

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANDREIA ALVES RAMOS

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DE SUA ATUAÇÃO ANTE OS DIREITOS  
DOS PACIENTES

BRASÍLIA-DF  
2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANDREIA ALVES RAMOS

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DE SUA ATUAÇÃO ANTE OS DIREITOS  
DOS PACIENTES

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília

Área de concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologias em saúde

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde e em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Neves da Silva Bampi

BRASÍLIA-DF  
2017

AR175p ALVES RAMOS, ANDREIA  
PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA SUA ATUAÇÃO ANTE OS  
DIREITOS DOS PACIENTES / ANDREIA ALVES RAMOS; orientador  
LUCIANA NEVES DA SILVA BAMPI. -- Brasília, 2017.  
116 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) --  
Universidade de Brasília, 2017.

1. DIREITOS DOS PACIENTES. 2. ÉTICA EM ENFERMAGEM. 3.  
BIOÉTICA. 4. DIGNIDADE HUMANA. 5. AUTONOMIA PESSOAL. I.  
NEVES DA SILVA BAMPI, LUCIANA, orient. II. Título.

ANDREIA ALVES RAMOS

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DE SUA ATUAÇÃO ANTE OS DIREITOS  
DOS PACIENTES

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em  
Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Luciana Neves da Silva Bampi  
Universidade de Brasília  
(Presidente)

---

Profa. Dra. Valéria Lerch Lunardi  
Universidade Federal de Rio Grande  
(1º membro)

---

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro  
Universidade de Brasília  
(2º membro)

---

Profa. Dra. Ana Beatriz Duarte Vieira  
Universidade de Brasília  
(Suplente)

## AGRADECIMENTOS

Ao longo desta trajetória, que se iniciou em agosto de 2015, muitos foram aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que esta caminhada não fosse uma jornada solitária, mas uma construção solidária.

E estas palavras que aqui escrevo se destinam a exaltar, com todo meu apreço, aqueles que me ofereceram uma mão amiga, uma palavra carinhosa, uma frase de incentivo ou até mesmo um gesto singelo, os quais em alguma medida foram acolhidos por mim como forma de motivação.

E por isso eu agradeço ...

... ao meu esposo André Ramos, o mais presente em todo este caminho, meu co-piloto, obrigada pelo companheirismo e cumplicidade, pela paciência e compreensão, pelas palavras de incentivo e pelos momentos de necessária distração aos quais me conduziste. Te amo!

... à minha orientadora Luciana Bampi pela incrível parceria que desenvolvemos, pela sintonia nas atividades, pela amizade que construímos. Obrigada por me conduzir nesta jornada, por ser minha bússola me orientando pelas melhores direções.

... à Gizele Mota minha parceira de pós-graduação. Cresci muito contigo, vendo quão competente e dedicada és naquilo que se propõe a fazer. Não existe palavra que expresse a gratidão que tenho por você.

... aos meus colegas de trabalho que compreenderam meu evidente cansaço devido a associação da intensa rotina de atividade acadêmicas e trabalho assistencial. A compreensão de vocês nestes momentos significou tanto quanto uma palavra de motivação.

... a Aline Medeiros e Roberta Sena, líderes no meu setor de trabalho, que me auxiliaram neste caminho adequando minha escala de trabalho com as demandas acadêmicas, permitindo que eu pudesse ter tempo de qualidade para construir esta dissertação.

... à minha sogra Hermínia Sarmiento por suas palavras que, com leve doçura, me mostraram que este caminhar deveria me trazer prazer e satisfação e não angústia e cobranças extremas.

... à minha mãe Iolanda que com suas palavras de incentivo me acalmava e reforçava ... minha expectativa de que no final tudo daria certo.

... à Deus por me permitir fazer esta Pós-Graduação no momento certo, com a orientadora certa, escolhendo a dedo cada pessoa que cruzou meu caminho, além de me disponibilizar as ferramentas intelectuais para que eu pudesse ir até o fim

## RESUMO

RAMOS, A.A. **Percepção dos enfermeiros acerca de sua atuação ante os direitos dos pacientes**. 2017. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

