

# Autonomia do paciente: análise situacional de uma unidade de urgência

Thaís Buraschi Sene<sup>1</sup>, Mariana Lourenço Lino<sup>2</sup>, Ricardo Alessandro Teixeira Gonsaga<sup>3</sup>, Eduardo Marques da Silva<sup>4</sup>, Terezinha Soares Biscegli<sup>5</sup>

## Resumo

As unidades de urgência constituem um observatório das condições do sistema de saúde, funcionando como fonte de informação para as ações de vigilância. A relação médico-paciente, calcada em bases humanitárias, éticas e legais, propicia o correto diagnóstico e tratamento. O consentimento informado é uma das condições indispensáveis dessa relação, a expressão prática do respeito à autonomia dos pacientes, bem como discutir as condutas éticas com pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos de urgência relativa. O presente trabalho resulta de pesquisa qualitativa-descritiva, realizada mediante entrevistas individuais, semiestruturada, com pacientes submetido à colecistectomia tradicional, no período de junho a novembro de 2011. Concluiu-se que a relação médico-paciente no setor de urgências tem como característica o anonimato e que os pacientes se deparam com o desconhecido, em relação ao diagnóstico, médico e hospital, o que algumas vezes lhes provoca temor e dificulta a relação.

**Palavras-chave:** Autonomia pessoal. Bioética. Epidemiologia descritiva. Medicina de emergência.

## Resumen

### La autonomía del paciente: un análisis de una unidad de urgencia

Las unidades de emergencia constituyen un condiciones observadas en el sistema de salud, que funciona como una fuente de información para las acciones de vigilancia. La relación médico-paciente, basada en razones humanitarias, éticas y legales, asegurar un correcto diagnóstico y tratamiento. El consentimiento informado es un requisito indispensable de esta relación, la expresión práctica de la relación con la autonomía de los pacientes. Este artículo objetiva desmaldecir los procedimientos médicos, con los pacientes sometidos a cirugías de emergencia en virtud de la perspectiva ética. Fue un estudio descriptivo, la investigación cualitativa, llevada a cabo a través de entrevistas individuales, semi-estructurada, con el paciente que se habían sometido a una colecistectomía tradicional en el período de julio a noviembre de 2011, en la clínica de Trauma y Cirugía de Urgencias de un hospital universitario. Se concluyó que la relación médico-paciente en el sector de emergencias de un hospital de referencia del departamento tiene la característica de guardar el anonimato. En el momento de emergencia, el paciente se enfrenta al desconocido doctor y el hospital.

**Palabras-clave:** Autonomía personal. Bioética. Epidemiología descriptiva. Medicina de emergencia.

## Abstract

### Patient autonomy: an analysis of an unit emergency

The units of emergency constitute an important report of observed conditions of the health system, functioning as an information source for the actions of surveillance. The doctor-patient relationship, based on humanitarian grounds, ethical and legal, ensure a correct diagnosis and treatment. The informed consent is a prerequisite of this relationship, the practical expression of, relating to the autonomy of patients. Autonomy includes the ability to self-determination, think and act independently. The disease threatens the integrity of human choice and decision making, conditions which the physician should encourage the participation of the patient throughout the process. The objective is to discuss the medical procedures, with the patients undergoing emergency surgeries on under the ethical perspective. Descriptive, qualitative research, conducted through individual interviews, semi-structured, with the patient who had undergone traditional cholecystectomy in the period from July to November 2011, at the clinic of Trauma and Emergency Surgery of a teaching hospital. It was concluded that the physician-patient relationship in the sector of hospital emergency department reference has the characteristic of anonymity. At the time of emergency, the patient is faced with the unknown doctor and hospital.

**Key words:** personal autonomy. bioethics. epidemiology, descriptive. emergency medicine.

Aprovação CEP Fipa 0009.0.218.000-11

1. **Graduanda** thaís.sene@yahoo.com.br; 2. **Graduanda** mariana\_lino16@hotmail.com. 3. **Mestre** novo02@uol.com.br. 4. **Especialista** dumarques@gmail.com. 5. **Doutora** terezinhabiscegli@yahoo.com.br – Faculdades Integradas Padre Albino, Catanduva/SP, Brasil.

## Correspondência

Ricardo Alessandro Teixeira Gonsaga – Rua Altinópolis, 690, Agudo Romão CEP 15802-020. Catanduva/SP, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Devido ao baixo investimento em estratégias de promoção da saúde as unidades de urgência tornam-se, por inadvertência, uma espécie de “laboratório” para averiguar as condições de saúde da população e da atuação do sistema de saúde. Por receberem a maioria dos pacientes com agravos inusitados à saúde, caracterizam-se como contínua fonte de informação para as ações de vigilância em saúde.

