



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

**LARISSA DOS SANTOS TALARICO MACHADO**

**ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE A AUTONOMIA DO  
PACIENTE INTERNADO**

Rio de Janeiro  
2018

LARISSA DOS SANTOS TALARICO MACHADO

**ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE A AUTONOMIA DO  
PACIENTE INTERNADO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, de instituições de ensino superior associadas, como requisito final à obtenção do Título de Mestre em Bioética orientada pela Professora Doutora Marisa Palácios da Cunha e Melo de Almeida Rego.

Rio de Janeiro

2018

M957 Machado, Larissa dos Santos Talarico.  
Análise da percepção do enfermeiro sobre a autonomia do paciente internado / Larissa dos Santos Talarico Machado. – Rio de Janeiro: UFRJ/UFF/UERJ/FIOCRUZ, 2018.  
61 f.; 30 cm.

Orientadora: Marisa Palácios da Cunha e Melo de Almeida Rego.

Dissertação (Mestrado) - UFRJ/UFF/UERJ/FIOCRUZ. Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, 2018.

Referências: f. 111-114

1. Autonomia. 2. Paternalismo. 3. Relação médico-paciente. 4. Relação enfermeiro-paciente. 5. Bioética I. Palácios, Marisa. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. III. Universidade Federal Fluminense. IV Universidade do Estado do Rio de Janeiro. V. Fundação Oswaldo Cruz. VI. Título.

CDD 171.7

## FOLHA DE APROVAÇÃO

LARISSA DOS SANTOS TALARICO MACHADO

### ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE A AUTONOMIA DO PACIENTE INTERNADO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em associação UFRJ-FIOCRUZ-UERJ-UFF, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Bioética Aplicada e Saúde Coletiva.

Aprovada em: 20 de dezembro de 2018.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marisa Palácios (Orientadora)

UFRJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristiane Maria Amorim Costa

UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Suely Marinho

UFRJ

## AGRADECIMENTOS

O caminho para chegar a esse momento não foi fácil e não seria possível sem o apoio e ajuda de algumas pessoas, por isso quero utilizar esse espaço para agradecer a todos que de alguma maneira contribuiu para realização e finalização dessa pós-graduação e também dessa etapa da minha vida.

À professora Cristiane que me apresentou à bioética abrindo meus olhos para uma visão totalmente mais ampla não só da minha profissão, mas também do mundo o que resultou no meu interesse em realizar a pós-graduação stricto sensu.

À Professora Marisa Palácios que mesmo sem me conhecer aceitou a tarefa de me orientar nessa trajetória e que apesar de alguns imprevistos permaneceu me apoiando a continuar.

Aos meus pais que mesmo distantes e sem compreender direito como funcionam todos os processos de uma pós-graduação, mantiveram seu apoio e me ajudaram através de orações e pela força enviada a cada ligação através de palavras de incentivo e conforto.

Às amigas Lívia Maria, Camila Bahia e Nathália Nunes que me ajudaram dividindo as suas experiências com o mestrado, tanto positivas quanto negativas, me ajudando a seguir sempre em frente e a acreditar no meu potencial. Em especial à Lívia por me incentivar a me inscrever no processo seletivo e a me oferecer colo sempre que foi necessário, à Camila por estar sempre a disposição me oferecendo ajuda e comida, a Nathália pelos dias de cinema e desabafo ajudando a recarregar as energias para continuar.

À amiga Grazielli Gava pelos artigos fornecidos que contribuíram para a formação teórica dessa pesquisa e à amiga Diane Coutinho por nunca duvidar da minha capacidade.

À Letícia que entrou em minha vida nos últimos meses e foi essencial para a conclusão desse processo, seus puxões de orelha e incentivos sempre ressoam em minha cabeça quando os pensamentos negativos surgem.

À meus irmãos, em especial a minha irmã que aguentou alguns momentos de estresse inesperados. E a todos outros que de alguma maneira contribuíram e torceram para que esse momento acontecesse.

## RESUMO

MACHADO, Larissa dos Santos Talarico. **Análise da percepção do enfermeiro sobre a autonomia do paciente internado.** Dissertação (Mestrado em Bioética Aplicada e Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

De acordo com o modelo bioético de abordagem por princípios, a pessoa autônoma é aquela que não somente delibera e escolhe seus planos, mas que é capaz de agir com base nessas deliberações. Pensando nesse conceito, podemos identificar uma mudança na posição do paciente em relação a tomada de decisão no que diz respeito ao seu tratamento. Este agora tem o direito ao acesso à informação sobre os recursos disponíveis a ele e pode questionar a utilização desses recursos. Apesar dessa mudança os profissionais de saúde nem sempre consideram a autonomia do paciente que está internado em sua assistência. Essas questões nos levaram a questionar qual o limite da autonomia nas relações entre o enfermeiro e o paciente? Diante o exposto, este estudo tem como objetivo realizar uma análise da percepção do/a enfermeiro/a sobre a autonomia do paciente e suas relações com sua prática em ambientes de enfermagem de adultos. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, onde foram realizadas entrevistas abertas com enfermeiros plantonistas e residentes de enfermagem que trabalham nas enfermarias de clínica médica e cirúrgica de um hospital universitário do Rio de Janeiro. As entrevistas foram analisadas utilizando a Análise de Conteúdo Temática, seguindo os polos cronológicos citados por Bardin, os achados foram organizados em duas categorias e duas subcategorias que foram intituladas: A percepção dos enfermeiros sobre o respeito a autonomia do paciente; Inclusão do paciente no processo de decisão; Como os profissionais reagem a autonomia do paciente e O paternalismo na relação enfermeiro-paciente. Concluímos que entre os enfermeiros existe uma divergência na percepção do conceito de autonomia e que o entendimento do respeito à autonomia do paciente está diretamente ligado a essa percepção. Essa divergência também gerou diferentes interpretações de quais seriam os limites da autonomia do paciente dentro de uma unidade hospitalar. Percebemos que apesar das mudanças ocorridas na relação enfermeiro-paciente, ainda há necessidade de mudança para que o paciente de fato assuma seu lugar na tomada de decisão relacionada a seu tratamento e cuidados em saúde no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Autonomia. Paternalismo. Relação médico-paciente. Relação enfermeiro-paciente. Bioética.

## ABSTRACT

MACHADO, Larissa dos Santos Talarico. **Análise da percepção do enfermeiro sobre a autonomia do paciente internado**. Dissertação (Mestrado em Bioética Aplicada e Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

According to the bioethical model of approach by principles, the autonomous person is the one who not only deliberations and chooses their plans, but who is able to act on the basis of these resolutions. Thinking about this concept, we can identify a change in the position of the patient in relation to decision making regarding their treatment. This now has the right to access information about the resources available to him and may question the use of these resources. Despite this change, health professionals do not always consider the autonomy of patients who are hospitalized in their care. These questions led us to question the limit of autonomy in the relationship between the nurse and the patient? In view of the above, this study aims to perform an analysis of the perception of the nurse about the patient's autonomy and its relationships with his/her practice in adult ward environments. This is a qualitative research, where open interviews were conducted with nurses and nursing residents working in the medical and surgical wards of a university hospital in Rio de Janeiro. The interviews were analyzed using thematic content analysis, following the chronological poles cited by Bardin, the findings were organized into three categories and one subcategory that were titled: The nurses' perception of respect for patient autonomy; Inclusion of the patient in the decision-making process; How professionals react to patient autonomy and the paternalism in the nurse-patient relations. We conclude that there is a divergence in the perception of the concept of autonomy among nurses and that the understanding of respect for the patient's autonomy is directly linked to this perception. This divergence also generated different interpretations of what would be the limits of the patient's autonomy within a hospital unit. We noticed that despite the changes occurring in the nurse-patient relationship, there is still a need for change so that the patient actually assumes his/her place in the decision-making related to their treatment and health care in the hospital environment.

Keywords: Autonomy. Paternalism. Physician-Patient relations. Nurse-Patient relations. Bioethics.

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>11</b>
1.1 OBJETIVO.....	15
1.1.1 Objetivo Geral.....	15
1.1.2 Objetivos Específicos .....	15
<b>2 PRINCIPALISMO DE BEAUCHAMP E CHILDRESS</b> .....	<b>16</b>
2.1 HISTÓRICO .....	16
2.1 AUTONOMIA.....	17
2.3 PATERNALISMO .....	19
<b>3 A RELAÇÃO ENTRE O PROFISSIONAL DE SAÚDE E O PACIENTE</b> .....	<b>21</b>
3.1 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE .....	21
3.2 RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE .....	23
3.3 DECISÃO COMPARTILHADA .....	25
3.4 ADVOCACY EM ENFERMAGEM .....	26
<b>4 ESTUDOS PRECEDENTES</b> .....	<b>28</b>
<b>5 MÉTODO</b> .....	<b>31</b>
5.1 TIPO DE PESQUISA.....	31
5.2 SUJEITOS.....	31
5.3 CENÁRIO.....	32
5.4 COLETA DE DADOS .....	32
5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	34
<b>6 A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O RESPEITO A AUTONOMIA DO PACIENTE</b> .....	<b>35</b>
6.1 INCLUSÃO DO PACIENTE NO PROCESSO DE DECISÃO .....	39
6.2 COMO OS PROFISSIONAIS REAGEM A AUTONOMIA DO PACIENTE.....	41
<b>7 O PATERNALISMO NA RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE</b> .....	<b>45</b>
<b>8 CONCLUSÃO</b> .....	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>51</b>
<b>APÊNDICE</b> .....	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE55	
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA ABERTA.....	58
<b>ANEXO</b> .....	<b>60</b>
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (IESC – UFRJ) .....	61
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE).....	63



## 1 APRESENTAÇÃO

A enfermagem é uma área que tem se voltado para as relações humanas e para uma visão holística do homem, e a proximidade da equipe de enfermagem com o paciente, no cotidiano hospitalar, lhe possibilita um vínculo que lhe confere um certo poder. A equipe de enfermagem, dada essa proximidade mais constante com os pacientes, tem a possibilidade de compartilhar de seus medos e inseguranças em relação a seus tratamentos e possui um poder paralelo de influência em relação a eles, devido aos vínculos que se estabelecem. Sob essa perspectiva, a enfermagem pode contribuir para que o paciente faça exercício de sua autonomia dentro do ambiente hospitalar (BOEMER; SAMPAIO, 1997).

Apesar do vínculo que o profissional de enfermagem desenvolve com o paciente e a possibilidade desse profissional poder ajudar no desenvolvimento de sua autonomia, o que comumente vivenciamos na prática é a caracterização do paciente como chato, pela equipe de enfermagem, quando este se coloca de forma crítica e questionadora frente às questões que surgem referentes ao seu tratamento e procedimentos cotidianos do ambiente hospitalar. Essas questões nos levaram a questionar qual o limite da autonomia nas relações entre o enfermeiro e o paciente?

Para falarmos da autonomia do paciente e sua relação com o enfermeiro, vamos utilizar o princípalismo de Beauchamp e Childress que é uma corrente da bioética. O termo Bioética apareceu pela primeira vez em 1927 quando o filósofo Fritz Jahr utilizou a palavra Bio-Ethics em um de seus artigos. Ele caracterizou a bioética como o reconhecimento de ações éticas com todos os seres vivos e não apenas em relação aos seres humanos. A descoberta dessa publicação antecipa o surgimento do termo bioética, já que antes sua criação era atribuída ao oncologista Van Rensselaer Potter que em 1971 lançou o livro *Bioethics: bridge to the future* onde descreve a bioética como uma ponte entre as humanidades e a ciência da natureza, caracterizando a como a ciência da sobrevivência (GOLDIM, 2006; MOTTA; VIDAL; SIQUEIRA-BATISTA, 2012)

Em seu início, a bioética deparou-se, na primeira metade do século XX, com os abusos gerados pelas pesquisas científicas envolvendo seres humanos, evidenciando a necessidade de regulamentações éticas para essas condutas de investigação, e com o avanço tecnológico e científico da medicina que fez emergir dilemas éticos e questionamentos sobre a morte e o morrer. Assim, “a bioética nasce

de um sentimento de responsabilidade diante dos desafios de sustentar e melhorar as condições de vida humana” (LEÃO, 2010, p. 431) e “coloca em pauta o respeito, o cuidado e a proteção a todos os seres vivos” (MOTTA; VIDAL; SIQUEIRA-BATISTA, 2012, p. 431).

A Bioética se caracteriza como uma parte da ética, definida como um ramo da filosofia que delibera sobre os dilemas éticos referentes à vida humana. Ela possui caráter deliberativo e transdisciplinar, e na área da saúde, possui a função de solucionar os conflitos de valores ou dilemas que vem surgindo devido os questionamentos sobre a terminalidade da vida, aborto, transplantes, pesquisas com seres humanos e outros, cada vez mais presentes devido o avanço tecnológico. Uma de suas correntes é o princípalismo, que surge em 1978, como o modelo bioético de abordagem por princípios elaborado por Tom Beauchamp e James Childress, fundamentado nos princípios de respeito à autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça (BOEMER; SAMPAIO, 1997; MOTTA; VIDAL SIQUEIRA-BATISTA, 2012; CONTRERAS, 2014; BRATZ; SANDOVAL-RAMIREZ, 2018).