Os direitos dos pacientes fundamentam-se na valorização da dignidade da pessoa humana, considerando-a como ser competente para tomar decisões sobre a vida e a saúde, de acordo com seus valores pessoais e seu projeto de vida. Esta valorização é recente na história da relação enfermo-profissional de saúde, e foi fruto da introdução de pensamentos liberais no seio da sociedade moderna. Essas ideias motivaram os indivíduos a reivindicar o reconhecimento de sua liberdade e seus direitos individuais. Respeitar os direitos dos pacientes é uma questão ética na prática da Enfermagem, e o cuidado é um instrumento concreto para atingir este objetivo. Os enfermeiros são os profissionais com o maior potencial para auxiliar na efetivação do respeito aos direitos do paciente, mas, para tal, é necessário assumir atitudes e comportamentos nesse sentido. Este estudo objetivou conhecer a percepção de enfermeiros acerca de sua atuação ante os direitos dos pacientes. Foi utilizada metodologia observacional, descritiva, transversal e quantitativa. A pesquisa foi realizada em um hospital universitário da cidade de Brasília, Distrito Federal, Brasil. Participaram do estudo 128 enfermeiros que prestavam assistência direta a enfermos adultos. Foram aplicadas duas ferramentas de coleta de dados: um questionário sociodemográfico e um instrumento específico, próprio para o objetivo proposto, dividido em quatro constructos, em conformidade com os fundamentos teóricos do respeito aos direitos dos pacientes, já validados para uso no país. Os dados foram analisados utilizando o *software* SPSS 24.0. Foram realizadas análises descritivas de frequência, tendência central, dispersão e análises inferenciais. O teste de Wilcoxon foi utilizado para verificar o respeito aos direitos dos pacientes e os constructos mais respeitados. Os testes não paramétricos U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foram empregados para as comparações entre variáveis. Os resultados demonstraram que os enfermeiros perceberam-se respeitando os direitos dos pacientes em todos os seus fundamentos, porém, respeitando mais a “preservação da individualidade” e menos a “informação para a tomada de decisão”. Verificou-se também que os profissionais que atuam nos setores diagnósticos e apresentam apenas um vínculo empregatício perceberam-se respeitando mais os direitos dos enfermos. A impressão dos enfermeiros aqui identificada auxilia a ratificar o valor moral da profissão e a reforçar as atitudes e os comportamentos éticos salutarres à assistência à saúde. Emergiram questionamentos acerca da clareza que os profissionais possuem sobre os conceitos que fundamentam os direitos dos pacientes, os quais podem ser respondidos a partir da realização de novos estudos com aplicação de metodologias diversas.

**Descritores:** Direitos dos pacientes; Dignidade Humana; Autonomia Pessoal; Bioética; Ética Clínica; Ética em Enfermagem.

## ABSTRACT

RAMOS, A.A. **The nurses' perception about their own practice before the patients' rights.** 2017. 114f. Master's Thesis (Master's Degree of Nursing) – Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2017.

Patients' rights are based upon the appreciation of the dignity of human beings, considering them as people enough, capable of making decisions about life and health, according to their values and their life goals. This appreciation is something quite recent in the history of the relation existent between the Nursing field and the professional of health, and it was published in the introduction of liberal thoughts on the internet. These ideas motivated people who claim for the recognition of their freedom and their individual rights. Respect the rights of patients is an issue related to the practice of nursing and the care of a concrete instrument to achieve this goal. Nurses are the professionals with the greatest potential to assist in achieving the needed respect for patients' rights, but for this, it is necessary to assume attitudes and behaviors accordingly. This study aimed to get to know more deeply the perception of nurses about their performance before patients' rights. Observational, descriptive, cross-sectional and quantitative methodology were used. The research was conducted at a University's hospital in the city of Brasília, Federal District, in Brazil. The study encompassed 128 nurses who provided direct assistance to adult patients. Two data collection tools were applied: a sociodemographic questionnaire and a specific instrument, appropriate for the proposed objective, divided into four main pillars in accordance with the theoretical foundations of the rights of patients, already validated for being used in the country. Data were analyzed using SPSS 24.0 software. Descriptive analyzes of frequency, central tendency and dispersion and inferential analyzes were also carried out. The Wilcoxon test was used to verify the respect for patients' rights and the most respected constructs. Non-parametric U-tests of Mann-Whitney and Kruskal-Wallis were used for comparisons between the variables. The results show that nurses notice themselves respecting patients' rights in all their foundations. However, they notice that they were appreciating more the protection of individuality rather than the information for decision making itself. It was also perceived in the professionals who work in the diagnostic and human sectors only an employment bond, and they also respected more the patients' rights. The perception of the nurses here identified helps to ratify the moral value of the profession and a reinforcement to healthy and ethical attitudes and behaviors to medical care. The questionnaires emerge about the clarity that the professionals have about the concepts that based the patients' rights, which can be answered from the awareness of new studies using several methodologies.

**Keywords:** Patient rights; Human dignity; Personal Autonomy; Bioethics; Clinical Ethics; Ethics in Nursing.

## RESUMEN

RAMOS, A.A. **La percepción de los enfermeros acerca de su actuación ante los derechos de los pacientes.** 2017. 114f. Disertación (Máster en Enfermería) - Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2017.