A característica e frequência dos problemas trazidos às unidades de urgência podem ser “lidas” quase como um mapa da saúde, que mostra a reprodução de antigos problemas e aponta falhas na integralidade da atenção. Permite inferir, em especial, a escassez de ações educacionais para prevenir e proteger contra riscos e agentes agressores conhecidos, bem como as deficiências estruturais que dificultam a recuperação e reabilitação da saúde das pessoas<sup>1</sup>.

Por sua própria especificidade a atenção em regime de urgência acaba, muitas vezes, por deixar de atender a preceitos éticos básicos da relação médico-paciente, principalmente aqueles relativos à informação ao paciente sobre diagnóstico, terapêutica e prognóstico, e o esclarecimento indispensável à assinatura do consentimento para a realização de exames e tratamento, especialmente os invasivos. Sob tal ótica, o presente estudo apresenta e discute os aspectos de conduta da equipe médica que ferem esses aspectos éticos no trato com os usuários, com ênfase na autonomia e termo de consentimento livre e esclarecido dos pacientes submetidos a procedimento cirúrgico de urgência.

### Urgência e informação

A Resolução 1.451 do Conselho Federal de Medicina (CFM)<sup>2</sup> define como urgência a *ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata*<sup>3</sup>. Como esta definição abrange ampla gama de situações relativas e absolutas que devem ser resolvidas com a máxima presteza, tende, muitas vezes, a inibir *atitudes tais como o acolhimento, a intimidade e a naturalidade, que retomam a humanização na assistência, devem se concretizar em um contexto de eficiência técnica e especializada*<sup>4</sup>.

Como nas situações de urgência, principalmente em hospitais públicos, não é possível escolher o médico que realizará o atendimento, pois o sistema consiste, na maioria, em plantões, com médicos diferentes a cada turno, os *usuários transformam-se em números de prontuários e o corpo*

*clínico em técnicos, sendo o binômio envolto num ambiente de insegurança e atitudes defensivas*<sup>5</sup> que afetam a todos. Esta situação adversa para ambos os grupos, profissionais e usuários, propicia que os aspectos éticos indispensáveis à boa relação médico-paciente, como o respeito à autonomia manifesto no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), sejam muitas vezes olvidados, principalmente no caso de pacientes submetidos a procedimento cirúrgico de urgência.

Assim, tanto nas urgências relativas quanto nas absolutas não é frequente, quer pela própria situação quer pelo total desconhecimento dos atores envolvidos no processo, a obtenção do TCLE. Entretanto, obter o consentimento do paciente é dever do médico, expresso no art. 22 do Capítulo IV do Código de Ética Médica (CEM), que veda ao médico *deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte*<sup>3</sup>. O consentimento informado atribui ao paciente a obrigação de participar de toda e qualquer decisão sobre seu tratamento, ou seja, decidir sobre tudo o que possa afetar sua integridade psicofísica. Para tanto, deve obrigatoriamente ser informado pelo médico assistente dos riscos, benefícios e alternativas de tratamento, sendo reconhecido como capaz de escolher o melhor para si, sob a ótica da igualdade de direitos e oportunidades.

Refletindo sobre o CEM atual e a terminalidade da vida, Pessini *et al.*<sup>6</sup> afirmam que *representa abertura inovadora ao se constituir resultante de visões de diferentes profissionais, incluindo a sociedade civil, no lidar com o conhecimento, a atualização e novas competências no âmbito da saúde*<sup>6</sup>. Ressaltam, no contexto maior do CEM, o *surgimento da identidade do médico como orientador e parceiro do paciente, a partir de uma visão não só biológica, mas fundamentalmente humanista*. Advertem, ainda, que *para tanto, será preciso que o médico esteja preparado para o atendimento ao paciente, enxergando-o como ser integral, dotado de sentimentos, expectativas e com direito a decisões que lhe garantam dignidade na vida*<sup>6</sup>.

O *consentimento informado* é a expressão do respeito às pessoas e, incrivelmente, só passou a ser discutido e regulamentado na década de 40. A incorporação desse elemento bioético na prática clínica e nos códigos de deontologia médica demorou mais algum tempo e, ainda hoje, muitos profissionais ainda desconsideram esta necessidade, mantendo um cunho paternalista<sup>7</sup> em seu cotidiano laboral. Todavia, o consentimento informado é instrumento

indispensável à boa prática da medicina, não sendo elemento apenas legal, mas um direito moral e ético dos pacientes que gera obrigações para os médicos. E é impossível falar de consentimento informado sem abordar o princípio da autonomia de vontade na conduta do paciente, sendo este agente único de seus próprios atos e vontades<sup>8,9</sup>.