O princípio de respeito à autonomia significa agir de forma a capacitar as pessoas a agirem de forma autônoma já que há o reconhecimento de que elas possuem o direito a ter suas opiniões. A não-maleficência diz respeito a obrigação de não causar danos intencionalmente e a beneficência implica na obrigação moral de agir em benefício do outro. O princípio da justiça está ligado a justiça distributiva, que se refere a uma distribuição justa e equitativa não só na área da saúde, mas na sociedade (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

De acordo com o modelo bioético de abordagem por princípios, a pessoa autônoma é aquela que não somente delibera e escolhe seus planos, mas que é capaz de agir com base nessas deliberações (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011). Com base nesse conceito, podemos identificar uma mudança na posição do paciente em relação a tomada de decisão no que diz respeito ao seu tratamento e cuidados em saúde. O paciente não é mais um sujeito passivo, que segue fielmente as deliberações dos médicos e de outros profissionais da saúde, ele tenta assumir cada vez mais um papel ativo nas deliberações dos seus cuidados e tratamentos em saúde.

O modelo de relação médico-paciente mais tradicional na medicina é o modelo hipocrático que teve sua origem no Juramento Hipocrático. O Juramento Hipocrático comprometia o médico a atuar pelo bem do paciente, tendo como

princípios básicos a beneficência e a não-maleficência. Nesse modelo de relação, o poder de escolha é do médico pois é ele que possui o conhecimento necessário para decidir o que é melhor para o paciente. Assim, o paciente, por ser leigo, possui um papel passivo nas tomadas de decisões sobre seus cuidados e tratamentos em saúde.

A partir de mudanças referentes à Política Nacional de Saúde, que passou a ressaltar o direito do cidadão se aproximando da Declaração Universal dos Direitos Humanos que garante a saúde como um direito da pessoa, a relação dos profissionais de saúde e os pacientes foi afetada. Podemos verificar essa mudança na Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, formulada pelo Ministério da Saúde, que foi baseada em seis princípios de cidadania e apresenta como quarto princípio o direito de todo cidadão a um atendimento que o respeite como pessoa, em seus valores e direitos (BRASIL, 2007). O paciente não possui mais uma posição de objeto e seu acesso a saúde não é visto mais como um benefício, e sim como um direito, assim, ele assume uma posição de um sujeito que tem opiniões e que discute sobre o seu tratamento (BOEMER; SAMPAIO, 1997).

Apesar dessas mudanças, ainda há fortes resíduos de uma relação autoritária entre o profissional de saúde e o paciente já que se observa, na prática, que os profissionais de saúde nem sempre consideram a autonomia do paciente que está internado em sua assistência. “Ignora-se, frequentemente, o entendimento que os doentes hospitalizados têm sobre sua autodeterminação e seus direitos” (CARNEIRO; BERTI, 2009, p. 85). Com isso, os profissionais frequentemente assumem uma postura paternalista, que ocorre quando o profissional contraria as preferências do paciente com o objetivo de beneficiar o paciente ou de evitar que ele sofra danos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011). E assim, muitas vezes o profissional acaba “negando o direito do indivíduo de decidir, por si próprio, em relação ao seu corpo, ao seu cuidado e tratamento, sem que suficientes discussões e questionamentos sejam levantados” (SANTOS; BENERI; LUNARDI, 2005, p. 405).

Sabe-se que a dependência, a insegurança e a perda de controle sobre si mesmos podem surgir em decorrência da própria condição de enfermidade, mas, também, que tais condições podem ser desencadeadas ou exacerbadas por ações que despersonalizam os indivíduos. Com frequência, observam-se relações assimétricas entre profissionais de saúde e doentes: de um lado, o poder; de outro, a submissão. (CARNEIRO; BERTI, 2009, p. 85).

A presença do paternalismo na relação entre o profissional de saúde e o paciente, se deve ao fato de os profissionais, ainda predominantemente guiados pelo modelo biomédico, buscarem sempre salvar o paciente, deixando de lado que ele possui valores e crenças próprios que irão influenciá-lo no processo de decisão. O vínculo entre o profissional e o paciente deve ser estabelecido de modo a garantir que o paciente exerça a sua autonomia, cabendo ao profissional ouvir o paciente, transmitir as informações necessárias para sanar suas dúvidas e respeitar a sua decisão final, mesmo quando essa decisão não corroborar com a decisão que a equipe acredita ser melhor para o paciente (BOEMER; SAMPAIO, 1997).

O estudo se justifica pela relação, muitas vezes de confiança, que existe entre o enfermeiro e o paciente, e que cria um vínculo que possibilita a esse profissional esclarecer as dúvidas dos pacientes e orientar sobre as decisões do seu tratamento, podendo assumir um papel importante no desenvolvimento da autonomia do paciente dentro da instituição hospitalar. Esse estudo é relevante, pois a literatura sobre a relação entre enfermeiro e paciente é segmentada dentro das especialidades, dificultando o entendimento de como o profissional de enfermagem percebe e reage à autonomia do paciente de uma maneira mais geral. Entender como o enfermeiro lida com a autonomia do paciente é essencial para que possamos ter subsídios para atuar na educação desses profissionais com o objetivo de melhorar sua prática, o respeito ao paciente como sujeito autônomo e diminuir o sofrimento moral desses profissionais que surge quando não conseguem realizar uma conduta que consideram corretas em suas concepções por não corresponder à vontade do paciente.

## 1.1 OBJETIVO

### 1.1.1 Objetivo Geral

- Realizar uma análise da percepção do/a enfermeiro/a sobre a autonomia do paciente e suas relações com sua prática em ambientes de enfermagem de adultos.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar a percepção do enfermeiro sobre a autonomia do paciente sob seus cuidados;
- Conhecer os limites da autonomia do paciente na percepção dos/as enfermeiros/as;
- Identificar as variáveis que na percepção do enfermeiro interferem na autonomia do paciente;
- Conhecer como o grau de autonomia conferido pelo enfermeiro aos pacientes interfere nos seus procedimentos;
- Discutir em que medida a percepção dos enfermeiros em relação à autonomia dos pacientes se aproxima ou se distancia da noção de autonomia em Beauchamp e Childress.

## 2 PRINCIPALISMO DE BEAUCHAMP E CHILDRESS

Nesse capítulo iremos discorrer sobre o a origem do principialismo de Beauchamp e Childress, suas limitações práticas e seus princípios, dando ênfase aos princípios de respeito a autonomia e paternalismo que apresentam maior relevância para essa pesquisa.

### 2.1 HISTÓRICO

O principialismo é uma teoria baseada em princípios que foi formulada por Tom Beauchamp e James Childress em 1979 e constitui-se em uma corrente da bioética. As teorias baseadas em princípios se dividem entre as monistas, que utilizam um único princípio absoluto, e as que são pluralistas, que utilizam dois ou mais princípios considerados não-absolutos ou *prima facie*, que é o caso do principialismo de Beauchamp e Childress (SCHRAMM, 2006; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

Os princípios tiveram sua origem na moralidade comum que é um conjunto de normas morais ou um agrupamento de regras, como o que é certo e errado, que são difundidos na sociedade. Eles são tratados como obrigatórios *prima facie* ou como sujeitos a revisão, nesse caso, eles podem ser ponderados em casos individuais onde ocorram conflito entre os princípios, mas essa ponderação só é justificada quando possui razões adequadas (AZAMBUJA; GARRAFA, 2015; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

O principialismo de Beauchamp e Childress é baseado em quatro princípios que são não-maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça. Os princípios de não-maleficência e beneficência que se referem à obrigação moral de não infligir danos intencionalmente e de agir em benefício do outro, respectivamente, descendem da ética hipocrática, ou seja, da tradicional ética médica. O princípio de respeito à autonomia surge pela ascensão cultural dos direitos humanos, fomentada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, onde o paciente passa então a ser visto como uma pessoa que possui o direito de decidir, portanto como um agente ativo nas decisões sobre seus cuidados em saúde, devendo ter sua decisão respeitada pelos profissionais de saúde. Já o princípio de justiça está voltado para a alocação de recursos e a uma justiça distributiva, defendendo uma distribuição de

recursos justa, equitativa e apropriada (SCHRAMM, 2008; BAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

Alguns críticos do princípalismo consideram que essa é uma teoria vaga e geral abrindo espaço para o relativismo moral por não fornecer uma forma clara de solucionar os dilemas morais, deixando o “agente moral decidir de acordo com suas intuições” (SCHRAMM, 2006, p. 26). No livro, Princípios de Ética Biomédica, Beauchamp e Childress dizem rejeitar a exigência que haja um único procedimento de decisão abrangente por concordarem com a justificação baseada na coerência que tem como meta um equilíbrio reflexivo, ou seja, uma “avaliação da qualidade e das fraquezas dos princípios, dos juízos morais plausíveis e das teorias de fundo relevantes” (BEAUCHEMP; CHIDRESS, 2011, p. 38) e que acaba protegendo dos preconceitos e das decisões morais intuitivas.

## 2.1 AUTONOMIA

O termo autonomia adquiriu vários sentidos com o passar do tempo, como o de liberdade, autogoverno e privacidade, e por possuir vários sentidos ele ganha um significado mais específico se visto no contexto de uma teoria. As teorias de autonomia “consideram duas condições essenciais: a liberdade (independência de influências controladoras) e a qualidade de agente (capacidade de agir intencionalmente)” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 138).

De acordo com algumas teorias de autonomia, uma pessoa autônoma é aquela capaz do autogoverno, possuindo assim, a capacidade de raciocínio, compreensão e escolha independente. Beauchamp e Childress, analisam a autonomia considerando os agentes que agem sob três condições: intencionalmente, com entendimento e sem influências controladoras. Concluindo como ação autônoma aquela que possui apenas um “grau substancial de entendimento e de liberdade de alguma coerção, e não um entendimento pleno ou uma completa ausência de influência” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 141).

Mesmo que uma pessoa consiga exercer sua autonomia nem sempre será respeitada como um agente autônomo. Para que ocorra o respeito a autonomia de uma pessoa é preciso reconhecer que ela tem o direito de fazer suas próprias escolhas e agir com base em suas crenças e valores pessoais. Assim, o respeito pela

autonomia “implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 143). Na ética biomédica, o respeito a autonomia “obriga os profissionais a revelar as informações, verificar e assegurar o esclarecimento e a voluntariedade, e encorajar a tomada de decisão adequada” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 144).

A partir do segundo terço do século XX os códigos de deontologia médica e de enfermagem indicam a obrigação do profissional de conseguir o consentimento do doente e, portanto, de informá-lo previamente. A prática do consentimento implica na capacidade de uma pessoa de compreender as explicações fornecidas e as implicações do ato, a capacidade de deliberar sobre as escolhas possíveis em função de seus valores e das metas que ela persegue e a capacidade de expressar claramente a própria escolha. Para isso, é preciso fortalecer as relações entre pacientes e profissionais da saúde e entre pacientes e seus familiares, para que a autonomia passe a ser vista como fundamental para o cuidado e para a saúde (OLIVEIRA; SÁ; SILVA, 2007; SOARES; CAMARGO JUNIOR, 2007; WANSSA, 2011; SILVA, 2013).

A Portaria n. 675/GM de 30 de março de 2006, editada pelo Ministério da Saúde, aprovando a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, reafirmou que é direito do usuário o consentimento ou a recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública. Também é direito do paciente revogar ou retratar, a qualquer momento, por decisão livre e esclarecida, o consentimento ou a recusa anteriores, sem que lhe sejam imputadas sanções morais, administrativas ou de qualquer natureza. São, ainda, direitos do usuário não ser submetido a nenhum exame, sem conhecimento e consentimento, bem como a indicação de um representante legal de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia (RIBEIRO, 2006; OLIVEIRA JUNIOR; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013).

O princípio de respeito a autonomia faz parte da ética médica há pouco tempo e necessita de um contexto particular para servir de guia para a conduta. Além disso, “tem uma validade prima facie, e pode ser sobrepujado por considerações morais concorrentes” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p.144).



## 2.3 PATERNALISMO

O termo paternalismo teve origem na década de 1880 e provém do modelo da família patriarcal onde as escolhas são feitas pelo pai, que é aquele que detém o poder. Mas também pode ser interpretado como ações que visam beneficiar outras pessoas (BEIER; IANNOTTI, 2010; WANSSA, 2011).

Ao longo da história da ética médica, os princípios da não maleficência e beneficência ditaram as bases da relação paternalista do médico com o paciente. Diante do médico que possui conhecimento técnico, julgamento, estatuto profissional e, portanto, autoridade, o paciente desempenha apenas um papel de dependência. Podendo assim, o paternalismo médico ser entendido como a conduta que o médico tem com a intenção de beneficiar o paciente, mas sem o seu consentimento. (WANSSA, 2011; SILVA, 2013). Beauchamp e Childress (2011) trazem uma definição mais neutra do paternalismo no sentido de não presumir uma ação justificada ou injustificada. Eles então, definem o paternalismo como “a ação de contrariar as preferências ou ações conhecidas de outra pessoa, na qual a pessoa que contraria justifica sua ação com base no objetivo de beneficiar a pessoa cuja vontade é contrariada ou de evitar que ela sofra danos” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 298).

De acordo com esses conceitos, algumas ações paternalistas podem ser justificadas enquanto outras são injustificadas, podendo o paternalismo ser dividido em brando (soft) e radical (hard) dependendo do tipo de restrição da autonomia. No paternalismo brando não há desrespeito a autonomia do indivíduo, pois nesse caso, a pessoa possui alguma habilidade comprometida, possibilitando que um agente intervenha por beneficência ou não-maleficência para proteger essa pessoa contra suas próprias ações, o que o torna moralmente aceito. Já no paternalismo forte há o desrespeito a autonomia do indivíduo justificado, muitas vezes, pela intenção de proteção e pelo princípio de beneficência. O agente do paternalismo forte não consente os desejos e não considera as escolhas de uma pessoa com a finalidade de protegê-la e para isso, muitas vezes ele restringe as informações disponíveis e passa por cima de escolhas informadas e voluntárias (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011; WANSSA, 2011; SILVA, 2013).