Los derechos de los pacientes han sido fundamentados en la valorización de la dignidad de la persona humana, considerándola como alguien que puede tomar decisiones sobre la vida y la salud, de acuerdo con sus valores, sus proyectos de vida. Esta valoración es muy recién en la historia de la relación existente entre enfermería y equipo de profesional de la salud, y se ha publicado sobre esta valoración en la introducción de pensamientos liberales en el Internet. Estas ideas han servido de motivación a la persona que reivindica el reconocimiento de su libertad y sus derechos individuales. Respetar a los derechos de los pacientes ha sido una cuestión muy sobre la práctica de la enfermería y el cuidado de un instrumento concreto para llegar a este objetivo. Los enfermeros han sido los profesionales del ámbito sanitario con el mayor potencial para auxiliar en la efectividad del respeto a los derechos del paciente, pero para eso, hay la necesidad de poseer actitudes y comportamientos en ese sentido. Este estudio objetivó por conocer la percepción de enfermeros sobre su actuación ante los derechos de los pacientes. Ha sido utilizada las metodologías observacional, descriptiva, transversal y cuantitativa. La investigación fue realizada en un hospital universitario en la ciudad de Brasilia, Distrito Federal, Brasil. Han participado del estudio 128 enfermeros que prestaban asistencia directa a enfermos adultos. Dos herramientas de recolección de datos han sido aplicadas: un cuestionario sociodemográfico y un instrumento específico, propio para el objetivo propuesto, dividido en cuatro construcciones en conformidad con los fundamentos teóricos de los derechos de los pacientes, ya validados para uso en lo país. Los datos han sido analizados utilizándose el software SPSS 24.0. Han sido llevados a cabo análisis descriptivos de frecuencia, tendencia central y dispersión y análisis inferenciales. La prueba de Wilcoxon fue utilizada para la verificación de los derechos de los pacientes y los constructos más respetados. Las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis han sido empleadas para comparaciones entre variables. Los resultados demuestran que los enfermeros se percibieron respetando los derechos de los pacientes en todos sus fundamentos, aunque se percibieron respetando más la preservación de la individualidad y menos la información para la toma de decisión. Han sido verificados también en los profesionales que actúan en los sectores diagnósticos y humanos sólo un vínculo laboral, con respecto más a los derechos de los enfermos. La percepción de los enfermeros aquí identificados ayuda a ratificar el valor moral existente en la profesión y a reforzar actitudes y comportamientos éticos saludables a la asistencia médica. Los cuestionarios han traído a la luz el conocimiento y percepción que los profesionales poseen sobre los conceptos que fundamentan los derechos de los pacientes, los cuales pueden ser respondidos a partir de la realización de nuevos estudios con la aplicación de metodologías diversas.

**Descriptores:** Derechos de los pacientes; Dignidad Humana; Autonomía Personal; Bioética; Ética Clínica; Ética en Enfermería.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
2.1 Objetivo geral .....	14
2.2 Objetivos específicos .....	14
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
3.1 As raízes históricas da Bioética .....	15
3.1.1 Responsabilidade diante do avanço das ciências e das novas tecnologias de cuidado à saúde .....	16
3.1.2 Autoafirmação do sujeito .....	18
3.1.3 A socialização da Medicina, justiça social e equidade .....	20
3.1.4 Insuficiência da ética médica na resolução de conflitos morais .....	21
3.2 Fundamentos teóricos dos direitos dos pacientes .....	22
3.2.1 Respeito à autonomia .....	22
3.2.2 Consentimento informado .....	25
3.2.3 Privacidade e confidencialidade .....	27
3.3 Considerações acerca da dignidade da pessoa humana .....	29
3.3.1 Evolução do conceito de dignidade humana .....	29
3.3.2 O valor da dignidade humana para a Bioética .....	33
3.4 Dignidade da pessoa humana na relação médico-paciente .....	35
3.4.1 Evolução da relação médico-paciente ao longo da história .....	35
3.4.2 Idade do Paternalismo .....	36
3.4.3 Idade da Autonomia .....	39
3.4.4 Idade da Burocracia .....	44
3.4.5 Modelos da relação médico-paciente (Teoria de Ezequiel J. Emanuel e Linda L. Emanuel) .....	46
3.4.5.1 Modelo paternalista .....	47
3.4.5.2 Modelo informativo .....	48
3.4.5.3 Modelo interpretativo .....	49
3.4.5.4 Modelo deliberativo .....	50
<b>4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....</b>	<b>51</b>
4.1 Tipo de pesquisa .....	51
4.2 Local da pesquisa .....	51

4.3 Participantes da pesquisa, critérios de inclusão e exclusão .....	52
4.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados .....	53
4.5 Análise dos dados .....	55
4.6 Aspectos éticos .....	56
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>57</b>
5.1 Caracterização da amostra .....	57
5.1.1 Perfil demográfico .....	57
5.1.2 Perfil de formação profissional.....	59
5.1.3 Perfil de atividades laborais.....	64
5.2 Análise da percepção do enfermeiro quanto ao seu respeito aos direitos dos pacientes 65	
5.2.1 Análise da percepção do enfermeiro quanto ao seu respeito aos direitos dos pacientes: informação para tomada de decisão.....	66
5.2.2 Análise da percepção do enfermeiro quanto ao seu respeito aos direitos dos pacientes: identificação pessoal.....	70
5.2.3 Análise da percepção do enfermeiro quanto ao seu respeito aos direitos dos pacientes: respeito à autonomia do cliente .....	73
5.2.4 Análise da percepção do enfermeiro quanto ao seu respeito aos direitos dos pacientes: preservação da individualidade.....	77
5.3 Comparação entre os grupos .....	84
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>104</b>
<b>APÊNDICE 1 .....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE 2 .....</b>	<b>112</b>
<b>APÊNDICE 3 .....</b>	<b>114</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Os direitos dos pacientes nem sempre foram respeitados na história da Medicina (VILLAFRANCA; GUILHEM; PEREZ, 2013). Algum reconhecimento oficial data de 1973, com a aprovação, pela Associação Americana de Hospitais, da primeira “Carta de Direitos dos Pacientes”. Essa declaração foi fruto de um levante social denominado “rebelião do paciente”, o qual reivindicava a consideração da autonomia pessoal como atributo do ser humano enfermo, capaz de decidir livremente sobre si, a partir da racionalização das informações recebidas sobre sua situação clínica e de suas possíveis opções de escolha (LÁZARO; GRACIA, 2006). Esse documento propunha uma mudança, um giro radical na forma como se estabelecia a relação entre médico/profissional de saúde e paciente.