Santos *et al.* afirmam que *a autonomia inclui a capacidade para a autodeterminação, para resistir a pressões sociais, para pensar e agir de maneira mais independente. Na relação entre os membros de uma família, no cuidado domiciliar durante o processo da doença, é mantida, existe uma autonomia em ocupar o seu espaço, ou seja, cada um ocupa uma posição na estrutura familiar. Durante a internação, os autores têm papéis definidos, uns são doentes, outros acompanhantes e os profissionais de saúde, os controladores, porém todos sobre as regras elaboradas para garantir o bom funcionamento do sistema, o que nem sempre reflete o melhor para o doente. Estudo com pacientes internados mostrou que a autonomia era pouco desenvolvida e perigosamente exposta às decisões de outrem*<sup>10</sup>. A relação médico-paciente, assentada sob bases humanitárias, éticas e legais, garante a melhor relação interpessoal e favorece o correto processo diagnóstico e terapêutico<sup>5</sup>. Consideramos que essas características só poderão ser alcançadas mediante a correta e fidedigna informação ao paciente, que inclui a exata explicação acerca do diagnóstico, tratamento e prognóstico, manifesta, dentre outros aspectos, pela assinatura do TCLE pelo paciente, de maneira autônoma.

### Método

O estudo transversal, do tipo qualitativo-descritivo<sup>11-14</sup>, adotou como referencial metodológico a teoria das representações sociais (TRS)<sup>15</sup>, descrita por Moscovici, a qual *apresenta grande aderência aos objetos de estudos na área da saúde por conseguir focalizar os aspectos subjetivos que permeiam os problemas inerentes à área*<sup>16</sup>. Para conhecer e descrever os significados sobre as considerações do médico em relação ao paciente e avaliar sua atitude no que diz respeito às urgências em saúde, sob o referencial da TRS, o método escolhido foi a análise de discurso do sujeito coletivo (DSC), por permitir a aproximação ao fenômeno em estudo<sup>17</sup>.

Após a assinatura do TCLE, foram realizadas entrevistas individuais, semiestruturadas, com 43 pacientes, as quais foram gravadas, transcritas e analisadas seguindo-se rigorosamente os critérios

metodológicos estabelecidos. Para o cálculo da amostra foi utilizado o fechamento amostral por saturação teórica, *operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados*<sup>18-20</sup>.

A coleta de dados foi realizada de junho a novembro de 2011 no Hospital Escola Padre Albino, na cidade de Catanduva/SP. Os participantes do estudo foram os pacientes submetidos a procedimento cirúrgico de urgência relativa, colecistectomia tradicional, por representar, na visão dos pesquisadores, um procedimento rotineiro, realizado em todos os turnos do plantão da clínica cirúrgica e, ainda, por propiciar tempo hábil para uma avaliação clínica (pré-operatória), orientações e coleta do TCLE. As entrevistas foram realizadas entre o quinto e o sétimo dia de pós-operatório, durante o retorno do paciente ao ambulatório de cirurgia de urgência e trauma, do Hospital Escola Emílio Carlos, na mesma cidade.

As entrevistas investigaram as percepções apresentadas quanto à relação médico-paciente e seus inerentes conflitos bioéticos. As questões éticas deste trabalho foram elaboradas de acordo com o CEM em vigência. Para a análise e apresentação dos resultados foi utilizado o discurso do próprio entrevistado (P), redigido na primeira pessoa do singular, composto por expressões-chave (ECH) que tiveram as mesmas ideias centrais (IC) e ancoragem (AC), obedecendo-se rigorosamente a ordem das seguintes etapas: 1ª) As respostas foram ouvidas várias vezes e só após melhor compreensão da ideia geral do discurso foram literalmente transcritas; 2ª) Leitura geral das respostas de cada entrevistado, seguida da leitura separada de todas as respostas para a questão analisada; 3ª) Transcrição das respostas para cada questão, em ordem numérica crescente, sendo marcadas as ECH em itálico e indicadas as IC que representaram a descrição das ECH; 4ª) Transcrição individual de cada ideia central, com suas respectivas ECH; 5ª) Extração do tema de cada uma das perguntas, agrupando-se suas respectivas IC. Finalmente, a construção dos DSC separadamente de cada ideia central, com suas respectivas ECH.

Após a tabulação pelo DSC e ECH, os sujeitos da pesquisa foram agrupados em forma de banco de dados, por meio do programa de computador Epi-info® versão 3.5.1.