O paternalismo forte pode ser moralmente aceito em situações em que o paciente se encontra com a autonomia reduzida e em casos em que o benefício do

paciente supere o desrespeito da autonomia. Há situações em que parece plausível supor que pessoas inteiramente racionais concordariam em sofrer ações paternalistas para garantir seu próprio bem, visto que é razoável supor que existem bens, como a saúde, que qualquer um iria querer não importando como esse bem é concedido. Por isso, é difícil distinguir os tipos de paternalismo dentro da prática médica, estando seu problema voltado para o equilíbrio entre a beneficência do médico e a autonomia do paciente (DWORKIN, 1971; WANSSA, 2011; SILVA, 2010).

### 3 A RELAÇÃO ENTRE O PROFISSIONAL DE SAÚDE E O PACIENTE

Nesse capítulo abordamos as mudanças que ocorreram na relação entre o paciente e os profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, como a transição do modelo de relação tradicional ou hipocrático para o modelo de decisão compartilhada. Para isso, apresentamos os acontecimentos que ocorreram na prática médica que levaram a essas mudanças e também a influência desses acontecimentos para o desenvolvimento do conhecimento próprio enfermagem e do surgimento de modelos de relação com o paciente que destacam a importância do enfermeiro para o desenvolvimento da autonomia do paciente e como peça importante para garantir o respeito a essa autonomia, como o modelo de advocacy em enfermagem.

#### 3.1 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

As mudanças ocorridas na prática médica ao longo do tempo resultaram em modificações na relação médico-paciente. Essas modificações caminham de um modelo tradicional da relação médico-paciente baseado na beneficência até um modelo de tomada de decisão compartilhada, tornando necessário o esclarecimento de algumas dessas transformações.

Em sua origem, a medicina ocidental era uma ciência essencialmente humanística, cujas raízes se assentavam no solo da filosofia, da natureza, e o seu sistema teórico partia de uma visão holística que entendia o homem como um ser dotado de corpo e espírito. Nesse sentido, para os médicos dessa época, as doenças não eram consideradas isoladamente como um problema especial, mas sim como uma consequência da interação entre o homem, vítima da enfermidade, e a natureza que o rodeava, as leis universais que o regiam e sua qualidade individual. (NASCIMENTO JUNIOR; GUIMARÃES, 2003, p.102).

Essa visão do processo saúde-doença persistiu até o final do século XVIII quando o De Sedibus, de Morgagni, em 1761, propiciou o surgimento da anátomo-clínica por trazer “a perspectiva de encontrar a essência da doença a partir do exame empírico de lesões” (CAMARGO JUNIOR, 2005, p. 179). O processo de transformação da medicina ocidental aconteceu de forma lenta, mas radical e nesse processo, a doença passou a ser vista como uma expressão de lesões celulares e se firmou no foco do saber e da prática médica e a saúde passou ser vista como a

ausência de doença. Esse processo foi acompanhado por uma transição da prática e do ensino da medicina para o contexto hospitalar onde o sistema de diagnóstico passou a ser voltado para a identificação da doença e o saber médico para a divisão do que é normal e o que é patológico que se mantém mesmo com os constantes avanços tecnológicos (CAMARGO JUNIOR, 2005).

A partir da segunda metade do século XIX o surgimento de novos exames e medicamentos levaram a prática médica a ser vista menos como uma ciência humanística e mais como uma ciência exata e biológica o que levou a mudanças na atuação dos médicos e na sua formação acadêmica. A incorporação da racionalidade científica reforçou a legitimação social da medicina fornecendo ao médico autonomia para a tomada de decisão tendo em vista que o paciente era visto como leigo e incapaz de decidir e o médico era o possuidor do conhecimento técnico-científico, tornando assim, o princípio da beneficência absoluto (NASCIMENTO JUNIOR; GUIMARÃES, 2003; WANSSA, 2011; BEIER; IANNOTTI, 2010).

O desenvolvimento técnico-científico conferiu maior poder de intervenção ao médico causando mudanças na sua relação com o paciente e na sua terapêutica. A relação médico-paciente foi então sendo substituída pela solicitação e execução de exames e utilização de medicamentos mais eficazes. Surge assim, um novo modelo de atuação da medicina onde se valorizava a parte científico - tecnológica no diagnóstico reforçando a autonomia médica e possibilitando o paternalismo com o paciente, justificado pelos princípios de beneficência e não-maleficência (SILVA, 2010; NASCIMENTO JUNIOR; GUIMARÃES, 2003).

A base ética da medicina se fundamentou no juramento hipocrático que comprometia o médico a usar a medicina em benefício do paciente, de modo que os princípios que orientavam a prática médica eram os de beneficência e não-maleficência. Com isso, ficou estabelecido que seria dever do médico definir condutas que trariam o melhor benefício ao paciente sem se preocupar com a participação do mesmo, configurando uma relação unilateral. Esse tipo de relação acaba por favorecer o paternalismo em consequência de uma beneficência impositiva já que a autonomia do paciente não era vista como relevante (WANSSA, 2011; BEIER; IANNOTTI, 2010).

Esse modelo de relação médico-paciente é o mais tradicional, sendo conhecido como Modelo Hipocrático, mas também podendo ser chamado de sacerdotal ou consequencialista. Nesse modelo, a terapêutica é decidida pelo médico

com base nas melhores consequências para o paciente, visto que o princípio da beneficência não comporta relações compartilhadas de decisão com o paciente. Nessa perspectiva a assistência médica consistia na obrigatoriedade de o médico cuidar do paciente numa ótica paternalista onde há um desequilíbrio da relação, estando um lado com o poder e o outro sendo submisso (WANSSA, 2011; FRANCESCONI; GOLDIM, 2005; OLIVEIRA JUNIOR; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013; CARNEIRO; BERTI, 2009).

A partir da segunda metade do século XX, o modelo hipocrático começa a ruir e sua transição para outros modelos de relação entre o médico e o paciente possui algumas razões, como a transformação da imagem do médico, o uso de novas tecnologias e a ascensão do paciente como agente responsável por definir suas necessidades em saúde. Nesse contexto, surgiram novos modelos de relação médico-paciente. A exemplo, temos o modelo de decisão compartilhada que é um processo onde a terapêutica é estabelecida conjuntamente entre o profissional de saúde e o paciente, conduta que veio a democratizar a relação médico-paciente e a resgatar uma humanização do processo, por privilegiar sentimentos e valores dos pacientes e de seus familiares por estimular a reflexão em conjunto para a tomada de decisão, tendo assim o paciente como co-autor (CAÑETE VILLAFRANCA; GUILHEM; BRITO PÉREZ, 2013; SOARES; CAMARGO JUNIOR, 2007; OLIVEIRA JUNIOR; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013).

Para que ocorra a decisão compartilhada é necessário a conjugação das alternativas de ação apresentadas pelo médico e a escolha livre e autônoma do paciente e para que o paciente possa deliberar autonomamente ele necessita apresentar algum grau de entendimento e liberdade de qualquer coerção, e não do entendimento pleno e total ausência de influências. Com isso, uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir em direção a esta deliberação, considerando os valores morais do contexto no qual está inserido. (ALMEIDA, 2010; OLIVEIRA JUNIOR; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013; WANSSA, 2011).

### 3.2 RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE

Durante muito tempo, a prática da enfermagem se fundamentou no trabalho de caridade, seguindo as crenças e valores aceitos pelo senso comum, e tendo como essência dessa prática o cuidar. Em 1860, a enfermagem teve início da sua formação

como prática profissional na Inglaterra com Florence Nightingale. Nesse momento, as tarefas relacionadas ao cuidado foram fragmentadas, divididas entre as nurses, responsável pela parte prática, e as lady nurse que tinham uma atividade de supervisão e ensino (SOUZA *et al.*, 2006; FAVERO *et al.*, 2013; FRANZOI *et al.*, 2016).

A enfermagem passou a buscar princípios científicos, com foco no modelo biomédico, para embasar sua prática a partir de 1950, abrindo caminho para que na década de 60, surgissem as primeiras teorias de enfermagem com o objetivo de formar seu conhecimento próprio e estabelecer as bases de uma ciência de enfermagem (HORTA, 1979; SOUZA *et al.*, 2006).

Um dos principais modelos de enfermagem e que é bastante difundido em sua prática, é o Modelo de Autocuidado que foi desenvolvido por Dorothea Orem a partir da década de 1950. Esse modelo é composto por três teorias inter-relacionadas: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. O autocuidado surge como o cuidado pessoal que os indivíduos realizam em benefício próprio para manter a vida, a saúde e o bem-estar. A teoria do déficit do autocuidado é o núcleo do modelo de Orem e determina que quando uma pessoa se encontra incapacitada para realizar um autocuidado eficaz, é necessário que outra pessoa, no caso o enfermeiro, assuma esses cuidados. Já a teoria dos sistemas é a responsável por direcionar a atuação da enfermagem.

No Brasil, a enfermagem moderna só foi introduzida em 1923 e com influência norte-americana. O ensino da enfermagem era voltado à assistência hospitalar e sua prática subordinada a prática médica. Apesar da ocorrência de várias reformas curriculares a partir de então, ainda não ocorreu uma mudança significativa no ensino da enfermagem. A enfermagem ainda apresenta na prática uma característica auxiliar à prática médica o que pode se relacionar ao fato de a assistência em saúde possuir um foco no cumprimento de regras e nos procedimentos técnicos, ou seja, no modelo biomédico, dificultando a aproximação do cuidado de enfermagem da prática profissional (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA; 2001; SOUZA *et al.*, 2006).

Apesar dessa dificuldade, os enfermeiros podem ser considerados os profissionais que têm o maior contato com os pacientes, se comparado com outras profissões da saúde, e por isso, talvez sejam os que estão melhores colocados para

julgar a capacidade de um paciente e de o auxiliar a realizar decisões autônomas (COLE; WELLARD; MUMMER, 2014).

Mundialmente tem ocorrido um movimento de utilização de modelos de relação entre enfermeiro-paciente que auxiliam o paciente a desenvolver sua autonomia. São exemplos desses modelos de relação a tomada de decisão compartilhada e a advocacy em enfermagem.

Na tomada de decisão compartilhada o paciente é tratado como parceiro ativo do enfermeiro, ele é esclarecido sobre os cuidados e opções de tratamento aceitáveis podendo escolher o tratamento que melhor se enquadra em suas necessidades. Esse tipo de relação exige que o enfermeiro respeite a autonomia do paciente reconhecendo que este tem a capacidade de deliberar qual o melhor tratamento para si (GRIFFITH; TENGNA, 2013).

O modelo de advocacy em enfermagem pode ser definido quando o enfermeiro “apoia ativamente os pacientes em relação aos seus direitos e escolhas, esclarecendo suas decisões de saúde em apoio à sua tomada de decisão informada protegendo os direitos humanos básicos como a autonomia” (COLE; WELLARD; MUMMER, 2014, p. 577).

Esses modelos de relação mostram que vem crescendo dentro dos cuidados ao paciente a preocupação com sua autonomia e com o respeito dessa autonomia. E como o enfermeiro é o profissional que está mais próximo ao paciente acaba tendo um papel fundamental nesse processo de fortalecimento da autonomia do paciente.

### 3.3 DECISÃO COMPARTILHADA

O modelo de tomada de decisão compartilhada ocorre quando o paciente é envolvido no processo de decisão sobre seus cuidados em saúde, participando juntamente com o médico ou outro profissional da saúde da escolha do melhor tratamento, cuidado e curso de ação dentro dos cuidados clínicos que são aceitáveis para ele (SILVA, 2010; CAÑETE VILLAFRANCA; GUILHEM; BRITO PÉREZ, 2013).

Para que esse processo ocorra o profissional de saúde deve fornecer ao paciente todas as informações que ele necessite, só assim ele poderá analisar suas opções com base nas suas crenças e valores e tomar uma decisão verdadeiramente informada. A troca de informações para a tomada de decisão pode caracterizar se o modelo de relação entre o médico e o paciente é de médio ou alto envolvimento

dependendo do compromisso expresso entre eles pela troca de informações (SILVA, 2010; GRIFFITH; TENGNAH, 2013).

A utilização de um instrumento de apoio de decisão vem sendo discutido como um auxílio para a tomada de decisão compartilhada. O apoio de decisão não deve ser confundido com o consentimento informado. No consentimento informado é exposto ao paciente uma relação dos riscos e benefícios de um determinado procedimento ou cuidado já estabelecido previamente pelo médico ou profissional de saúde, portanto o paciente não participa do processo de decisão em si. O apoio de decisão seria um instrumento contendo mais de uma estratégia de ação para um determinado caso clínico onde seriam apresentados todos os riscos e benefícios referentes a cada estratégia com o intuito de facilitar uma análise das alternativas propostas pelo paciente. Além disso, todo apoio de decisão deve seguir algumas regras como, manter um conteúdo atualizado, equilibrado quanto as chances dos riscos e benefícios realmente ocorrerem, ser livre de conflitos de interesse e ser eficaz na prática (ABREU *et al.*, 2006).

Esse modelo de relação não pode ser necessariamente só utilizado na relação entre médico e paciente. O enfermeiro pode utilizar desse modelo de relação, onde não só o poder é compartilhado, mas também as responsabilidades, para alcançar melhores resultados em saúde já que envolvem o paciente na formulação de ações para o seu próprio cuidado (ABREU *et al.*, 2006; SILVA, 2010).