Até aquele momento, a relação entre médico/profissionais de saúde e pacientes se baseava no modelo paternalista, um esquema assimétrico, em que o doente era visto como incapaz de tomar decisões morais, devido ao sofrimento e à fragilidade impostos pela enfermidade (GRANDE, 2011). Por esse motivo, estava fadado a submeter-se às considerações morais, à retidão e à benevolência daqueles que lhe prestavam assistência em saúde, sem que houvesse apreço pelos seus valores e projetos pessoais (LÁZARO; GRACIA, 2006). A evolução das sociedades e a introdução de pensamentos liberais, que resultaram na luta pelas liberdades e direitos individuais, repercutiram também na assistência à saúde, conduzindo à crise do paternalismo e à consideração do enfermo como sujeito moral, capaz de decidir moralmente sobre sua liberdade a partir da razão própria, baseada no princípio ético da autonomia (LORDA; GUTIERREZ, 2001).

Sob a influência dessa nova forma de relação entre médico/profissional de saúde e pacientes, a Carta de Direitos dos Pacientes reafirmou e referendou a ideia predominante no pensamento autonomista: de que cada um assuma as decisões que lhe afetem regendo-se por seus próprios sistemas de valores (LÁZARO; GRACIA, 2006). Com o reconhecimento da capacidade de decisão e do autogoverno do paciente, o paternalismo tornou-se insustentável. O respeito à autonomia considera que o bem do doente é algo que só pode ser definido a partir do sistema de valores do próprio enfermo (GRANDE, 2011). Nesse sentido, a beneficência tradicional utilizada por médicos/profissionais de saúde já não pode ser aplicada sem, antes, conhecer a vontade do doente.

A Carta de Direitos dos Pacientes reconhece que as pessoas enfermas, apesar de sua discutível passividade, impotência e fragilidade, podem ser protagonistas de sua vida e

tratamento (CLOTET, 2009). Nesse sentido, o respeito à autonomia da pessoa torna-se foco central nessa discussão. A Modernidade trouxe à tona o discurso da autonomia fundamentada no reconhecimento da dignidade humana (BAYER, 2013). A ética kantiana apresentou um modelo filosófico que relacionava autonomia e dignidade: não há dignidade sem autonomia, e esta, por sua vez, só existe quando o sujeito atua submetendo-se a si mesmo, agindo a partir da sua razão e vontade, sendo autor de suas próprias leis, devendo, por isso, ser respeitado e ter considerada sua dignidade (KANT, 1980). A dignidade atribui valor ao ser humano e explicita uma preocupação moral acerca da igualdade entre os seres humanos (MORRISSEY, 2016).

Na atualidade, um dos âmbitos de reflexão social que confere à dignidade humana grande importância é a Bioética, a qual se estabelece, há mais de quatro décadas, como espaço de argumentação ética frente às novas capacidades humanas de interagir com os outros e com o *bios* (BULLÉ; GOYRI, 2013). Moldada em um cenário de grande desenvolvimento científico-tecnológico e de profundas mudanças sociais, políticas e culturais, essa disciplina pretendia buscar uma série de princípios éticos e critérios morais com os quais pudesse proteger, com maiores garantias, a origem e o desenvolvimento da vida humana, especialmente frágil e vulnerável (PERALES, 2009). Apesar de ter se desenvolvido sob diversas perspectivas filosóficas, a Bioética, em qualquer caso, terá sempre como referência o tema da dignidade humana, uma vez que se refere à reflexão de situações em que esta se encontra sob risco de ser afetada ou desrespeitada (CICCONE, 2005).

Assim como a Bioética, a Enfermagem incorpora o conceito de dignidade humana para definir o cuidado sob uma perspectiva ética: “A essência ética do cuidado de Enfermagem pode ser definida como prover o cuidado em resposta à vulnerabilidade do ser humano com o objetivo de manter, proteger e promover a dignidade o máximo possível” (GATSMAN, 2013, p.146). Essa relação entre cuidado, vulnerabilidade e dignidade tem gerado discussões e reflexões no campo da ética em Enfermagem, desde o despontar da Enfermagem moderna, com Florence Nightingale (1991). Ao longo dos tempos, outros autores, como Carol Gilligan, Milton Mayeroff, Marie Françoise Collière, Virgínia Henderson, ocuparam-se em aprofundar as reflexões acerca do cuidado enquanto instrumento ético, considerando os conceitos de vulnerabilidade e dignidade humana.

Trabalhar respeitando a dignidade e a autonomia das pessoas é uma questão ética e, no que tange à prática da Enfermagem, o cuidado é um instrumento ético concreto para atingir esse objetivo (BUSQUETS, 2011). Gilligan (1985) cunhou um conceito de “cuidar” entendido como uma ação capaz de promover crescimento, facilitando o bem-estar, a dignidade, o respeito e a preservação de todas as potencialidades humanas. Mayeroff (1990) define o cuidar como ajudar

o outro em seu desenvolvimento, considerando-o como ser independente, pautando-se num profundo respeito por ele. Ambos os conceitos são convergentes, pois consideram o ser cuidado como digno de respeito, e atribuem ao cuidado um potencial para gerar desenvolvimento e independência; em outras palavras: para conduzir e efetivar a autonomia do outro.