## Resultados e discussão

### Perfil

Dos pacientes estudados, 75% eram do sexo feminino, com idade média de 50,8 anos para mulheres e 49 para homens. O grau de escolaridade com maior prevalência foi o 1º grau completo (54,3%) e a renda familiar, de 1 a 2 salários mínimos (63,6%). Com relação às questões analisadas, optou-se por apresentar resultados e discussão associados, pois esse tipo de narrativa favorece a descrição dos trabalhos qualitativos<sup>21</sup>. Para facilitar a compreensão do leitor o texto foi subdividido de acordo com as questões analisadas, apresentadas a seguir.

### **“Ao chegar ao hospital, na unidade de urgência, como você foi informado pela equipe médica sobre a sua doença?”**

A análise do discurso comum apresentou duas ideias centrais: *“Fui bem informado”* (90,7%) e *“Não fui bem informado”* (9,3%). Apesar de a maioria quase absoluta considerar-se bem informada, elementos singulares dos discursos dão margem a interpretações distintas. Segundo Crepaldi, *mesmo com tanta busca por uma medicina humanizada, as práticas continuam submetendo as pessoas doentes e seus familiares a situações de constrangimento e desconsideração, esquecendo-se do que deveria ser o objetivo primeiro da função hospitalar, que é resgatar a saúde e dignidade dos cidadãos. O paciente e sua família nem sempre são informados sobre o que vai ocorrer no hospital, sem contar que em muitas ocasiões o doente não é consultado sobre se aceita ou não ser submetido a certos procedimentos, ou que sua família possa decidir por ele quando está impossibilitado de fazê-lo*<sup>22</sup>, o que pode ser visto nos seguintes depoimentos: *“Me levaram lá para dentro e não me falaram nada”* (P 26); *“Não me disseram nada direito; foi tudo muito rápido”* (P 29); *“Só falaram que deu uma complicação, quando vi já estava sendo operada”* (P 35).

O contato médico-paciente é uma relação altamente específica porque a presença ou a possibilidade da doença a dota de características dificilmente encontráveis em qualquer outra relação humana. A todo instante são colocadas ante o médico a imprevisibilidade do ser humano, as imperfeições da ciência, as suas próprias limitações frente à realidade da dor e aos questionamentos sobre a morte. Essa angústia se repete em cada contato com novo paciente e só não é evidenciada de maneira explícita porque o médico, ao vivê-la repetidamente, busca

elaborar mecanismos para confrontá-la, embora nem sempre obtenha o resultado esperado<sup>23</sup>.

As doenças graves colocam em risco a própria integridade do ser humano. Segundo Drane e Pessini<sup>24</sup>, *a doença é o inimigo do agir, da liberdade e da autodeterminação e, na doença grave, sofre-se um amplo agravo, acompanhado de uma devastadora perda do poder de remediar o agravo sofrido. Dessa forma, se a escolha, a iniciativa, a tomada de decisões e a responsabilidade são influenciadas pela enfermidade de que sofre o paciente, o médico tem o dever de promover e estimular a participação do paciente nas decisões diagnósticas e terapêuticas e estimular a autodeterminação de seu paciente*<sup>24</sup>.

Assim, vive-se uma situação paradoxal, pois, de um lado, temos o paciente sendo privado de sua liberdade de escolha e autodeterminação e, de outro, o corpo clínico, com a limitação imposta pela própria natureza da medicina. Ambos tendem a desenvolver mecanismos de defesa na maioria das vezes prejudiciais à relação médico-paciente – o que acaba deteriorando as relações humanas e profissionais entre o binômio médico-paciente (e familiares).

### **“Foi oferecido ao senhor (ou familiares) um termo de consentimento com o diagnóstico, prognóstico e possibilidades de tratamento?”**

Do total de entrevistados, 72,1% alegaram não ter ciência de nenhum termo de consentimento. No entanto, as normas hospitalares definem que todos os pacientes admitidos no serviço assinem obrigatoriamente o TCLE, junto com os papéis da internação hospitalar. Assim, este resultado discrepante dá margem a interessante discussão sobre a compreensão, por parte dos pacientes, do que estão assinando. Esse conflito pode ser observado nos relatos a seguir: *“Me mandaram assinar um papel, mas não me explicaram nada”* (P 10); *“Eu assinei, mas do jeito que eu estava não queria saber de nada”* (P 15).