### 3.4 ADVOCACY EM ENFERMAGEM

A definição de advocacy varia de acordo com o contexto em que é utilizada, mas sua definição tradicional tem origem da profissão de advogado que tem o dever de proteger os direitos de uma pessoa ou coletividade. Nos cuidados em saúde, advocacy pode ser definido como a atuação no melhor interesse do paciente e/ou de grupos sociais buscando a proteção dos direitos do paciente, principalmente dos que estão incapazes de estabelecer uma comunicação efetiva, e dos grupos sociais menos favorecidos (COLE; WELLARD; MUMMER, 2014; OLIVEIRA; SILVA, 2018).

A discussão sobre advocacy na área de saúde começou na década de 1970 como resultado de movimentos sociais que levaram os pacientes a não aceitarem mais escolhas paternalistas sobre seus cuidados em saúde e a buscarem seus



direitos no processo de tomada de decisão como pessoas autônomas (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2018; OLIVEIRA; SILVA, 2018).

A prática de advocacy foi reconhecida como um componente essencial à prática da enfermagem pela American Nurse Association – ANA em 1976, mas o termo só foi mais difundido na década de 1980 devido as discussões do processo de trabalho da enfermagem e do seu maior contato com os pacientes por passarem mais tempo dentro das instituições de saúde, se comparados com o tempo de permanência de outros profissionais da área (OLIVEIRA; SILVA, 2018).

A advocacy em enfermagem tem sido cada vez mais discutida, principalmente internacionalmente, como uma obrigação moral da prática de enfermagem. Uma de suas definições no âmbito da enfermagem compreende que o enfermeiro deve proteger os direitos do paciente, como a autonomia, através da transmissão de informações para uma tomada de decisão informada e do apoio ativo à decisão e escolhas dos pacientes (COLE; WELLARD; MUMMER, 2014; TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.* 2018).

Para realizar a advocacy em enfermagem o enfermeiro pode atuar de diversas maneiras, seja através da defesa individual dos pacientes e familiares ou até de grupos sociais mais vulneráveis e no âmbito dos diferentes níveis de atenção à saúde. Nesse sentido, os enfermeiros podem desenvolver ações para garantir um cuidado de saúde adequado, mas também podem promover a reorientação do modelo assistencial que favoreça a advocacy em enfermagem através de pesquisas que evidenciem os benefícios desse modelo de atenção formando subsídios que sustentem uma mudança das práticas assistenciais (OLIVEIRA; SILVA, 2018).

#### 4 ESTUDOS PRECEDENTES

Realizamos uma pesquisa dos estudos precedentes que tivessem como assunto a autonomia na relação entre o enfermeiro e o paciente. Utilizamos como descritores: Autonomia/ Autonomy; Relação enfermeiro-paciente/ Nurse-Patient Relations e Bioética/ Bioethics, nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scopus.

Nos dois bancos de dados a pesquisa foi limitada para os artigos que possuísem texto completo e de livre acesso. Na BVS, foram encontrados um total de onze artigos, onde dois estavam duplicados, e no Scopus foram encontrados um total de 52 artigos, mas somente quatro possuíam livre acesso, somando um total de treze artigos. Desses, selecionamos cinco artigos que mais se aproximavam do tema pela leitura dos seus resumos e os apresentamos no quadro abaixo.

#### Quadro 1 – Estudos precedentes sobre a autonomia na relação enfermeiro x paciente

	ARTIGOS	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS
01	Bastos, R. A., Quintana, A. M., Carnevale, F. <b>Angústias Psicológicas Vivenciadas por Enfermeiros no Trabalho com Pacientes em Processo de Morte: Estudo Clínico-Qualitativo.</b> Trends Psychol., Ribeirão Preto, vol. 26, nº 2, p. 795-805 - Junho/2018	Conhecer as angústias vivenciadas pelos enfermeiros no trabalho com pacientes em risco ou em processo de morte em uma unidade hemato-oncológica.	Estudo clínico-qualitativo, realizado por meio de entrevistas individuais.	Os resultados foram reunidos em cinco categorias, as quais remetem à perda da autonomia profissional quando o enfermeiro se depara com a dificuldade de pensar o seu próprio trabalho. Há a necessidade de que instituições de saúde, equipes e o próprio enfermeiro percebam esse profissional como um sujeito ético, necessitando refletir seu trabalho para que haja possibilidade de planejar alguma forma de digerir a angústia do trabalho.
02	Papastavrou, E., Efstathiou, G., Andreou, C. <b>Nursing students' perceptions of patient dignity</b> (2016) Nursing Ethics, 23 (1), pp. 92-103.	To explore the issue of patients' dignity from the perspective of nursing students.	A qualitative study was employed with the formation of four focus groups and the participation of nursing students.	Different understandings of the perceived concept of dignity and the factors that maintain or compromise patient's dignity were expressed through the eyes and the feelings of nursing students. Students highlighted the importance of promoting patient dignity as an important component of nursing care.
03	V. GARCÍA, E. RIVAS. <b>Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la</b>	Explorar la experiencia de enfermeras(os) de Cuidados Intensivos	Estudio cualitativo descriptivo, enfoque fenomenológico	La experiencia estresante develada en el estudio se manifiesta en sentimientos que impactan en la percepción, cognición y comportamiento. Como resultado

	<b>morte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos.</b> Ciencia y enfermería xix (2): 111-124, 2013	Pediátricos, en la muerte de un niño, en su significado o vivencia, duelo y aspectos bioéticos.	, referente hermenéutico de Schütz.	coexisten posturas contrapuestas y evasivas, como la indiferencia que impide sufrir y la aprensión que desgasta y agota. Se concluye con la necesidad de contar con formación que fortalezca mecanismos de autodefensa y herramientas para la contención e incrementar la formación en bioética. Al mismo tiempo continuar la línea de investigación para documentar con mayor profundidad el proceso experiencial.
04	Carneiro, MTR; Berti HW. <b>A autonomia de pessoas hospitalizadas em situação pré-cirúrgica.</b> remE - Rev. Min. Enferm.;13(1): 84-92, jan./mar., 2009	Analizar a percepção de doentes sobre sua autonomia no período pré-operatório, durante sua internação em enfermarias cirúrgicas de um hospital universitário.	Utilizou-se o recurso metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e a bioética, com ênfase no princípio da autonomia, como referencial teórico para a análise dos discursos	Observou-se certa fragilidade da autonomia das pessoas, uma vez que os conhecimentos delas sobre os procedimentos aos quais seriam submetidas mostraram-se bastante incipientes. Entendendo que a autonomia só é possível em uma sociedade na qual as pessoas tenham seus direitos de cidadania respeitados e acesso igualitário à educação, informação e saúde, conclui-se que essas condições são necessárias para que as relações entre profissionais de saúde e doentes sejam mais simétricas, podendo, desse modo, ser possível a superação do modelo paternalista e autoritário vigente.
05	Vázquez, L; Duany, MV; Lalán, JMG. <b>Bioética frente al paciente moribundo.</b> Rev. Cubana Enfermer. 2000; 16(2): 117-21.	Analizar la aplicación de la bioética frente el paciente moribundo.	Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal em el Servicio de Cuidados Intermedios.	La participación de la enfermera y la relación activo-pasiva, que es la fundamental em relación com el cumplimiento de los principios bioéticos, resultó positiva em todos los casos. Se actuó com beneficência y justicia al respetar la autonomía del moribundo, donde el consentimiento informado desempeñó um papel importante, sin llegar a la práctica de la eutanásia em ninguna de sus variantes, ya que este proceder em nuestra sociedade implicaría um delito de homicídio.

Dos cinco artigos apresentados, quatro utilizaram como metodologia uma abordagem qualitativa cujos sujeitos das pesquisas foram os pacientes, enfermeiros da instituição onde a pesquisa foi realizada ou estudantes de enfermagem. O outro artigo realizou um estudo descritivo retrospectivo transversal como método. Três dos estudos focaram na conduta do profissional de enfermagem, na sua experiência e nos sentimentos causados a esses profissionais frente, principalmente, ao paciente

em processo de morte. Dois dos estudos apresentados tiveram o foco no paciente, um apresentando a perspectiva da dignidade dos pacientes pela visão dos estudantes de enfermagem e o outro abordando a percepção que o paciente possui da sua autonomia.

Esses estudos apresentam como resultados mais significantes para a nossa análise, a caracterização da perda de autonomia profissional pelo enfermeiro em razão da dificuldade de refletir sobre os conflitos morais inerentes a sua prática muitas vezes por não se ver e não ser visto pelas instituições e outros profissionais de saúde como sujeitos éticos; A compreensão dos estudantes de enfermagem de que promover a dignidade do paciente é um importante componente dos cuidados de enfermagem, mas sua percepção de dignidade ainda é diversificada o que afeta a dignidade dos pacientes; e que a autonomia do paciente é frágil devido a falta de conhecimento sobre os procedimentos que serão realizados no ambiente de saúde, mostrando que a relação paternalista, que ainda é predominante entre os profissionais e os pacientes, pode ser superada, dentre outros fatores, pela informação em saúde.

## 5 MÉTODO

### 5.1 TIPO DE PESQUISA

Diante dos objetivos descritos anteriormente, foi realizada uma pesquisa de método qualitativo, visto que este tipo de pesquisa “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2008, p. 21).

Ao considerar que “o processo de trabalho científico em pesquisa qualitativa é dividido em três etapas: fase exploratória; trabalho de campo; análise e tratamento do material empírico e documental” (MINAYO, 2008, p. 26), vamos apresentar os passos que seguimos para realização da pesquisa.

O levantamento bibliográfico foi realizado através de livros de autores relevantes para a temática e artigos disponíveis nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Scopus utilizando os descritores: autonomia, paternalismo, relação enfermeiro-paciente, relação médico-paciente e bioética.

O trabalho de campo é definido por Minayo *et al.* (2002, p. 26) como “recorte empírico da construção teórica” e que pode vir a confirmar ou refutar as hipóteses formuladas pelo levantamento bibliográfico e levar à construção de teorias, foi realizado através da aplicação de entrevista individual.

O procedimento de entrevista foi escolhido por ser um meio de coleta de informações que fornece dados subjetivos a respeito de um determinado tema, ou seja, dados relacionados “aos valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados” (MINAYO *et al.*, 2002, p. 58).

### 5.2 SUJEITOS

As entrevistas foram realizadas com 12 enfermeiros, sendo 6 concursados e 6 enfermeiros residentes, com média de idade de 34 anos e média de tempo de formação de 6.66 anos. Houve dificuldade para conseguir as entrevistas, já que elas foram realizadas no ambiente de trabalho dos enfermeiros e devido ao quadro reduzido dessa categoria profissional no hospital em que a pesquisa foi realizada. Todos os enfermeiros entrevistados atuavam nas enfermarias de clínica médica e cirúrgica de um hospital universitário do município do Rio de Janeiro.

Foram utilizados como critérios de inclusão na pesquisa os enfermeiros que são plantonistas ou diaristas que atuam nos turnos diurno ou noturno das enfermarias por possuírem função mais assistencial e relação mais direta com o paciente. Foram excluídos os enfermeiros coordenadores por possuírem função gerencial; os enfermeiros plantonistas das unidades fechadas, como CTI e semi-intensivas, por apresentar predominância de pacientes inconscientes, ou seja, com pouca ou nenhuma interação com a equipe que o assiste; enfermeiros que atuam em todas as unidades de pediatria e emergência no geral, o primeiro por assistirem indivíduos de autonomia reduzida e o segundo por trabalham em um setor de curta permanência e, portanto, com menor vínculo entre paciente e profissional.

### 5.3 CENÁRIO

A pesquisa foi realizada nas enfermarias de clínica médica e cirúrgica de um hospital universitário do município do Rio de Janeiro. As enfermarias de clínica médica e cirúrgica possuem perfil de pacientes com doenças crônicas e tempo de internação variando de médio a longo e de cirurgias eletivas, atendendo pré e pós-operatórios.

### 5.4 COLETA DE DADOS

A pesquisa foi enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Estudos e Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC – UFRJ) no qual o pesquisador possui vínculo, sendo aprovado através do parecer nº 2.419.990 no dia 06 de dezembro de 2017 (ANEXO A). Em seguida, a pesquisa foi encaminhada ao CEP da instituição coparticipante e recebeu aprovação através do parecer nº 2.600.476 no dia 16 de abril de 2018 (ANEXO B).

A coleta dos dados foi realizada após a aprovação dos dois Comitês de Ética em Pesquisa no período de julho a agosto de 2018, através de entrevista aberta (APÊNDICE B), que permite aos sujeitos abordar o tema de maneira livre, e com os enfermeiros que se disponibilizaram a participar da pesquisa. Os enfermeiros foram abordados em seu ambiente de trabalho sendo agendado o melhor horário para a realização das entrevistas.

As entrevistas só foram realizadas após o consentimento dos sujeitos expresso por assinatura de Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A) onde foram dispostas informações como: o tipo de pesquisa, seus objetivos, os riscos em potencial, os custos e os demais direitos que se destinam aos sujeitos. Todas as entrevistas foram gravadas e foram seguidas todas as precauções para se manter o anonimato do sujeito.

A pesquisa foi realizada seguindo as orientações da Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe de “diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos” (BRASIL, 2012). Essa resolução se utiliza de “referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado” (BRASIL, 2012).