Henderson (1991) incluiu o respeito à autonomia na própria definição do cuidar, definindo-o como um fazer que ajuda a manter as necessidades do outro atendidas, fazendo pela pessoa o que ela mesma faria se tivesse força, vontade ou conhecimento. Reconhece-se a autonomia neste conceito quando o autor aponta a importância de considerar a perspectiva da pessoa como prerrogativa para cuidar. Em síntese, Busquets (2011) define o cuidar como um ato de respeito pela vida de quem o necessita, uma ajuda à pessoa para viver a situação da melhor maneira possível, acompanhando-a em suas experiências, considerando-a em suas relações, possibilidades, crenças, valores, costumes, desejos e forma de viver.

Respeitar e promover a autonomia do paciente é um exercício que requer a realização de pressupostos já definidos na literatura Bioética: “dizer a verdade; respeitar a privacidade; proteger informações confidenciais; obter consentimento para intervenções e, quando solicitado, ajudar nas tomadas de decisões” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.145). Apesar do claro conteúdo bioético existente acerca do respeito à autonomia das pessoas – além da vinculação deste com o cuidado já ter sido explorada pela literatura –, a consideração do princípio do respeito à autonomia em Enfermagem é, ainda, uma questão controversa, e um grande problema para a Bioética (BAYER, 2013).

Os enfermeiros, principalmente no ambiente hospitalar, ainda não estão acostumados a entender a autonomia dos pacientes segundo os pressupostos bioéticos, o que gera dificuldade no exercício profissional de implementá-la (BAYER, 2013). Este fato pode ser confirmado no estudo de Oliveira, Sá e Silva (2007), o qual relata que o enfermeiro é capaz de identificar que é um direito do paciente ser cuidado com respeito e dignidade, valorizando sua autonomia. Porém, quando solicitado ao enfermeiro que faça algo com o qual não concorda, mas que é a vontade do paciente, pode-se reagir negligenciando e julgando, a partir de seu próprio referencial, aquilo que lhe foi solicitado. Ou seja, pode-se conjecturar que ainda não há clareza suficiente acerca do significado deste princípio ou que a beneficência ainda está arraigada nas atitudes profissionais, levando o enfermeiro a agir segundo um dever moral: o dever de cuidar.

Ainda sobre a atuação ética do enfermeiro nas atividades assistenciais, Soares (2000) evidenciou que, na prática de Enfermagem, ocorrem situações de desrespeito aos direitos dos pacientes, as quais estão relacionadas à sonegação de informações, à despersonalização das

peças, à discriminação e à não promoção de sua autonomia. Em uma pesquisa qualitativa, Chaves, Costa e Lunardi (2005) identificaram que os enfermeiros sabem que, para respeitar os direitos dos pacientes, é necessário mantê-los informados acerca do processo de saúde-doença, tratamento e cuidados. Desse modo, eles podem participar das decisões sobre si, além de contribuírem ativamente para o esclarecimento do seu direito tanto à informação quanto ao consentimento informado, prévio à realização de qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico.

Nessa mesma linha de raciocínio, Alves e colaboradores (2008) desenvolveram um instrumento para verificar a percepção dos enfermeiros acerca de sua atuação ante os direitos dos pacientes, definindo quatro domínios de ação destes profissionais: preservação da individualidade, respeito à autonomia, identificação pessoal e informação para a tomada de decisão (ALVES et al., 2008). Esses autores concluíram que os enfermeiros percebem-se respeitando mais a individualidade do paciente por meio de atitudes que garantem respeito à privacidade e à confidencialidade do que fornecendo informações para a tomada de decisão, requisito *sine qua non* para promoção da autonomia (ALVES et al., 2008).

Estudos como os citados acima estimulam a refletir sobre a postura ética do enfermeiro nas práticas de saúde da atualidade, e sobre como esse profissional pode auxiliar na efetivação do respeito aos direitos dos pacientes – não apenas por esta categoria, mas por todos aqueles que prestam assistência ao doente. A literatura é enfática em afirmar que os enfermeiros são os profissionais com maior potencial para auxiliar na efetivação da autonomia do enfermo e, conseqüentemente, em seus direitos, uma vez que dispõem maior tempo de convívio e têm melhores condições para compreender o paciente em uma visão holística, estimando pelos seus valores, necessidades pessoais e preferências (TAYLOR, 2003).

Conceber o enfermeiro como agente potencial na promoção e no respeito à autonomia e aos direitos dos pacientes faz com que a preocupação acerca de seu comportamento ético e sua percepção acerca dele tornem-se objeto de interesse no campo de pesquisa em Ética e Bioética. Apesar de os direitos da pessoa hospitalizada constituírem um tema já conhecido e preconizado na área da saúde, em nossa realidade, parece ainda estar sendo pouco valorizado e investigado (ALVES et al., 2008). Nesse sentido, faz-se necessário aprofundar as reflexões acerca da prática cotidiana do enfermeiro, a fim de identificar posturas profissionais que não contribuam com o respeito à autonomia do doente, que não efetivem o respeito aos direitos dos pacientes e/ou que reforcem e referendam atitudes que corroborem para tal. Diante desta perspectiva, esta dissertação foi desenvolvida sob a direção do seguinte questionamento: “Qual a percepção dos enfermeiros acerca de sua atuação ante os direitos dos pacientes?”