Entre as exigências para a obtenção do TCLE a *informação* é a mais importante, motivo pela qual deve ser clara, objetiva e em linguagem compatível com o nível de compreensão do paciente. O normal é a ignorância quanto aos termos técnicos, devendo o profissional de saúde evitar utilizá-los. Silva<sup>25</sup> orienta que *o médico deve ser pontual, escolhendo quais informações são importantes para a decisão do paciente, não devendo se ater mais aos benefícios do que aos riscos, sob pena de responder por omissão de dado relevante. A ponderação de qual linguagem e quantidade de informação a ser repassada há que considerar o grau de entendimento do paciente, assim como a gravidade da intervenção a*

ser efetivada. A principal importância da informação é munir o paciente de elementos básicos à sua decisão. É bom ressaltar a importância da informação para validade do consentimento, pois na hipótese de submissão do paciente ao tratamento médico por insuficiência de esclarecimento dos dados, inválido será o consentimento informado<sup>25</sup>.

O não fornecimento das informações necessárias ao paciente é entendido como negligência, passível de responsabilização, haja vista que negligência significa o descuido, a não observância de regras técnicas ou mesmo administrativas<sup>26</sup>. Entretanto, podemos observar em um único relato de paciente o que deveria ser a rotina do serviço: “Sim, eu li e assinei” (P 33). Em recente publicação, Torres<sup>27</sup> refere que a boa prática médica continua baseada na observação dos conceitos hipocráticos – beneficência, não maleficência, respeito à vida, confidencialidade e à privacidade – acrescidos do respeito à autonomia do paciente, o seu direito em receber todas as informações e participar mais ativamente do seu tratamento. Disso se depreende que somente com o devido esclarecimento do paciente, mediante informações repassadas pelo médico, é que a relação médico-paciente pode ser fortalecida, garantindo a autonomia do mesmo, e que tais aspectos ainda não estão suficientemente consolidados na prática dos serviços de urgência.

#### “Você foi informado sobre os riscos cirúrgicos?”

A análise do discurso comum apresentou duas ideias centrais: “Sim” (16,3%) e “Não” (83,7%). Seguindo Pereira<sup>5</sup>, intervenções invasivas e de risco muitas vezes são mal informadas aos pacientes ou familiares, e a falta de ambiente próprio para a troca de informações confidenciais impede maior aproximação entre ambos, o que pode ser observado nas expressões: “O médico disse que não teria problema algum” (P 13); “Para mim não falaram nada; só se falaram para minha esposa” (P 27); “Somente na anestesia, mas aí, já estava lá” (P 29).

Podemos observar que o art. 34 do Capítulo V do Código de Ética Médica veda ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal<sup>3</sup>. Portanto, a não informação sobre os riscos de uma cirurgia é um desrespeito à autonomia do paciente e vai contra as normas legais vigentes. Todo indivíduo tem o direito de consentir ou recusar propostas de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico que tenham potencial de afetar

sua integridade física, psíquica ou social, cabendo ao médico dar essa opção ao paciente<sup>27</sup>.

#### “Em algum momento de toda a sua internação sofreu algum tipo de constrangimento?”

Pupulim e Sawada relatam que no cuidado à saúde a violação da privacidade da pessoa pode ocorrer de formas variadas e em diferentes níveis, como da informação, do espaço pessoal e territorial, do corpo, no campo psicológico e moral. É indiscutível o mérito disso, contudo se questiona quais são os limites e as normas para a ação dos profissionais, tendo em vista os direitos do paciente e que expor e tocar o corpo, além das informações obtidas, é inerente a assistência à saúde. É interessante apontar a ausência de leis específicas direcionadas à privacidade referente ao acesso físico dos usuários dos sistemas de saúde. Os códigos de ética preveem o dever do profissional e o direito do paciente à privacidade, assim como a Constituição brasileira e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, porém não são explícitos e nem há fiscalização, parecendo mais normas e recomendações, talvez porque o limite entre o necessário e o excesso seja muito tênue e difícil de ser determinado<sup>28</sup>. No presente estudo, 90,7% dos pacientes negaram qualquer forma de constrangimento. No entanto, 9,3% dos entrevistados queixaram-se de falta de informação, mau atendimento da enfermagem e dificuldades em lidar com a pouca privacidade e exposição corporal, motivos que causaram desconforto: “Eu só fiquei assustada com aquele monte de gente na sala que eu não conhecia” (P 10); “Fiquei constrangido de ter que ficar dependente de outras pessoas e com vergonha de usar aquelas roupas do hospital” (P 16).