O roteiro de entrevista foi formulado de maneira a tentar colocar o sujeito em terceira pessoa, com o objetivo de minimizar a possibilidade do profissional entender a pesquisa como um meio de julgamento de sua prática e para que ele pudesse se expressar com maior confiança. Para isso, o roteiro de entrevista apresentou aos sujeitos dois casos clínicos, onde os pacientes eram adultos e estavam lúcidos e orientados. O primeiro caso descreve a realização de administração de medicamento, que é uma prática comum e rotineira a todos os profissionais de enfermagem, sem informar ao paciente qual era o medicamento e sua finalidade. Já o segundo caso clínico foi inspirado no filme Solitário Anônimo realizado pelo Imagens Livres do ANIS – Instituto de Bioética e que se encontra disponível no YouTube, onde é descrito a realização do procedimento de sondagem nasoenteral, com a finalidade de alimentação, mesmo após a recusa do paciente. O procedimento é realizado à força com a justificativa de ser para o bem do paciente.

Com o objetivo de não influenciar as respostas dos sujeitos e obter sua opinião mais genuína a respeito do seu entendimento de autonomia e respeito a autonomia, antes dos casos clínicos serem apresentados, foram realizadas as perguntas: o que significa respeitar a autonomia do paciente? Há limites? Que fatores interferem na autonomia do paciente?

Após a apresentação dos casos clínicos e da realização de perguntas relacionadas diretamente a cada caso e de comparação dos dois casos, foram realizadas as perguntas: o que você deve levar em consideração para respeitar a

autonomia do paciente? Que ações você tem como profissional para garantir o respeito a autonomia do paciente?

## 5.5 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram transcritas em sua íntegra a medida que foram sendo realizadas. A análise dos dados foi então realizada pela Análise de Conteúdo por ser um tipo de análise que “permite o acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, presentes em um texto” (OLIVEIRA, 2008, p. 570). Para realizar a análise de conteúdo seguimos os três polos cronológicos citados por Bardin, a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise “é a fase de organização e tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais” (BARDIN, 2011, p. 125). A exploração do material consiste em operações de codificação, ou seja, “os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto” (OLIVEIRA, 2008, p. 572). Na terceira etapa, tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011, p. 131).

Seguindo essas fases realizamos a técnica de análise de conteúdo temática-categorial já que essa “funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. É rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos e simples” (BARDIN, 2011, p. 201).

Para esse tipo de análise foram realizados os procedimentos de leitura flutuante e posteriormente leitura exaustiva das entrevistas, onde surgiram as primeiras temáticas provisórias. Logo após, foram determinadas as unidades de registro seguido de agrupamento dessas unidades em temas (OLIVEIRA, 2008). A partir dos temas foi realizada a análise categorial, onde os achados foram organizados em três categorias e uma subcategoria que foram intituladas: A percepção dos enfermeiros sobre o respeito a autonomia do paciente; Inclusão do paciente no processo de decisão; Como os profissionais reagem a autonomia do paciente e O paternalismo na relação enfermeiro-paciente.



## 6 A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O RESPEITO A AUTONOMIA DO PACIENTE

Neste capítulo iremos analisar a percepção que os enfermeiros possuem sobre o respeito a autonomia do paciente internado, se há limites no respeito a autonomia do paciente, que fatores eles consideram interferir na autonomia do paciente, o que se deve considerar para respeitar essa autonomia e que ações esses profissionais realizam para garantir a autonomia do paciente internado.

Ao serem questionados, no início da entrevista, sobre o que significaria respeitar a autonomia do paciente, podemos identificar que o conceito de autonomia percebido pelos enfermeiros entrevistados aparece com duas interpretações mais evidentes. Alguns dos enfermeiros entrevistados relacionam o conceito de autonomia a vontade do outro, nesse caso, a vontade do paciente, enquanto para outra parte dos enfermeiros o conceito de autonomia está ligado ao autocuidado, ou seja, a capacidade da pessoa cuidar de si mesmo. Historicamente, o conceito de autonomia foi adquirindo vários sentidos, como “os de autogoverno, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade, ser o motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 137), não possuindo um sentido específico.

Os enfermeiros que relacionam o conceito de autonomia a vontade do outro consideram que o respeito a autonomia do paciente internado está ligado ao respeito à vontade do paciente, ou seja, respeitar seu desejo, suas crenças e também seus limites.

E 09 - Eu acho que é.... você respeitar o desejo dele é... o que ele acredita e... respeitar os limites dele também.

O entendimento do respeito a autonomia por esses profissionais se aproxima do respeito a uma pessoa autônoma de Beauchamp e Childress, já que conseguem reconhecer que os pacientes têm direito a ter opinião, “a fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 142).

Os outros profissionais associam o conceito de autonomia ao autocuidado, ou seja, à capacidade física que a pessoa tem de cuidar de si mesma e entendem o respeito à autonomia como o respeito à limitação física da pessoa.

E 02 - Acho que respeitar a autonomia do paciente é você ver realmente as necessidades do paciente e deixar com que....ver o que é necessário pra ele né e ver aquilo que ele pode fazer sozinho, realmente dando essa autonomia pra ele, o que ele conseguir fazer só deixar com que ele faça.

E 03 - A autonomia é você estimular o autocuidado, é você é...orientar esse paciente em relação a todo cuidado que você realiza a esse paciente e sempre respeitando que ele tem limites em relação ao próprio corpo.

Apesar do conceito de capacidade para decisão estar ligado ao conceito de autonomia, no contexto pesquisado, o termo capacidade é utilizado como a habilidade de realizar uma ação de autocuidado, como realizar higiene pessoal sem ajuda, e não como capacidade para tomar uma decisão. Portanto, a visão de autonomia como autocuidado por parte de alguns dos enfermeiros se aproxima mais ao Modelo de Autocuidado da autora Dorothea Orem, que possui grande influência na prática da enfermagem, do que do conceito de autonomia de Beauchamp e Childress. Esse modelo de enfermagem proposto por Orem contém elementos fundamentais para a assistência e define o autocuidado como a “prática das atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos deliberadamente em benefício próprio para a manutenção da vida, saúde e bem-estar” (COSTA *et al.*, 2007, p. 517).

Além dessas duas percepções acerca do conceito de autonomia, podemos verificar na fala abaixo que alguns profissionais acreditam que respeitar a autonomia do paciente envolve explicar para ele todos os procedimentos a que será submetido e ouvir sua opinião a respeito. Essa posição corrobora com o conceito de respeito à autonomia de Beauchamp e Childress (2011), que defendem que respeitar a autonomia envolve capacitar as pessoas a agirem de maneira autônoma e para que isso ocorra é necessário que essas pessoas, nesse caso os pacientes, recebam todas as informações necessárias para uma tomada de decisão adequada.

E 10 - Eu acho que respeitar a autonomia do paciente é alguma coisa assim entre você explicar toda a sorte de procedimento e de medicação a que ele será submetido e ouvir o que ele tem a dizer ....passar pra ele tudo.... toda parte desagradável também ..... dar a ele o passo-a-passo eu acho que isso até ajuda ele a se sentir mais seguro diante do que ele vai enfrentar.

Devido ao entendimento variado do conceito de autonomia e de respeito a autonomia, surgiram algumas diferenças no entendimento de quais seriam os fatores limitantes da autonomia do paciente e que ações os enfermeiros poderiam realizar para respeitar a autonomia do paciente no ambiente hospitalar.

Ao enxergar a autonomia como a capacidade de autocuidado, ao serem questionados se haveria limite no respeito a autonomia do paciente internado, alguns enfermeiros associaram esses limites a condição física do paciente de realizarem sozinhos algumas ações e sua relação com a rotina do setor/hospital ao estabelecer horário para realização de determinados procedimentos, como banho por exemplo.

E04 - Eu acho que o paciente tem que ter autonomia sim, mas assim, não sei, é mais uma rotina do setor que eu penso. Por exemplo, ele pode ter a autonomia de tomar banho a hora que ele quiser, ainda mais em enfermaria que tem essa liberdade, mas a rotina é pela manhã, mas se me pedisse para tomar um banho de repente em outro horário eu concordaria, eu pelo menos penso assim.

Nesse entendimento, os principais fatores que interferem na autonomia do paciente internado apontados pelos enfermeiros entrevistados são a limitação física do paciente e a rotina do setor/hospital.

E 03 - Então a própria limitação física desse paciente altera a autonomia dele.

E04 - Eu acho que a rotina do setor, acho que isso pode interferir bastante para a autonomia dele.

De acordo com a Teoria do Déficit do Autocuidado, que compõe o Modelo do Autocuidado de Orem, a capacidade de desenvolver o autocuidado pode estar relacionada tanto a fatores extrínsecos quanto intrínsecos. Aos fatores extrínsecos está relacionado fatores do sistema de atendimento de saúde, ambiente, adequação e a disponibilidade de recursos e aos fatores intrínsecos, a idade, saúde, estado de desenvolvimento entre outros (COSTA *et al.*, 2007; VITOR; LOPES; ARAUJO, 2010).

Para os enfermeiros que não associam a autonomia ao autocuidado, os fatores que aparecem como responsáveis por interferirem na autonomia do paciente internado são a lucidez, a idade, risco de morte e falhas no processo de comunicação entre os profissionais e o paciente. Como pode ser visto nas falas a seguir.

E09 - Equilíbrio, orientação né, o fato dele estar lúcido, orientado, é....acho que principalmente isso. Se ele tiver lucido e orientado ele consegue dizer sobre os limites dele, sobre a autonomia dele, mas se ele já é uma pessoa mais dependente e.... talvez esteja algo orientado então ele não vai ter autonomia, talvez isso.

E 07 - pode ter a questão dele não ter idade suficiente ainda pra decidir, ter que ter alguém a decidir por ele

E06 - Risco de morte. Que o fator crucial é o risco de morte.

E01 - Acredito que...muitas vezes a falta de informação, que a gente as vezes negligencia a informação ao paciente e é a falta de informação do paciente saber que ele tem essa autonomia. Às vezes ele acredita que a gente tem que decidir tudo por ele por ele estar internado.

Fatores como a idade podem ser identificados como critérios pragmáticos de eficiência e de aceitação social que são utilizados como critérios para determinar se uma pessoa é capaz de decidir ou se ela tomou uma decisão válida. A capacidade de uma pessoa é avaliada para identificar se sua decisão deve ser respeitada, verificada ou se a responsabilidade da tomada de decisão deve ser passada para outra pessoa (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

Ao final, após já terem sido expostos aos casos clínicos apresentados no roteiro de entrevista, ao serem questionados sobre quais fatores devem ser considerados para respeitar a autonomia do paciente, os enfermeiros apontaram que para respeitar a autonomia do paciente é necessário considerar a vontade do paciente e o que ele escolhe ser o melhor para si, mesmo se isso o fizer recusar um procedimento ou tratamento.

E07 - Eu acho que a gente tem que considerar o que ele julga como bom, o que ele julga como bem-estar e o que pra ele é melhor, não o que clinicamente é melhor pra ele. E a gente tem que considerar as crenças, a cultura do paciente porque é o cuidado é individualizado né, a gente cuida da pessoa, a gente não cuida da doença.

Independente do entendimento do conceito de autonomia a maioria dos enfermeiros disseram utilizar a comunicação como ação para garantir o respeito a autonomia do paciente. Eles identificaram como importante informar ao paciente sobre os procedimentos que serão realizados e também ouvir e responder suas dúvidas garantindo assim um vínculo de confiança com o paciente.

E01 - É principalmente na admissão eu procuro informar assim quanto a gente tem de naquele momento né saber o que vai acontecer com ele os procedimentos que já estão sendo programados né. Informar o tratamento que já foi planejado a ele, até aquele momento e deixar é.. criar vínculo, deixar ele com a liberdade de falar aquilo que ele acha, aquilo que ele perguntas que ele quer fazer.

Fornecer informações ao paciente é essencial para que ele possa exercer a capacidade de autogoverno, mas talvez, mais importante que fornecer informações seja garantir que ele tenha compreendido essas informações. Para isso, o

entendimento completo das informações não se faz necessário, um entendimento substancial dos fatos mais importantes já seria o suficiente para que o paciente possa exercer sua autonomia e decidir autonomamente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

## 6.1 INCLUSÃO DO PACIENTE NO PROCESSO DE DECISÃO

Depois de analisar o conceito de autonomia e de respeito a autonomia do paciente internado pela percepção do enfermeiro, vamos discorrer nessa seção o que os enfermeiros pensam a respeito de incluir os pacientes nos processos de decisão sobre os procedimentos a serem realizados no ambiente hospitalar e em que casos eles acreditam que os pacientes devam ser incluídos nesse processo e em que casos eles não devem ser incluídos.

A maioria dos enfermeiros entrevistados apresentaram dúvida a respeito do que seria o processo de decisão ao serem questionados se seria possível incluir o paciente no processo de decisão sobre os procedimentos a serem realizados, havendo necessidade de melhor explicação do termo “processo de decisão” para dar prosseguimento a entrevista.

A dificuldade de entendimento do que seria um “processo de decisão” pode estar relacionada ao modelo de trabalho exigido pelas instituições hospitalares, que muitas vezes priorizam a produtividade na assistência, não abrindo espaço para que os profissionais reflitam sobre a sua prática o que pode levar a uma dificuldade de pensar o seu próprio trabalho (BASTOS; QUINTANA; CARNEVALE, 2018).

Todos os enfermeiros entrevistados relataram que os pacientes devem ser incluídos no processo de decisão sobre os procedimentos a serem realizados no ambiente hospitalar. Mas alguns enfermeiros demonstraram compreender que incluir o paciente no processo de decisão equivale somente a informar ao paciente sobre os procedimentos que serão realizados.

E02

Eu acho que ele pode ser...incluído...incluído em questão de, quando a gente tem sempre que explicar o procedimento para o paciente, tudo que a gente for fazer, isso ele deve ser incluído.

