhoria das relações entre profissionais de saúde, doentes e familiares.

A comunicação que envolve o ouvir, principalmente no período perioperatório – período que abrange 24 horas antes da cirurgia, o intra-operatório e 24 horas após a cirurgia – poderá ser muito melhorada com a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).

É preciso que essas preocupações sejam incorporadas na formação ética dos profissionais de saúde para que suas atitudes sejam fundamentadas na moral e na ética e não apenas nos aspectos técnicos e legais da prática assistencial.

Entretanto, reconhecemos que a autonomia dos indivíduos só é possível em uma sociedade onde seus direitos de cidadania são respeitados, o que significa acesso igualitário à educação, à saúde e à informação. Estas 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.



6. 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 Enfermag. 2005; 13(3): 388-96.
2. Marchi MM, Srtajn R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. Bioética. 1998; 6(1): 39-43.
3. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de Bioética. 8 ed. São Paulo: Loyola; 2007.
4. Kovács MJ. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. Bioética. 1998; 6(1): 61-9.
5. Cohen C, Marcolino JA. Relação médico-paciente. Autonomia e paternalismo. In: Segre M., Cohen C. Bioética. São Paulo: Edusp; 1995. p.51-62.
6. Mendes HWB. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu; 1999.
7. Maffesoli M. Dinâmica da violência. São Paulo: Vértice; 1988
8. Boemer MR. A morte e o morrer. São Paulo: Cortez; 1989.
9. Siqueira JE. A evolução científica e tecnológica, o aumento dos custos em saúde e a questão da universalidade do acesso. Bioética. 1997; 5(1): 41-8.

* International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal: sample references.[homepage on the Internet]. Bethesda: U.S. National Library of Medicine; 2003[last updated 2003 July 09; cited 2005 Jun 01]. Available from: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

10. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
 11. Gauderer EC. Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência. 3 ed. Rio de Janeiro: Record; 1991.
 12. Boemer MR. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. *Rev Latino-am Enfermag.* 1997; 5(2): 33-8.
 13. Toralles-Pereira ML, Sardenberg T, Mendes HWB, Oliveira R A. Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(4): 1013-22.
 14. Mendes HWB, Caldas Júnior AL. Infrações éticas envolvendo pessoal de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermag.* 1999; 7(5): 5-13.
 15. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Lei amplia direitos do paciente. *J Cremesp.* 1999; (141): 8.
 16. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O discurso do Sujeito Coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educ; 2000.
 17. Lefèvre F, Lefèvre AM. Depoimentos e discursos. Uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro Editora; 2005.
-

18. Panza AMM. Efeito da visita pré-operatória da enfermeira de centro cirúrgico sobre o estresse do paciente no pré-operatório no dia da cirurgia [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.
 19. Rodrigues AI. O paciente no sistema centro cirúrgico: um estudo sobre as percepções e opiniões dos pacientes em relação ao período transoperatório [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1979
 20. Beland DI, Passos J. Enfermagem Clínica. São Paulo: Epu/Edusp; 1979. v. 3, p. 89-154.
 21. Katz E. Pré y post-operatorio normal y patológico. Buenos Aires: Eldeba; 1971. v. 2, p. 907-50.
 22. Vasconcelos EGO. Modelo psiconeuroendocrinológico de stress. In: Seger L. Psicologia e odontologia uma abordagem integradora. 2 ed. São Paulo: Santos; 1992. p. 25-35.
 23. Waitzberg MM, Hojaij CR. Considerações sobre o estudo da correlação da ansiedade no pós-operatório. *Folha Méd.* 1985; 90(3): 97-103.
 24. Jouclas VMG, Salzano SDT. Planejamento de uma ficha pré-operatória de enfermagem. *Rev Esc Enfermag USP.* 1981; 15(1): 5-16.
 25. Silva MAA, Rodrigues AL, Cessaretti IUR. Enfermagem na unidade de centro cirúrgico. São Paulo: E.P.U; 1977.
-

-
26. Carmo DRB. Possibilidade de manifestação da autonomia do paciente internado em hospital universitário [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
27. La Taille Y. Moral e ética: dimensões intelectuais e afetivas. Porto Alegre: Artmed; 2006.
28. Peniche ACG, Moraes LO. Ansiedade do paciente cirúrgico ambulatorial. SOBECC Rev. 2003; 8(3): 11-6.
29. Mendes HWB, Almeida ES. Razões para a busca de assistência à saúde no serviço de urgência/emergência de um hospital universitário. Rev Paul Enfermag. 2005; 23 (3/4): 235-41.
30. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of surgical Site Infection, 1999. Infect Control Hosp Epidemiol. 20: 247-77.
31. Fernandes AT. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.
32. Núcleo de Prevenção de Infecção. Manual de precauções para isolamento hospitalar. Brasília: SES; 2002.
33. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
-