Estudo empreendido por Woogara observou a falta de privacidade para a higiene corporal e o uso de roupa hospitalar, que sempre desnudavam o corpo, principalmente os órgãos genitais, e identificou a necessidade de controle e opção individual para obtê-la, notando-se que os pacientes têm pouca chance de escolher. Aponta, ainda, que eles aceitam a falta de privacidade sem protestar para não serem taxados de impopulares, e cominam em menor privacidade por priorizarem as necessidades das equipes de saúde e acreditarem que o cuidado é mais importante do que preservar a própria identidade<sup>29</sup>. Embora alguns indivíduos manifestem contrariedade, outros veem a nudez e toque corporal com espontaneidade, talvez por realmente não se importarem; porque a abordagem foi adequada; ou, ainda, porque consideraram como inevitável, como pode ser observado no comentário: “Tá aqui, não pode ter vergonha” (P 4). Esse tipo de afirmação

leva a crer que, dado que a ausência de privacidade para a higiene corporal, bem como a falta de decoro das vestes hospitalares, são impostas aos pacientes como partes inerentes à dinâmica institucional, parece que muitos deles deixam de questioná-las priorizando o tratamento e a recuperação da saúde.

Considerações assim parecem apontar para o fato de que muitos profissionais não têm a consciência de que devem respeitar a privacidade e dignidade dos pacientes, sendo tidas como menos relevantes do que o cuidado ou tratamento<sup>29</sup>. O respeito à integridade certifica a dignidade e deve ser compreendido como o direito à individualidade em relação aos aspectos físicos (ao pudor quanto a determinadas partes do corpo) e psicológicos (o respeito aos valores, opiniões e pensamentos) da pessoa<sup>30</sup>.

### **“O que você gostaria que fosse melhorado com relação a sua autonomia e direitos?”**

Atualmente, a autonomia do paciente é assunto frequente, visto não mais ser aceito o tradicional modelo paternalista no qual o médico decide, por seu paciente, qual o melhor tratamento<sup>31</sup>. Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba afirma que *autonomia significa autogoverno, autodeterminação da pessoa em tomar decisões relacionadas à sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica e suas relações sociais. Pressupõe existência de opções, liberdade de escolha e requer que o indivíduo seja capaz de agir de acordo com as deliberações feitas. O respeito à autodeterminação fundamenta-se no princípio da dignidade da natureza humana, acatando-se o imperativo categórico kantiano que afirma que o ser humano é um fim em si mesmo. Algumas variáveis contribuem para que um indivíduo torne-se autônomo, tais como condições biológicas, psíquicas e sociais. A boa prática médica atual continua baseada na observação dos conceitos hipocráticos beneficência, não maleficência, respeito à vida, à confidencialidade e à privacidade, acrescidos do respeito à autonomia do paciente, o seu direito em receber todas as informações e participar mais ativamente do seu tratamento*<sup>32</sup>.

Neste estudo foram obtidas quatro ideias centrais (IC) referentes à opinião dos pacientes frente a sua autonomia e direitos: 1) “Nada a ser melhorado”; 2) “Mais informações”; (3) “Mais rapidez no atendimento” e; 4) *adequações na equipe de enfermagem*. A maioria dos entrevistados (72,1%) não apresentou nenhuma proposta para a melhoria do cumprimento de seus direitos: “No meu ponto de vista não tem nada para melhorar porque eu fui muito bem atendida e não descuidaram de mim ne-

*nhum momento”* (P 4). No entanto, em alguns casos, percebe-se que a aceitação do contexto pré-estabelecido em detrimento da autonomia pessoal dá-se, provavelmente, em virtude da pouca escolaridade da população estudada, que implica em acentuado grau de desconhecimento acerca de seus direitos. Este fato é exemplarmente ilustrado na fala a seguir, na qual o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) afirma a gratuidade do serviço: “*Pra mim não precisa melhorar... por ser de graça, tá bom*” (P 6).

O princípio da autonomia é desrespeitado quando há falta de informação ao paciente em relação ao procedimento que se pretende realizar e à ausência do consentimento livre e esclarecido, concedido de forma voluntária e específico para cada procedimento. Esta falta de respeito à autonomia pôde ser identificada em 16,3% dos pacientes que expressaram o desejo de ter recebido mais explicações acerca de sua doença: “*Acho que eles [médicos] deveriam explicar mais as coisas pra gente se sentir seguro*” (P 17).