Como visto anteriormente, informar ao paciente é uma etapa importante para que ele possa ser capaz de decidir sobre seus cuidados em saúde, mas tão importante quanto fornecer as informações é organizar essas informações e verificar se elas foram compreendidas pelo paciente. A sobrecarga de informações pode interferir no entendimento do paciente e levar a uma decisão desinformada (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

Entretanto, a maioria dos enfermeiros entendem que o paciente tem o direito de decidir sobre os procedimentos que serão realizados, e não somente de serem informados sobre eles, e que é o paciente que possui o poder de decisão independente do fato de estar internado.

E05

Ele dever ser incluído.... em tudo que diz respeito a vida dele né, o que ele quer que faça com ele independente, não é porque ele tá no hospital que ele virou propriedade do hospital.

E09

Sim. Ele tem o poder de decisão sim. Tem o poder de decisão e a gente tem que olhar isso com outros olhos porque você não pode obrigar uma pessoa a fazer um procedimento que ele não quer.

Os enfermeiros também compreendem que nem todos os pacientes podem ser incluídos no processo de decisão, aparecendo como fatores mais relevantes para incluir e não incluir o paciente nesse processo o nível de consciência, se ele está lúcido e orientado.

E07

Sim. Sim porque ele tá lúcido, ele tá consciente da situação dele então ele deve ser incluído e ele que tem que dar a decisão final do que vai ser feito.

Outros fatores apontados como motivos pra não incluir o paciente no processo de decisão foram transtorno mental, deficiência cognitiva, quadro de demência e crianças. Nesses casos, tem enfermeiro que sugere dar voz a esses pacientes, ouvir o que eles têm a dizer e se possível considerar sua opinião. Outros, relatam que não é só o paciente que deve ser incluído no processo de decisão, mas que a família também deve ser incluída, justamente porque pode chegar em um momento em que o paciente não esteja em condições de decidir.

E07

E eu acho que fica mais difícil da gente incluir, a gente tem que dar a voz né, contar como um dado válido, mas nem sempre a gente consegue seguir, no caso dos paciente pediátricos e nos pacientes psiquiátricos também e aí a gente já tem que pesar um pouco mais se a gente vai levar em consideração aquilo que tá sendo falado ou não.

E03

não é só o paciente também, junto tem que ser feito um trabalho junto com a família né porque as vezes o paciente não está num momento de lucidez para decidir determinadas condutas, ele não está com a autonomia dele totalmente equilibrada.

Um exemplo das pessoas que não podem agir de forma autônoma são as crianças, usuários de drogas e outros por geralmente serem, “imaturas, inaptas, ignorantes, coagidas ou exploradas” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 145). Esses profissionais demonstram compreender que os pacientes que não podem agir de forma autônoma não podem ser incluídos no processo de decisão e que nesse caso haveria necessidade de alguma forma de intervenção, como incluir as pessoas que podem vir a assumir o papel de decisor quando o paciente não estiver em condições de decidir.

## 6.2 COMO OS PROFISSIONAIS REAGEM A AUTONOMIA DO PACIENTE

Identificamos anteriormente que o conceito de autonomia para os enfermeiros entrevistados possui dois entendimentos, um que se aproxima da vontade e outro que é associado ao autocuidado. Também apresentamos que apesar de haver uma dificuldade de entendimento do que seria um processo de decisão dentro do ambiente hospitalar, todos os enfermeiros relataram que os pacientes devem fazer parte desse processo, com exceção de alguns casos em que a autonomia é reduzida.

Nessa seção iremos analisar como os enfermeiros e a equipe de enfermagem costumam reagir e como se sentem em situações em que o paciente exerce o seu direito de escolha e sua autonomia dentro do ambiente hospitalar. Para tentar conseguir uma resposta mais fidedigna, que se aproximasse da realidade desses profissionais, apresentamos no roteiro de entrevista dois casos clínicos para que os enfermeiros pudessem responder as perguntas baseados nesses casos.

Os dois casos apresentam um paciente adulto, com nível de consciência preservado e com total capacidade de decidir sobre seus cuidados. O primeiro caso descreve a administração de medicação pelo profissional de enfermagem sem informar ao paciente qual a medicação que está sendo administrada e qual a sua finalidade. O segundo caso, descreve a passagem de sonda nasoenteral pelo enfermeiro mesmo após a recusa do procedimento pelo paciente e com outros profissionais contendo o paciente durante o processo.

Em relação ao primeiro caso clínico, ao serem perguntados como os profissionais costumam agir quando um paciente recusa uma medicação todos os enfermeiros seguem praticamente as mesmas condutas. Primeiro eles conversam com o paciente para explicar a finalidade daquela medicação e ouvir os motivos que o levaram a recusar sua administração. Se, mesmo após receber as informações necessárias, o paciente continua a recusar aquela medicação, os enfermeiros relataram respeitar essa decisão do paciente e seguir com medidas de apoio legal, como registrar a recusa em prontuário e prescrição, além de informar ao médico prescritor da medicação sobre a recusa do paciente para que possam ser analisadas alternativas para aquela medicação.

E01

Acredito que primeiro é a conversa né. Você conversa com o paciente e explica a real necessidade dele tomar esse...fazer uso desse medicamento.. é pra deixar ele com quantidade de informação suficiente para ele conseguir tomar essa decisão melhor. Mas caso ele permaneça com, querendo não tomar, não deixar ser administrado, tem que relatar né o que aconteceu no prontuário e conversar com outros profissionais, de medicina, em relação ao que podemos fazer pra poder substituir esse remédio.

O ato de registrar a não administração da medicação aparece nas falas de praticamente todos os entrevistados, isso se deve ao fato de o registro de enfermagem servir como um respaldo legal para o profissional, pois geralmente esses registros são utilizados para fins de auditoria, tanto do aspecto financeiro quanto relacionadas a qualidade da assistência prestada (AQUINO *et al.*, 2019).

Em relação ao segundo caso clínico, a maioria dos enfermeiros entrevistados concordaram que a realização da sonda nasoenteral, mesmo após a recusa do paciente, pode ser considerada uma agressão e os que não consideraram como agressão, viram como desrespeito a autonomia do paciente.



Eles relatam que primeiro conversariam com o paciente tentando entender seus motivos e também pediriam a ajuda de outros profissionais, como médico e/ou psicólogo, para que a tomada de decisão fosse coletiva. Se mesmo assim, o paciente continuasse a recusar o procedimento eles relatam que essa decisão deveria ser respeitada.

E04

Ele não deveria ter feito a força, simples assim. Eu penso assim. Se o paciente não quer [...] não tem como eu impor a minha vontade contra ele, [...] ele tem a autonomia do próprio corpo gente, ele tem a autonomia de decidir o que ele quer ou não, não vejo sentido nenhum forçar uma sonda.

E12

A gente nunca pode decidir uma coisa sozinha, não por falta de autoridade ou por “a sou a enfermeira chefe do setor vou fazer”, mas eu acho que esses casos são casos complexos que a gente precisa de uma equipe pra decidir junto o que fazer de melhor para o paciente.

Na fala anterior, o enfermeiro reconhece que esses casos, como os descritos na entrevista, são complexos e necessitam de uma tomada de decisão em equipe. Os casos descritos nos fornecem problemas morais e por isso se faz necessário ter a habilidade de reconhecer esse problema como ético para então ter condições de buscar as ferramentas bioéticas que melhor se adaptam em cada situação para somente depois deliberar sobre a melhor conduta a ser tomada (SIQUEIRA-BATISTA, *et al.*, 2016).

Comparando os dois casos clínicos os enfermeiros concordaram que as atitudes dos profissionais do primeiro e do segundo casos foram erradas por não considerarem o paciente, mas que a atitude do enfermeiro do segundo caso tem um peso maior por não considerar a autonomia do paciente e por ficar mais evidente um quadro de agressão física enquanto no primeiro caso, os enfermeiros entendem que o paciente só não teria recebido as informações sobre as medicações que foram administradas tendo sua autonomia preservada.

E03

Na recusa da medicação o paciente foi dado o direito dele de se recusar, ele teve autonomia de recusar a medicação e ele teve, teve a oportunidade da equipe de fazer o que ele, a autonomia dele. Nesse ele não teve autonomia nenhuma, ele não teve autonomia para fazer nada, a equipe decidiu e passou a sonda, ele querendo ou ele não querendo. Então no primeiro caso ainda teve a oportunidade dele ter autonomia para recusar a medicação, nesse não teve.

Nos dois casos apresentados, o profissional de enfermagem apresenta uma conduta paternalista, mas no primeiro temos um caso de paternalismo brando que é moralmente mais aceitável, enquanto no segundo temos um caso de paternalismo radical já que este refere-se a ações que objetivam beneficiar outra pessoa mas sem considerar seus desejos e sua autonomia, utilizando muitas vezes de artifícios como a manipulação, coerção e restrição de informação, para passar por cima de escolhas voluntárias e até mesmo informadas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

Apesar de seguirem as medidas já descritas acima e de relatarem respeitar a decisão do paciente na grande maioria das vezes, alguns enfermeiros informaram que diante da recusa de uma medicação pelo paciente, por querer mais informações sobre a medicação, alguns profissionais costumam se sentir ofendidos, frustrados e até com raiva porque relacionam o questionamento ou a exigência do paciente de ter mais informações como uma afronta ao seu trabalho, como uma forma de mostrar que possui dúvida sobre a sua capacidade.

E01

Os profissionais normalmente quando são questionados sobre alguma coisa ele se sentem muito ofendidos né logo de inicio eles se sentem muito ofendidos porque acreditam que o paciente tá duvidando da capacidade do profissional ou achando que estão fazendo alguma coisa errada, então eles já se, eles já ficam na defensiva.

E07

Olha, muitos acabam é se sentindo...eles ficam com raiva né porque eles acham que tá sendo uma afronta ao trabalho deles [...].eles se sentem é assim questionados né quanto a capacidade deles de trabalhar.

Esses sentimentos negativos que surgem por não conseguirem cumprir sua função devido a recusa do paciente podem estar relacionados ao fortalecimento da ideia de que o paciente é leigo e incapaz de entender sobre seus problemas de saúde o suficiente para opinar sobre seu tratamento e/ou cuidados. Nesse sentido, o profissional, que é quem detém o conhecimento, pode se sentir ofendido por entender que o paciente ao questionar sobre um procedimento está questionando a sua capacidade e seu conhecimento (WANSSA, 2011).

## 7 O PATERNALISMO NA RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE

Durante as entrevistas, algumas falas chamaram a atenção por mostrarem como é tênue a linha entre o respeito a autonomia e o paternalismo. Apesar de praticamente todos os enfermeiros relatarem conversar, ouvir o paciente e respeitar a sua decisão quando discorriam sobre como agiriam em relação aos casos clínicos apresentados anteriormente, algumas falas chamaram a atenção por não respeitarem a autonomia do paciente. Essas falas se destacaram por apresentar duas principais condições para não respeitar a autonomia do paciente, o risco de morte e “o bem do paciente”.

Quando um profissional diz não seguir a escolha do paciente ou realizar um procedimento mesmo que o paciente tenha negado, o profissional tem como justificativa o bem do paciente, como na fala abaixo e sua ação pode ser caracterizada como paternalista.

E02

[...] tem algumas condutas que tem que ser tomadas, como passagem de uma sonda que é necessária tanto vesical quanto enteral e outros procedimentos também que devem ser realizados que as vezes o paciente não quer mas é para o bem dele.

De acordo com Beauchamp e Childress (2011, p. 298) “o paternalismo é a ação de contrariar as preferências ou ações conhecidas de outra pessoa, justificando sua ação com base no objetivo de beneficiar a pessoa cuja vontade é contrariada ou de evitar que ela sofra danos”. O paternalismo, portanto, ocorre quando o princípio de beneficência, agir em benefício de outros, se sobrepõe ao princípio de respeito a autonomia.

Outra fala que chamou a atenção mostra o risco de morte como fator limitante do respeito a autonomia. Nesse caso, o paciente teria o direito de escolha, de recusar uma medicação ou procedimento, desde que essa recusa não cause um dano permanente ou que o leve a morte.

E03

Eu acho que o único momento que ele não deve ser incluído é quando é risco iminente de morte. Se a recusa dele vai levar a morte dele, então é o único momento que felizmente a equipe multiprofissional tem que agir independente da...da...da recusa ou não do doente.

A dificuldade do enfermeiro em lidar com a possibilidade de morte do paciente vem de um paradigma político-social em que a morte deve ser evitada não importando a que custo. Esse paradigma pode trazer angustias ao profissional por dificultar a visão do processo de morte como parte da vida, além de favorecer condutas paternalistas por parte desse profissional a fim de evitar que o paciente venha a falecer (BASTOS; QUINTANA; CARNEVALE, 2018).

A fala acima, evidencia essa dificuldade do profissional em lidar com a possibilidade de morte do paciente e caracteriza uma conduta paternalista proveniente dessa dificuldade, além de demonstrar um exemplo de paternalismo justificado pelo benefício visto que “os danos prevenidos ou os benefícios proporcionados à pessoa podem suplantar a perda da independência e o sentimento de invasão causados pela intervenção” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011, p. 304), satisfazendo assim, uma das justificativas para a ação paternalista.

## 8 CONCLUSÃO

Ao realizarmos uma análise da percepção dos enfermeiros sobre a autonomia do paciente e suas relações com suas práticas em ambiente hospitalar identificamos que existe uma diferença na percepção do conceito de autonomia entre os enfermeiros e que o entendimento do respeito à autonomia do paciente está diretamente ligado a essa percepção. O entendimento de autonomia e de respeito a autonomia de alguns enfermeiros se aproxima ao do principlialismo de Beauchamp e Childress enquanto, pela fala de outros enfermeiros, o entendimento desses mesmos conceitos, podem se aproximar mais do Modelo de Autocuidado de Orem.