34. Boemer MR. A morte e o morrer. Ribeirão Preto: Holos; 1998.
35. Mendes HWB. Regionalização da assistência à saúde: análise da demanda ao serviço de urgência/emergência de um hospital universitário [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
36. Pereira Filho A. Autonomia do médico nas instituições. *Bioética*. 1998; 6(1): 47-9.
37. Souza ZS, Moraes MIDM. A ética e o respeito às crenças religiosas. *Bioética*. 1998; 6(1): 89-93.
38. Fortes PAC. *Ética e Saúde*. São Paulo: E.P.U; 1998. p.11-72.
39. COREN-SP. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Art. 17. São Paulo: COREN; 2007/2008.
40. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.1246/88, de 8 de janeiro de 1988. Código de ética médica. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF. 26 jan 1988; Séc. 1: 1574-7.
41. Backes DS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. A humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev Latino-am Enfermag*. 2006; 14(1): 132-5.
42. Aquino CP, Caregnato RCA. Percepção das enfermeiras sobre a humanização da assistência perioperatória. *Rev SOSECC*. 2005; 10(2): 16-21.
-

43. Oliveira BRG, Collet N, Viera CS. A humanização na assistência à saúde. *Rev Latino-am Enfermag*. 2006; 14(2): 277-84.
44. Beauchamp TL, Childress FJ. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 1994.
45. Bianchi ERF, Castellanos BEP. Considerações sobre a visita pré-operatória do enfermeiro da unidade de centro cirúrgico: resenha da literatura estrangeira. *Rev Paul Enfermag*. 1983; 3(5): 161-5.
46. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Manual de práticas recomendadas. 4 ed. São Paulo; 2007.
47. Zoboli ELCP, Sartorio NA. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. *O mundo da Saúde*. 2006; 30(3): 382-97.
48. Cruz EA, Soares E. O centro cirúrgico como espaço do cuidado na relação enfermeiro paciente. *Rev SOBECC*. 2004; 9(2): 11-6.
-



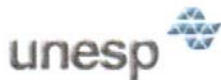
Anexos



ANEXO 1 - Análise da autonomia de indivíduos internados em enfermarias cirúrgicas de um hospital universitário.

Roteiro de entrevista

- 1- Gostaria que você falasse sobre sua experiência aqui, nesta enfermaria, desde o dia da sua internação.
 - 2- Quem você considera que deve decidir sobre seu bem-estar, sua vida e seu tratamento durante sua internação?
 - 3- Você poderia me falar sobre como será a sua cirurgia e sua anestesia?
 - 4- Como você acha que serão os primeiros dias depois de operado?
 - 5- Quem você gostaria que cuidasse de você após a cirurgia e por quê?
-

ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº – Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997



Botucatu, 02 de outubro de 2.006

OF.504/2006-CEP

*Ilustríssima Senhora
Profª Drª Heloisa Wey Berti
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu*

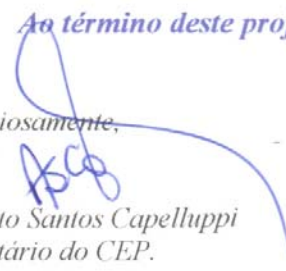
Prezada Drª Heloisa,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP informo que o Projeto de Pesquisa “Autonomia e privacidade na perspectiva de pacientes internados em uma enfermagem cirúrgica de um hospital universitário” a ser conduzido por Márcia Tonin Rigotto Carneiro, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 02 de outubro de 2.006.

*Situação do Projeto: **APROVADO.***

- Ao término deste projeto, apresentar ao CEP Relatório Final de Atividades.*

Atenciosamente,


*Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.*

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM TRABALHO CIENTÍFICO

Projeto de Pesquisa: "Análise da autonomia de indivíduos internados em enfermarias cirúrgicas de um hospital universitário"

O objetivo da presente pesquisa é o de analisar o exercício que pacientes internados em enfermarias cirúrgicas do Hospital das Clínicas de Botucatu da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP fazem de sua auto-determinação. Solicito seu consentimento para participar de entrevista gravada em fita cassete, respondendo perguntas sobre a sua participação no seu tratamento e nos cuidados dispensados a você nesse período pré-operatório. Após a transcrição da sua entrevista, a fita contendo a gravação será destruída. Será mantido sigilo sobre sua identidade e suas informações serão de uso exclusivo da pesquisadora.

Tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa "**Análise da autonomia de indivíduos internados em enfermarias cirúrgicas de um hospital universitário**", a ser conduzida sob responsabilidade da Enfermeira Márcia Tonin Rigotto Carneiro, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional, orientada pela Professora Dra. Heloisa Wey Berti, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, declaro que concordo participar da mesma, respondendo as perguntas apresentadas em entrevista com o uso de gravador.

Estou ciente de que a pesquisadora manterá sigilo sobre minha identidade e de que a mesma estará disponível para responder a quaisquer perguntas e que poderei retirar esse consentimento a qualquer tempo.

Esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos com a pesquisadora pelos telefones: (014) 3811-6070, ou 3811-6220.

Botucatu, ____ de _____ de 2007

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Entrevistado

Contatos pelos endereços:

Rua Magnólia 420, Botucatu – SP F: 3882-1812

Rua Cel. Antonio Cardoso do Amaral, 42, Botucatu – SP F: 3815-5485