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Conhecer a percepção dos enfermeiros do Hospital Universitário de Brasília (HUB) acerca de sua atuação ante os direitos dos pacientes.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Conhecer perfis demográfico, de formação profissional e de atividades laborais dos enfermeiros;
- Analisar a percepção dos enfermeiros quanto o respeito aos direitos dos pacientes;
- Verificar quais fundamentos do respeito aos direitos dos pacientes são mais valorizados na atuação dos enfermeiros de acordo com suas próprias percepções;
- Relacionar as percepções dos enfermeiros acerca da sua atuação ante os direitos dos pacientes com suas características demográficas, de formação profissional e atividades laborais.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 As raízes históricas da Bioética

A Bioética é um campo do conhecimento que surgiu no início dos anos 1970, nos Estados Unidos da América (EUA), com objetivo principal de encontrar orientações morais para proteger a gênese, o desenvolvimento e o final da vida humana. Despontou tanto com um enfoque macroético, de Van Rensselaer Potter – especialmente sensível à sobrevivência da espécie humana em perigo, em decorrência dos efeitos negativos que os avanços tecnológicos podem causar sobre a natureza –, e com uma perspectiva mais concreta, microética, de André Hellegers, centrado nos problemas morais derivados da reprodução assistida e da relação médico-paciente. Tendo uma origem ambientalista, por um lado, e clínica, por outro, o nascimento da Bioética explica-se pelo anseio de proteger tanto a espécie humana ameaçada, em Potter, quanto o começo da vida humana no seio materno, em Hellegers (PERALES, 2009).

O sentido do termo “Bioética” é determinado pelas palavras gregas que o compõe: *bios*, vida, e *ethos*, costume. Etimologicamente, o termo serve para designar os costumes relacionados à vida ou ao cuidado com a vida. Este termo também pode ser entendido de um segundo modo, oferecendo mais cientificismo às suas raízes, logo, a raiz *bios* designaria as ciências da vida, e a raiz *ethos*, a ciência dos costumes, a ética (GRACIA, 2002). Esse neologismo foi utilizado pela primeira vez em 1970 pelo médico oncologista Van Rensselaer Potter, em um artigo publicado em revista científica: “Bioethics: a bridge to the future”. Potter, preocupado com a crescente capacidade de intervenção da ciência e da tecnologia, que colocaria em perigo a própria sobrevivência do planeta, apelava à construção da “moral ecológica”, isto é, da “Bioética” (LORDA, 2001).

Pode-se afirmar que a Bioética foi moldada num ambiente de grande desenvolvimento científico, tecnológico e de profundas mudanças sociais, políticas e culturais (LOPES, 2014). Concomitante a essas mudanças, o avanço da tecnologia biomédica e o aumento da capacidade de intervenção nos processos de saúde e doença das pessoas produziram uma Medicina capaz de atuar e de se introduzir nas esferas mais essenciais do ser humano: aquelas relacionadas à quantidade e à qualidade de vida das pessoas (LORDA; CANTALEJO, 1995). Diante de um cenário de mudanças, a Bioética pretendia buscar uma série de princípios éticos e de critérios morais com os quais pudesse proteger, com maiores garantias, a origem e o desenvolvimento da vida humana, especialmente frágil e vulnerável (PERALES, 2009).

Não se pode negar que a vida tem um valor muito importante, e que sua preservação e conservação são uma obrigação moral primária (GRACIA, 2002). Diante de tal constatação, a pergunta que tem sido feita à Medicina e à Biologia na atualidade é: Quando e como impedir a invasão destas ciências na biografia das pessoas? (LORDA; CANTALEJO, 1995). Este questionamento começa a ser formulado conscientemente na década de 1960, tendo como pano de fundo uma série de fatos históricos e acontecimentos sociais relacionados à gestão do corpo, da sexualidade, da vida e da morte, os quais por muitos séculos foram vedados ao sujeito, tendo ficado a cargo de médicos, governantes, juízes e sacerdotes (GRACIA, 2002).

Lorda (2001) afirma que a conjuntura da década de 1960 vivenciou “quatro forças” que levaram ao desenvolvimento da Bioética como área do conhecimento na década seguinte, especialmente em seu enfoque clínico. São elas: a responsabilidade diante do avanço das ciências e das novas tecnologias de cuidado à saúde; a autoafirmação do sujeito; a socialização da Medicina; justiça social e equidade e, por fim, a insuficiência da ética médica para resolver conflitos morais na saúde.

### **3.1.1 Responsabilidade diante do avanço das ciências e das novas tecnologias de cuidado à saúde**

É sabido que os avanços técnico-científicos na assistência à saúde determinaram transformações inequívocas a partir de meados do século passado. A incorporação de novos procedimentos invasivos e a mudança na relação médico-paciente ocasionaram o surgimento de conflitos de difícil solução (COSTA, 2008). Esses avanços aumentaram a capacidade de intervenção da Medicina, concedendo, aos médicos e aos demais profissionais da saúde, um poder que outrora jamais haviam sonhado. Aumento de poder implica aumento da fragilidade daqueles sobre os quais se exerce o tal poder (LORDA, 2001).