A diferença na percepção do conceito de autonomia gerou diferentes interpretações de quais seriam os limites da autonomia do paciente dentro de uma unidade hospitalar. Os enfermeiros que associaram a autonomia ao autocuidado elegeram como fatores limitantes da autonomia a condição física do paciente para realizar tarefas de autocuidado e a rotina do setor de internação e/ou hospital. Já os outros enfermeiros levantaram como fatores limitantes da autonomia o estado de lucidez do paciente, a idade, o risco de morte e falhas no processo de comunicação. A identificação desses fatores como limitantes da autonomia do paciente, ultrapassam a capacidade de realizar tarefas estando mais voltadas para a capacidade de compreensão e qualidade das informações fornecidas, e gravidade da condição clínica do paciente.

Como já foi dito anteriormente, o conceito de autonomia possui variações entre as teorias em que está inserido. Optamos por fazer a análise utilizando o principlialismo de Beauchamp e Childress por ser uma corrente bioética melhor difundida e que vem ganhando força no contexto biomédico, mas através da análise percebemos que o modelo de autocuidado é bem forte entre os profissionais de enfermagem e que utilizar somente o principlialismo para analisar a percepção que esses profissionais possuem de autonomia é limitante, podendo levar a interpretações equivocadas.

Um detalhe que nos chamou a atenção foi que a grande maioria dos profissionais apresentou dificuldade de compreensão do que seria um processo de decisão o identificando quase que unicamente a um processo de fornecer as informações ao paciente sobre os procedimentos que serão realizados e não a um

processo em que o paciente seria incluído como um agente ativo na tomada de decisão. Ainda que os enfermeiros apresentem essa percepção do processo de decisão eles entendem que o paciente possui o direito de decidir sobre os seus cuidados e tratamento e por isso apontam que todos os pacientes, com algumas exceções, devem ser incluídos no processo de decisão. Essas exceções se aplicam a crianças e a pacientes que apresentam alguma deficiência cognitiva ou transtorno mental, e nesses casos, os enfermeiros acreditam que se deve pelo menos ouvir o que o paciente tem a dizer sobre determinada situação e que a sua família deve ser incluída nos processos de decisão em seu lugar. Entendemos que mesmo com essas falas que demonstram que há a inclusão do paciente ou de seus familiares, a não compreensão do processo de decisão pode contribuir para a dificuldade do profissional em aceitar as decisões dos pacientes, principalmente quando essas se divergem da que tomariam.

No que diz respeito a garantia da autonomia, os enfermeiros levantaram como fatores necessários para garantir o respeito à autonomia do paciente a comunicação, que englobaria não só informar ao paciente sobre seu tratamento mas também ouvir o que ele tem a dizer, e considerar as escolhas feitas pelo paciente mesmo quando essas o levarem a recusar um procedimento ou tratamento. Alguns enfermeiros apontam que a comunicação é a mais importante pois ela pode levar a formação de um vínculo de confiança entre o profissional e o paciente. Apesar de serem afirmações positivas, Carneiro e Berti, 2009, mostram que os profissionais de saúde sabem da importância e da necessidade de informar não só aos pacientes, mas também a seus familiares, sobre os procedimentos a serem realizados, mas muitas vezes as informações que são fornecidas ainda se limitam àquelas que os profissionais julgam serem suficientes. Portanto, o enfermeiro identificar a comunicação como um fator necessário para garantir a autonomia do paciente, não nos garante que ela seja realizada de maneira efetiva.

Diante dos casos clínicos apresentados que mostram a recusa de um procedimento pelo paciente, os enfermeiros descreveram que seguiriam condutas que garantem o respeito a autonomia do paciente mas, apesar de demonstrarem respeitar a decisão do paciente, alguns enfermeiros admitem que a equipe de enfermagem tende a ver os questionamentos dos pacientes como uma ofensa a seus conhecimentos e a sua capacidade de cuidar o que pode identificar uma divergência

entre a fala e a prática desses profissionais. O aparecimento do paternalismo em algumas falas pode demonstrar essa divergência já que alguns profissionais garantem a autonomia do paciente desde que suas decisões não causem danos ou risco de morte.

Podemos verificar que há uma compreensão da complexidade dos casos clínicos apresentamos e que nesses casos a tomada de decisão deve ser realizada em equipe. Mas não podemos identificar se há uma compreensão de que esses casos apresentam dilemas morais. Apesar da maioria dos enfermeiros demonstrarem respeitar a autonomia do paciente seu entendimento ainda é superficial e o agir visando o bem do paciente ainda se sobrepõe em alguns casos, o que torna esse princípio frágil, podendo ser suprimido pelo princípio de beneficência sem que haja uma compreensão dessa supressão.

Diante dos dados apresentados percebemos que apesar das mudanças ocorridas na relação médico-paciente e por consequência entre o enfermeiro-paciente, ainda há necessidade de mudança para que o paciente de fato assuma seu lugar na tomada de decisão relacionadas a seu tratamento e cuidados em saúde no ambiente hospitalar.

Concluimos que os objetivos propostos nessa pesquisa foram atingidos apesar de algumas dificuldades encontradas, como alguns profissionais responderem às perguntas relacionadas aos casos clínicos de maneira defensiva, tentando muitas vezes mostrar que eles agiriam de forma diferente da que foi apresentada. A realização das entrevistas no ambiente de trabalho dos enfermeiros também apresentou alguns pontos negativos, como a falta de um ambiente tranquilo e livre de interrupções para a realização das entrevistas e a dificuldade de alguns enfermeiros de disponibilizar um tempo para fornecer a entrevista mesmo demonstrando interesse em participar da pesquisa.

Os resultados apresentados possuem limites já que foram analisadas falas de profissionais de uma instituição hospitalar do setor público não abrangendo para profissionais que atuam no setor privado e também por utilizar somente uma teoria de autonomia para a análise dos dados. Além disso, a instituição em que a pesquisa foi realizada trata-se de um hospital universitário onde muitas vezes os profissionais, por estarem envolvidos em um ambiente de estudo, estão mais atualizados em relação as mudanças que ocorrem referentes a sua atuação.

Diante disso, recomendamos que novos estudos sejam realizados incluindo os enfermeiros que atuam nos hospitais particulares para que seja feita uma análise comparativa tanto da compreensão do respeito a autonomia do paciente internado quanto da atuação desses profissionais frente a essa compreensão. Percebemos também a necessidade de estudos que analisem a relação do entendimento que o profissional possui sobre a autonomia do paciente com o ensino da bioética em sua formação, se os profissionais tiveram acesso a esse conteúdo em algum momento da sua formação e de que forma se deu esse contato.



## REFERÊNCIAS

- ABREU, M. M. *et al.* Apoios de decisão: instrumento de auxílio à medicina baseada em preferências: uma revisão conceitual. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, n. 4, p. 266-272, jul./ago. 2006.
- ALMEIDA, E. H. R. Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. **Revista Bioética**, v. 18, n. 2, p. 381-395, 2010.
- AQUINO, M. J. N. Anotações de enfermagem: avaliação da qualidade em unidade de terapia intensiva. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 1, p. 07-12, 2019.
- AZAMBUJA, L. E. O.; GARRAFA, V. A teoria da moralidade comum na obra de Beauchamp e Childress. **Revista Bioética**, v. 23, n. 3, p. 634-644, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BASTOS, R. A.; QUINTANA, A. M.; CARNEVALE, F. Angústias psicológicas vivenciadas por enfermeiros no trabalho com pacientes em processo de morte: estudo clínico-qualitativo. **Trends in Psychology**, v. 26, n. 2, p. 795-805, jun. 2018.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.
- BEIER, M.; IANNOTTI, G. C. O paternalismo e o juramento hipocrático. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, supl. 2, p. S383-S389, dez. 2010.
- BOEMER, M. R.; SAMPAIO, M. A. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 33-38, abr. 1997.
- BLASCO-LEÓN, M.; ORTIZ-LUIS, S. R. Ética y valores en enfermeira. **Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v. 24, n. 2, p. 145-149, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê de ética em pesquisa humana. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRATZ, J. K. A.; SANDOVAL-RAMIREZ, M. Competencias éticas para el desarrollo del cuidado en enfermeira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, suppl. 4, p. 1915-1920, 2018.

CAMARGO JR, K. R. A biomedicina. **Physis**, v. 15, supl., p. 177-201, 2005.

CAÑETE VILLAFRANCA R, GUILHEM D, BRITO PÉREZ k. Paternalismo médico. **Rev Méd Electrón**, v. 35, n. 2, mar./abr. 2013. Disponível em: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/977/html>  
Acesso em: 05 abr. 2017.

CARNEIRO, M. T.; BERTI, H. W. A autonomia de pessoas hospitalizadas em situação pré-cirúrgica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 84-92, jan./mar. 2009.

COLE, C.; WELLARD, S.; MUMMER, J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. **Nursing Ethics**, v. 21, n. 5, p. 576-582, 2014.

CONTRERAS, F. H. S. Dilemas que enfrentan los enfermeros en la práctica profesional. **Revista Colombiana de Bioética**, v. 9, n. 1, enero/jun. 2014.

COSTA, L. B. *et al.* Aplicação de estruturas conceituais na consulta de enfermagem à família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 515-519, set. 2007.

COSTA, S. R. D.; CASTRO, E. A. B.; ACIOLI, S. Capacidade de autocuidado de adultos e idosos hospitalizados: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 192-199, jan./mar. 2013.

DWORKIN, G. Paternalism. *In*: WASSERSTROM, R. A. (ed.). **Morality and the law**. Belmont, CA: Wadsworth Publishing, 1971. Disponível em: <https://wmpeople.wm.edu/asset/index/cvance/dworkin>. Acesso em: 05 abr. 2017.

DRUMMOND, J. P. Bioética, dor e sofrimento. **Ciência e Cultura**, v. 63, n. 2, abr. 2011.

FAVERO, L.; PAGLIUCA, L. M. F.; LACERDA, M. R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 500-505, 2013.

FRANCESCONI, C. F.; GOLDIM, J. R. Bioética clínica. *In*: CLOTET, J; FEIJÓ, A. G. S; OLIVEIRA, M. G. (coord.). **Bioética: uma visão panorâmica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

FRANZOI, M. A. H. *et al.* Teoria das relações interpessoais de peplau: uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, supl. 4, p. 3653-3661, set. 2016.

GALLEGUILOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 1, p. 807, mar. 2001.

GOLDIM, J. R. Bioética: origens e complexidade. **Revista HCPA**, v. 26, n. 2, p. 86-92, 2006.

GRIFFITH, R.; TENGNA, C. Shared decision-making: nurses must respect autonomy over paternalismo. **British Journal of Community Nursing**, v. 18, n. 6, p. 303-306, 2013.

HORTA, V. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

LEÃO, H. M. C. A importância das teorias éticas na prática da bioética. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, supl. 2, p. S427-S432, dez. 2010.

MARCOLINO, J. A. M.; COHEN, C. Sobre a correlação entre a bioética e a psicologia médica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 4, p. 363-368, 2008.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MOTTA, L. C. S.; VIDAL, S. V.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética: afinal, o que é isto? **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 10, n. 5, p. 431-439, set./out. 2012.

MOTTA, L. C. S. *et al.* Tomada de decisão em (bio)ética clínica: abordagens contemporâneas. **Revista Bioética**, v. 24, n. 2, p. 304-314, 2016.

NASCIMENTO JÚNIOR, P. G.; GUIMARÃES, T. M. M. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. **Bioética**, v. 11, n. 1, p. 101-114, nov./jan. 2003.

OLIVEIRA, A. C.; SÁ, L.; SILVA, M. J. P. O posicionamento do enfermeiro frente a autonomia do paciente terminal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 3, p. 286-290, maio-jun. 2007.

OLIVEIRA, D. C. Sistematização metodológica da análise de conteúdo. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008.

OLIVEIRA JUNIOR, E. Q.; OLIVEIRA, E. Q.; OLIVEIRA, P. B. Q. Autonomia da vontade do paciente X autonomia profissional do médico. **Relampa**, v. 26, n. 2, p. 89-97, 2013.

OLIVEIRA, M. A. C.; SILVA, T. M. R. Health advocacy in nursing: contribution to the reorientation of the Brazilian healthcare model. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, suppl. 1, p. 700-703, 2018.

RIBEIRO, D. C. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1749-1754, ago. 2006.

SANTOS, L. R.; BENERI, R. L.; LUNARDI, V. L. Questões éticas no trabalho da equipe de saúde: o (des)respeito aos direitos do cliente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 403-413, dez. 2005.

SILVA, H. B. Beneficência e paternalismo médico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, supl. 2, p. S419-S425, dez. 2010.

SILVA, J. A. C. **Autonomia versus paternalismo médico**: perfil bioético dos egressos do laboratório de cirurgia experimental do curso de medicina da UEPA. Tese (Doutorado em Bioética) – Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal, 2013. Disponível em: [https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=555709](https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=555709). Acesso em: 25 maio 2017.

SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO JUNIOR, K. R. Patient autonomy in the therapeutic process as a value for health. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 21, p. 65-78, jan./abr. 2007.

SOUZA, A. C. C. *et al.* Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, p. 805-807, nov./dez. 2006.

SCHRAMM, F. R. **Os princípios da bioética**. In: SEGRE, M. (org). **A questão ética e a saúde humana**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.

SCHRAMM, F. R. *et al.* O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 361-370, 2008.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. *et al.* Ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente: revisão integrativa. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. e0730014, 2018.