A autonomia foi uma das conquistas bioéticas mais importantes do século XX e alavancou o surgimento de novos conflitos na relação médico-paciente, que devem ser enfrentados e refletidos por ambos os atores dessa relação especial<sup>33</sup>. Respeitar a autonomia é reconhecer que cabe ao paciente decidir sobre o seu próprio destino, segundo sua visão de vida, fundada em crenças, aspirações e valores próprios – mesmo quando divergentes dos dominantes na sociedade ou dos defendidos pelos médicos. Gondinho refere que *os direitos do paciente devem receber atenção especial. Isso porque o médico litiga com a saúde de outra pessoa. O uso de procedimentos inadequados, erro médico, má orientação, dentre outras adversidades presentes nas relações entre médico e pacientes podem provocar danos de difícil reparação, muitas vezes irreversíveis, à saúde física e psicológica de pessoas que procuram ajuda médica visando a cura de enfermidades, o aperfeiçoamento físico, estético ou até mesmo uma simples consulta*<sup>34</sup>.

### **Considerações finais**

A relação médico-paciente no setor de urgência, especialmente nos hospitais públicos, tem como característica o anonimato. Médico e paciente encontram-se e, quase sempre de maneira recíproca, um sequer sabe o nome do outro. Num momento de urgência médica qualquer pessoa que não tem conhecimento clínico sente-se temerosa pelo que se

passa consigo. É nessa circunstância adversa que o doente (geralmente) se depara com médico e hospital desconhecidos, que contribuem para que se sinta inferiorizado, o que dificulta ainda mais a relação e o próprio atendimento.

Embora o tempo para o atendimento seja escasso, quer pela característica da emergência quer pela própria logística da demanda de serviço, nada impede ao médico utilizá-lo com educação e cortesia<sup>35</sup>. Entretanto, os dados deste estudo permitem entrever que as práticas de comunicação ainda são desafios à construção da cidadania social no Brasil. Para Romano<sup>36</sup>, *há muito que caminhar neste campo; o processo de comunicação do conhecimento é tão ou mais complexo que o processo de invenção do conhecimento*.

Como resultado prático desta pesquisa, houve sensibilização dos gestores e responsáveis técnicos, principalmente dos profissionais médicos envolvidos com o ensino da instituição que foi cenário para a coleta de dados, considerando-se tanto os estudantes e professores da graduação quanto os discentes e docentes da especialização na modalidade de residência médica. Em decorrência do estudo, os hospitais-sede da pesquisa, vinculados ao curso de medicina das Faculdades Integradas Padre Albino, estão em processo de reformulação e implantação de normas, bem como se adaptando à rotina de educação continuada e permanente para todo o corpo clínico, reconhecendo a necessidade da humanização e do correto tratar com os pacientes.

Cabe ressaltar, dentre essas animadoras iniciativas, a inovação no TCLE para os procedimentos médicos invasivos. A partir da análise dos dados da

pesquisa serão definitivamente abandonados os termos de consentimento genéricos e padronizados, elaborados em linguagem técnica, nos quais está ausente qualquer informação relevante sobre o tratamento do paciente. O termo passará a ser individualizado, relativo especificamente ao quadro do paciente, e não poderá ser utilizado em larga escala como meros folhetos informativos ou, em alguns casos, “*desinformativos*”.

Ressaltamos que este estudo apresenta limitações no nível da validade interna, vez que foi analisada representativa amostra de uma única clínica em um contexto social e geográfico específico. Entretanto, estudos comprovam que esta realidade é similar ou pior em outras especialidades e setores dos hospitais brasileiros<sup>37</sup>. No tocante a limitações ao nível externo, as variáveis estranhas não podem ser controladas à medida que a temática abordada é influenciada por aspectos subjetivos como a cultura, a educação, os sentimentos, as emoções, as crenças e os valores – os quais influenciam o posicionamento do paciente entrevistado. A validade externa também está condicionada, pois não nos é possível generalizar locais ou amostras que não as estudadas, permitindo apenas a transferência de conclusões para realidades semelhantes<sup>38</sup>.

De qualquer forma, vale acrescentar como reflexão final que a aplicabilidade da pesquisa para o aprimoramento dos serviços prestados pela instituição aponta as conquistas que podem ser alcançadas com o estreitamento das relações entre a clínica e a academia, especialmente no que tange à promoção da ética na saúde.

## Referências

1. Sousa MV. As emergências hospitalares do Estado de Santa Catarina: um estudo exploratório. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.451/95. Disponível: [http://www.portalmedico.org.br/php/pesquisa\\_resolucoes.php](http://www.portalmedico.org.br/php/pesquisa_resolucoes.php) (acesso 12 abr. 2011).
3. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010.
4. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Oliveira RA, coordenador. Cuidado paliativo. São Paulo: Cremesp; 2008.
5. Pereira LA. Aspectos éticos e legais do atendimento de emergência. Revista Amrigs, 2004; 48(3):190-4.
6. Pessini L, Hossne WS. Terminalidade da vida e o novo código de ética médica. Revista Centro Universitário São Camilo. 2010; 4(2):127-9.
7. Marques Filho J. Termo de consentimento livre e esclarecido na prática reumatológica. Rev. Bras. Reumatol. 2011; 51(2): 175-83.
8. Clotet J. O consentimento informado nos comitês de ética em pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade. Bioética. 1995; 3(1):51-9.
9. Baú MK. Capacidade jurídica e consentimento informado. Bioética. 2004; 12(1):103-8.
10. Santos LR, Leon CGRMP, Funghetto SS. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. Ciênc. Saúde Coletiva. 2011; 16 (Supl.1):855-63.

11. Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saúde Pública.* 1995; 29(1):63-74.
12. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública.* 2005; 39(3):507-14.
13. Neves JL. Pesquisa qualitativa – características, uso e possibilidades. *Cad. Pesq. Administração.* 1996;1(3): 1-5.
14. Campos CJG, Turato ER. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2009; 17(2): 259-64.
15. Araújo MC. A teoria das representações sociais e a pesquisa antropológica. *Revista Hospitalidade.* 2008; 5(2):98-119.
16. Moscovici S. A representação social e psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
17. Silva LC, Mendonça ARA. Neonatologia e terminalidade da vida: as implicações bioéticas da relação equipe de saúde-paciente-família. *Rev bioét (Impr.)* 2010;18(3):677-90.
18. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(2):389-94.
19. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(1):17-27.
20. Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research.* Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
21. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface.* 2006; 10(20):517-24.
22. Crepaldi MA. Bioética e interdisciplinaridade: direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização. *Paidéia.* 1999; 9(16):89-94.
23. Moreira Filho AA. Relação médico-paciente: teoria e prática, o fundamento mais importante da prática médica. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed/CRM-MG; 2005.
24. Drane J, Pessini L. Bioética, medicina e tecnologia. São Paulo: Loyola; 2005.
25. Silva CA. O consentimento informado e a responsabilidade civil do médico [Internet]. Brasília: 2003. (acesso 10 jul. 2012). Disponível: <http://jus.com.br/revista/texto/3809/o-consentimento-informado-e-a-responsabilidade-civil-do-medico>
26. Goldim JR. O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia. *Revista Amrigs.* 2002; 46 (3-4):109-16.
27. Torres AF. Bioética: o princípio da autonomia e o termo de consentimento livre e esclarecido. *Jornal do CRM-PB,* 2007; 72.
28. Pupulim JSL, Sawada NO. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2002; 10(3):433-8.
29. Woogara J. Patients' privacy of the person and human rights. *Nurs Ethics.* 2005; 12(3):273-87.
30. Randers I, Matiasson AC. The experiences of elderly people in geriatric care with special reference to integrity. *Nurs Ethics.* 2000; 7(6):503-19.
31. Sá MFF. Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido. Belo Horizonte: Del Rey; 2001.
32. Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba. Bioética: o princípio da autonomia e o termo de consentimento livre e esclarecido. João Pessoa: CRM-PB; 2007.
33. Hossne WS. Relação médico-paciente: competência do médico. In: Segre M, Cohen C. Bioética. São Paulo: Edusp; 1995.
34. Gondinho APRO. Direitos reais e autonomia da vontade: o princípio da tipicidade dos direitos reais. Rio de Janeiro: Renovar; 2000.
35. Alves JG. Aspectos psicossociais do atendimento de emergência. In: Mello Filho J. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 244-9.
36. Romano R. Ética, ciência, universidade: entrevista com Roberto Romano. *Interface-comunicação, saúde, educação.* 2002; 6(10):97-109.
37. Almeida LD, Machado MC. Atitude médica e autonomia do doente vulnerável. *Rev. bioét (Impr.)* 2010; 18(1):165-83.
38. Saraiva AMP. Suspensão de tratamentos em unidades de terapia intensiva e seus fundamentos éticos. *Rev. bioét (Impr.)* 2012; 20(1):150-63.

**Participação dos autores no artigo**

Thaís Buraschi Sene e Mariana Lourenço Lino participaram do planejamento do estudo, coleta de dados, análise estatística e redação final. Ricardo Alessandro Teixeira Gonsaga participou do planejamento e orientação do estudo, análise estatística e redação final. Eduardo Marques da Silva participou do planejamento do estudo e redação final. Therezinha Soares Biscegli realizou a conferência dos dados (validação interna) e revisão final do texto. Todos os autores leram e aprovaram o presente artigo.

**Fonte de financiamento**

Artigo produzido com resultado do Programa Cremesp de Bolsas para Estudantes de Medicina na Área de Ética Médica 2011.