Durante a Segunda Guerra Mundial, diversos experimentos com judeus, ciganos e outros grupos vulnerados foram conduzidos por médicos nazistas nos campos de concentração, sob a égide de “pesquisas científicas” (MOTTA; VIDAL; SIQUEIRA & BATISTA, 2012). Tais experimentos caracterizaram-se como verdadeiras atrocidades à vida humana e, no pós-guerra, foram julgados pelo Tribunal de Nuremberg. Esse fato evidenciou que a ética profissional médica, a princípio beneficente, não é sempre confiável; tampouco a consciência moral é suficiente para definir limites à prática médica (LOPES, 2014). Após o ocorrido, foi criado o Código de Nuremberg (1947), um conjunto de 10 princípios norteadores da pesquisa

com seres humanos, com ênfase no consentimento informado (MOTTA; VIDAL; SIQUEIRA & BATISTA, 2012).

Na década de 60, duas décadas após a criação do Código de Nuremberg, foram deflagradas diversas situações nas quais ocorreram abusos do poder da tecnologia utilizada na saúde. O anestesiológico americano Henry Beecher publicou um artigo em um periódico renomado, no qual revelava que pesquisas semelhantes aos experimentos nazistas continuavam a ser conduzidas com seres humanos e publicadas nos mais renomados periódicos científicos ora existentes. O relato de Beecher apontava claramente os depositários das práticas questionáveis: crianças, idosos, deficientes mentais e prisioneiros (COSTA, 2008). Exemplos mais escandalosos desses estudos e que causaram maior comoção foram: o Jewish Chronic Disease Hospital Case (1965) – no qual se injetavam células cancerosas em idosos para estudar sua reação imunológica; o Willowbrook State School Hepatitis Study – quando se infectava com hepatite crianças com deficiência mental para estudar a epidemiologia e a etiologia da enfermidade; e o que causou maior comoção no povo dos Estados Unidos da América (EUA), o Tuskegee Siphilis Study – o estudo coorte iniciado em 1932 e prolongado até a década de 1970, realizado com 400 negros do estado do Alabama, naturalmente infectados com sífilis. Essas pessoas não receberam nenhum tratamento, a fim de que fosse conhecida a evolução natural da doença, apesar de, em 1948, já se conhecer e utilizar amplamente a penicilina para o tratamento (LORDA, 2001).

O trabalho de Beecher foi considerado um marco referencial que impulsionou a reflexão sobre o abuso do poder da ciência na figura dos médicos pesquisadores. Por esse motivo, o autor enfrentou grande dificuldade para publicá-lo, além de ter sido severamente criticado por muitos colegas. Beecher considerava inaceitável que pessoas tivessem sua dignidade afrontada e fossem tratadas como objetos, sem nunca receberem a devida explicação sobre os riscos inerentes à participação nas pesquisas (COSTA, 2008). Em uma de suas publicações, o autor concluiu o artigo com a seguinte indagação: “Quem deu ao investigador o direito divino de escolher seus mártires?” (BEECHER, 1966).

O problema do poder médico, contudo, não se revelava apenas no campo da investigação, mas também na assistência. O dramático avanço na tecnologia biomédica ascendeu questionamentos sobre a moralidade e a responsabilidade de sua utilização no cuidado à saúde. Entre esses avanços estão a descoberta da dupla hélice do DNA (1953); a criação dos respiradores artificiais, chamados de “pulmões de aço”, os quais mantinham a ventilação de pacientes com sequelas respiratórias de poliomielite (1952); o desenvolvimento da pílula contraceptiva (1960); a realização dos primeiros transplantes renais (1960) e cardíacos (1967);

a criação dos aparelhos de hemodiálise (1960), entres outros (RHODES, 2013). Questionava-se, na época, se recursos deveriam ser investidos em todas essas descobertas, e a quem caberia a decisão de quem seriam os beneficiados com as novas tecnologias (FIGUEIREDO, 2011).

Um caso emblemático que bem retrata a responsabilidade médica no uso das tecnologias ocorreu em Seattle, nos EUA, em 1962. Vieram a público os critérios utilizados pelo Centro de Diálise de Seattle, pioneiro no tratamento da doença renal crônica, para admitir ou não pacientes para tratamento nesta unidade. Logicamente, estabeleceu-se um árduo debate sobre os critérios éticos de distribuição de recursos sanitários críticos e limitados e sobre a legitimidade moral desses critérios (LORDA, 2001). Tal episódio foi considerado emblemático, pois ficou clara a insuficiência e a limitação da ética hipocrática para examinar conflitos morais na prática clínica. Com o objetivo de examinar estes temas que envolvem a Medicina e a ética, Daniel Callahan, filósofo, fundou em 1969, na cidade de Nova York, o Institute of Society, Ethics and the life sciences, que posteriormente viria a se chamar The Hasting Center (ESCOBAR & PICASSO; ESCOBAR & COSME, 2010).