VITOR, A. F.; LOPES, M. V. O.; ARAUJO, T. L. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 611-616, jul./set. 2010.

WANSSA, M. C. D. Autonomia versus beneficência. **Revista Bioética**, v. 19, n. 1, p. 105-117, 2011.

## APÉNDICE

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa que tem por objetivo estudar a percepção do/a enfermeiro/a sobre a autonomia do paciente e suas relações com sua prática em ambientes de enfermagem de adultos. Se você concordar faremos uma entrevista que deve ter a duração aproximada de 20 minutos. Serão abordados temas sobre a autonomia do paciente e seus limites através de perguntas diretas e discussão de dois casos que lhe serão apresentados. A entrevista será no seu local e horário de trabalho em horário previamente acordado com você. Sua chefia autorizou esse uso de seu tempo, se você julgar conveniente. Caso você autorize, gostaria de gravar a entrevista. Cada entrevista será transcrita e o áudio será destruído para evitar identificação da voz. Seu nome ou qualquer dado de identificação será omitido de qualquer publicação. Esses dados somente serão acessados pela pesquisadora que se responsabiliza pela guarda do material com toda a segurança possível. Todo o esforço será realizado para manter seus dados confidenciais em segurança. O nome do hospital também será mantido em sigilo.

Sua participação é inteiramente voluntária. Não será oferecido nenhum benefício individual a você. Também não haverá custos para você. O benefício que esta pesquisa poderá trazer refere-se ao conhecimento da percepção dos enfermeiros acerca da autonomia dos pacientes o que poderá engendrar reflexões da categoria sobre o tema e assim poder melhorar a prática da enfermagem.

Os riscos que poderão advir de sua participação referem-se a algum mal-estar que as perguntas poderão trazer a você. Assim, você deve ficar a vontade para responder as perguntas que lhe convierem. Se você não se sentir a vontade para responder uma pergunta por favor solicite que a entrevistadora passe adiante.

Você tem o direito de interromper sua participação a qualquer momento. Pode inclusive solicitar que sua entrevista seja apagada a qualquer momento.

Os resultados dessa pesquisa farão parte da dissertação de mestrado da pesquisadora, serão apresentados em horário a ser combinado no auditório do hospital para as (os) enfermeiras(os) e uma cópia da dissertação será

Rúbrica pesquisador

Rúbrica participante

disponibilizada para os interessados. Além disso um artigo será publicado em revista científica.

Você tem direito a indenização se algum dano ocorrer decorrente dessa participação.

Por favor marque se você autoriza a gravação. SIM ( ) NÃO ( )

Eu, \_\_\_\_\_,  
após receber todas as informações sobre o presente estudo e esclarecer minhas dúvidas, declaro que concordo em participar dessa pesquisa e recebo uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Pesquisador

Qualquer dúvida você poderá entrar em contato com a pesquisadora:  
Enfª Larissa dos Santos Talarico Machado através de email [larissamachado\\_enf@yahoo.com.br](mailto:larissamachado_enf@yahoo.com.br) e/ou telefone (21)97903-3524. Orientadora: Marisa Palacios, email: [marisa.palacios@gmail.com](mailto:marisa.palacios@gmail.com).

O projeto foi apreciado do ponto de vista ético pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, responsável pela apreciação ética dos projetos do Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva ao qual o mestrado da pesquisadora está vinculado. Qualquer questão ética que você considerar no curso de sua participação na pesquisa por favor entre em contato com o CEP. Email [cep.iesc@gmail.com](mailto:cep.iesc@gmail.com), telefone: (21) 2598-9293.

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital  
Universitário Pedro Ernesto. Rua Boulevard  
28 de Setembro, 77 – Térreo – Vila Isabel  
/RJ. CEP: 20.551-030. E-mail: [cep-hupe@uerj.br](mailto:cep-hupe@uerj.br), telefone: 2868-8253.

Rúbrica pesquisador

Rúbrica participante

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA ABERTA

**Entrevista nº** \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Horário: Início: \_\_\_\_\_ / Término: \_\_\_\_\_

**Dados Pessoais:**

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) / M ( )

Enfermeiro residente: Sim ( ) Não ( )

Tempo de formado: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho: \_\_\_\_\_

O que significa respeitar a autonomia do paciente? Há limites?

Que fatores interferem na autonomia do paciente?

**Caso Clínico nº1:**

**Um paciente adulto, lúcido e orientado, está internado para tratar de uma doença crônica. Pela evolução do seu quadro clínico está fazendo uso de diversas medicações tanto por via oral quanto por via intravenosa. Os profissionais de enfermagem, técnicos e enfermeiros, quando entram no quarto para administrar os medicamentos fazem isso sem informar ao paciente qual o medicamento que ele está tomando ou sendo infundido e qual a sua finalidade.**

O que você acha desta conduta?

Se o paciente recusar a medicação, qual a conduta que os técnicos e enfermeiros relatados no caso devem seguir? Por que?

Como que esses profissionais se sentiriam se o paciente os impedisse de fazer o procedimento querendo mais informações sobre ele? Por que?



**Caso Clínico nº2:**

Um paciente adulto, lúcido e orientado, que está internado começa a recusar alimentação pois deseja morrer. O laudo da psiquiatria conclui que o paciente não possui nenhum transtorno psicológico ou psiquiátrico, como a depressão. Após dias sem se alimentar, a equipe que assiste o paciente solicita passagem de SNE para nutrição. O paciente recusa o procedimento pedindo para que o deixem morrer em paz. O enfermeiro do plantão, mesmo com a recusa do paciente, *decide realizar o procedimento de sondagem nasoentérica* e para isso conta com a ajuda de outros profissionais da equipe para conter o paciente durante o processo. Durante todo o tempo o paciente diz estar sendo agredido. O enfermeiro rebate as acusações de agressão falando que está agindo pelo bem do paciente.

Como você analisa essa situação?

Para você o enfermeiro poderia ter agido de outra maneira? Como?

Como você analisa a fala do paciente quando o mesmo refere estar sendo agredido?

Nesse caso, seria possível incluir o paciente no processo de decisão sobre os procedimentos a serem realizados?

Em que casos o paciente deve ser incluído? Em que casos NÃO deve ser incluído?

Se comparar os dois casos, você poderia especificar o que você acha que é diferente e o que você acha que é semelhante na conduta do enfermeiro?

O que você deve levar em consideração para respeitar a autonomia do paciente?

Você acha que há um dever de informar correspondendo ao direito de saber?

Que ações você tem como profissional para garantir o respeito a autonomia do paciente?

**ANEXO**

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (IESC – UFRJ)

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise da percepção do enfermeiro sobre a autonomia do paciente internado

**Pesquisador:** Larissa dos Santos Talarico Machado

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 73500117.0.0000.5286

**Instituição Proponente:** INSTITUTO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**Patrocinador Principal:** Financiamento próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.419.990

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva com a intenção de analisar o processo de consentimento informado para cirurgias em um hospital universitário, sob os referenciais da bioética principialista de Beauchamp e Childress. Será empregado como método de produção de dados a entrevista semi-estruturada, que será realizada com médicos e pacientes do hospital campo de pesquisa. A pesquisadora fez mudanças no projeto (como a retirada da instituição privada como campo de observação e o ajuste do cronograma) que se encontram devidamente registradas em documento específico.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

A pesquisadora coloca como objetivo primário: “Realizar uma análise da percepção do/a enfermeiro/a sobre a autonomia do paciente e suas relações com sua prática em ambientes de enfermagem de adultos”. No terreno dos objetivos secundários, ela arrola: “1. Identificar a percepção do enfermeiro sobre a autonomia do paciente sob seus cuidados. 2. Conhecer os limites da autonomia do paciente na percepção dos/as enfermeiros/as. 3. Identificar as variáveis que na percepção do enfermeiro interferem na autonomia do paciente. 4. Conhecer como o grau de autonomia conferido pelo enfermeiro aos pacientes interfere nos seus procedimentos. 5. Discutir em que medida a percepção dos enfermeiros em relação à autonomia dos pacientes se aproxima ou se distancia da noção de autonomia em Beauchamp e Childress.”

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A avaliação dos riscos e benefícios não foi feita de forma muito aprofundada. Além disso, não fica clara a forma como será realizada a devolutiva para os colaboradores da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é de grande relevância e a metodologia encontra-se bem delineada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A segunda versão dos termos de consentimento livre e esclarecido atende às exigências indicadas no parecer anterior.

**Recomendações:**

Como o projeto encontra-se, agora, atendendo a todos os requisitos de natureza ética, não há recomendações a serem feitas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há, uma vez que essa segunda versão da proposta contempla todos os aspectos apontados no parecer anterior.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Situação do Parecer:** Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:** Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Dezembro de 2017

---

**Assinado por:  
Maria Izabel de Freitas Filhote  
(Coordenador)**

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE)

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise da percepção do enfermeiro sobre a autonomia do paciente internado

**Pesquisador:** Larissa dos Santos Talarico Machado

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 73500117.0.3001.5259

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário Pedro Ernesto

**Patrocinador Principal:** Financiamento próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.600.476

#### **Apresentação do Projeto:**

Segundo o pesquisador o conceito de autonomia tem suas bases em Kant e em Stuart Mill. Em ambos, autonomia identifica-se com as ideias de dignidade, liberdade e responsabilidade individuais. E de acordo com o modelo bioético de abordagem por princípios, a pessoa autônoma é aquela que não somente delibera e escolhe seus planos, mas que é capaz de agir com base nessas deliberações. Pensando nesses conceitos, podemos identificar uma mudança na posição do paciente em relação a tomada de decisão no que diz respeito ao seu tratamento. Este agora tem o direito ao acesso à informação sobre os recursos disponíveis a ele e pode questionar a utilização desses recursos. Apesar dessa mudança os profissionais de saúde nem sempre consideram a autonomia do paciente que está internado em sua assistência. Essas questões nos levaram a questionar qual o limite do paternalismo nas relações entre o enfermeiro e o paciente?

#### **Hipótese:**

As questões levantadas na introdução no levaram a questionar qual o limite do paternalismo nas relações entre o enfermeiro e o paciente? O discurso desses profissionais são demonstrados em sua prática?

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Segundo o pesquisador

Objetivo Geral

- Realizar uma análise da percepção do/a enfermeiro/a sobre a autonomia do paciente e suas relações com sua prática em ambientes de enfermagem de adultos.

### Objetivos Específicos

- Identificar a percepção do enfermeiro sobre a autonomia do paciente sob seus cuidados;
- Conhecer os limites da autonomia do paciente na percepção dos/as enfermeiros/as;
- Identificar as variáveis que na percepção do enfermeiro interferem na autonomia do paciente;
- Conhecer como o grau de autonomia conferido pelo enfermeiro aos pacientes interfere nos seus procedimentos;
- Discutir em que medida a percepção dos enfermeiros em relação à autonomia dos pacientes se aproxima ou se distancia da noção de autonomia em Beauchamp e Childress.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo o pesquisador

Riscos:

A pesquisa possui risco mínimo, podendo causar desconforto durante a entrevista devido as perguntas, mas os participantes poderão sair da pesquisa a qualquer momento.

Benefícios:

O benefício que está pesquisa poderá trazer refere-se ao conhecimento da percepção dos enfermeiros acerca da autonomia dos pacientes o que poderá engendrar reflexões da categoria sobre o tema e assim poder melhorar a prática da enfermagem. Na presente pesquisa os benefícios esperados superam os riscos implicados inerentes as atividades propostas.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Segundo o pesquisador

Será realizada uma pesquisa de método qualitativo. A coleta dos dados será realizada através de entrevista aberta e até ocorrer saturação dos dados. O roteiro de entrevista apresentará ao sujeito dois casos clínicos, sendo o primeiro inspirado no filme Solitário Anônimo realizado pelo Imagens Livres do ANIS – Instituto de Bioética e disponível no YouTube, seguido de perguntas abertas. A entrevista será realizada com enfermeiros que atuam nas enfermarias de clínica médica e cirúrgica de um hospital universitário do município do Rio de Janeiro. A análise dos dados, será então realizada pela Análise de Conteúdo.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: apresentado/adequado.
- 2) Projeto de Pesquisa: vide considerações.
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado/apresentado.
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: vide recomendações.
- 5) Cronograma: adequar o cronograma considerando o período de submissão e avaliação do projeto de pesquisa pelo CEP.
- 6) Documentos pertinentes à inclusão do HUPE: Adequado

7) Currículo do pesquisador principal e demais colaboradores: anexados e conforme as normas.

**Recomendações:**

Em relação ao TCLE:

- O TCLE não apresenta cabeçalho institucional;
- O nome do participante/nome do pesquisador, as suas respectivas assinaturas e datas devem ficar em campos e linhas separados.

Nome do participante/ Assinatura /Data

Nome do pesquisador/ Assinatura/ Data

- Formatar o termo de maneira que o consentimento caiba na mesma página do texto do TCLE.
- No trecho onde a pesquisadora se reporta ao CEP que o participante deve contatar, alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, inserir também os dados do CEP do HUPE.

Em relação ao projeto de pesquisa

- Inserir no projeto as informações sobre os riscos e benefícios tal como foram apresentadas no TCLE;

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto atendeu às exigências solicitadas e pode ser realizado da forma como foi apresentado. Solicita-se o cumprimento das recomendações antes de iniciar o projeto. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. S<sup>a</sup>., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) Meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

**Situação do Parecer:** Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:** Não

RIO DE JANEIRO, 16 de Abril de 2018

---

**Assinado por:**  
**WILLE OIGMAN**  
**(Coordenador)**