### **3.1.2 Autoafirmação do sujeito**

Outra “força” que levou ao surgimento da Bioética, de acordo com Lorda (2001), constitui um mecanismo natural de defesa do ser humano frente ao poder: a rebelião, ou seja, a autoafirmação. Na década de 1960, o contexto político e sociocultural estava em constante ebulição. Cada vez mais inflamados eram os movimentos pelos direitos civis individuais e coletivos. Desafiavam-se modelos e autoridades, questionavam-se instituições como família, governo, igreja. Lutava-se por diversos motivos e em várias frentes: em defesa dos direitos das mulheres, dos negros, dos homossexuais etc. (LOPES, 2014). Produziu-se um amplo movimento de tomada de consciência das sociedades diante da capacidade de ingerência das instituições nas vidas das pessoas (LORDA; CANTALEJO, 1995). O pano de fundo político ainda contava com cicatrizes da Segunda Guerra Mundial.

Nessa década, o ano emblemático foi 1968. Na Europa, assistiu-se à “Primavera de Praga” – período de liberação política da Tchecoslováquia de sua dominação pela União Soviética, com democratização do Estado e concessão dos direitos individuais aos cidadãos – e à revolta dos estudantes em Paris. Nos EUA, questionava-se ruidosamente a Guerra do Vietnã e era repercutido o assassinato de Martin Luther King (LOPES, 2014). Tais movimentos sociais e políticos foram reflexo das revoluções liberais que triunfaram na Europa, nos séculos XVII e

XVIII, e que foram motivadas e fundamentadas na Teoria dos Direitos Humanos Básicos, primeiramente formulada por John Locke (GRACIA, 2002).

Nesse cenário de movimentos sociais, desenvolveu-se um movimento muito menos ruidoso e que se desenrolou na intimidade dos consultórios médicos (LÁZARO; GRACIA, 2006). O componente social das rebeliões dos sujeitos trouxe consigo uma profunda crise na relação médico-paciente (ENTRALGO, 1964), configurada numa relação paternalista. Como é sabido, a relação paternalista é baseada na convicção de que o médico é o detentor dos conhecimentos necessários para a resolução dos problemas; nela, o respeito do médico ao paciente é fundamentado nos princípios éticos da beneficência e não maleficência (WANSSA, 2011). Contudo, a moralidade da beneficência enquanto princípio ético-profissional médico passou a ser questionada desde a Segunda Guerra Mundial, uma vez que os experimentos realizados nos campos de concentração nazistas mantinham o mesmo argumento beneficente (LORDA, 2001).

Além disso, o poder médico, pressuposto na relação paternalista, foi – obviamente – questionado junto a todas as outras formas de poder contra as quais os movimentos sociais da década de 1960 lutavam. Por isso, não foi de se estranhar quando os cidadãos começaram a reivindicar sua participação ativa no processo de tomada de decisões clínicas que afetavam sua vida e saúde, exigindo informações sobre o que seria feito com eles para, somente então, autorizar ou consentir (LORDA, 2001). Os indivíduos passaram a reivindicar a autogestão do corpo e o reconhecimento da condição de sujeito que quer ser escutado, na sua condição de sujeito linguístico, e compreendido, na sua condição de sujeito biográfico (LÁZARO; GRACIA, 2006). Ninguém tem o direito de proibir a autogestão do corpo e da vida de indivíduos adultos e capazes, de acordo com seu sistema de valores e crenças (GRACIA, 2002).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos e o Código de Nuremberg, ambos de 1948, serviram como base para as reivindicações acerca da autodeterminação nas relações sanitárias. A Declaração tornou-se alicerce para um sistema de convenções, instrumentos, mecanismos e garantias destinados a proteger os direitos da pessoa humana. O Código, por sua vez, estabeleceu recomendações internacionais sobre os aspectos éticos relacionados às pesquisas com seres humanos, sendo a autodeterminação do indivíduo o primeiro critério enunciado, e que deveria ser protegido a partir do consentimento informado (WANSSA, 2011). O terreno que Nuremberg preparou para a autonomia do sujeito de pesquisa tornou-se fértil para a autonomia do paciente na prática clínica, a qual também foi reivindicada (LOPES, 2014).

A revolução liberal ocorrida nesse contexto sociopolítico ganhou um novo espaço, que tratou de superar o paternalismo e de considerar os indivíduos autônomos e livres para tomar

suas próprias decisões (GRACIA, 2002). O foco da necessidade imperiosa de respeitar a autonomia projeta luz a outras situações, como aborto e eutanásia. A Bioética nasce precisamente como resposta à necessidade de médicos e enfermeiros de refletir a forma de incorporar o princípio moral da autonomia, tão importante, à rede das relações sanitárias, além de agregar novas ferramentas para abordar problemas éticos, visto que os códigos deontológicos da época eram limitados para tratar de tais problemas (LORDA, 2001).

### **3.1.3 A socialização da Medicina, justiça social e equidade**

As revoluções sócias da segunda metade do século XIX, cujos estandartes foram os direitos civis e políticos, produziram também outras reivindicações de caráter mais material e tangível. Já não se tratava mais de conquistar a liberdade diante dos caprichos da monarquia, mas, sobretudo, de requerer condições necessárias e suficientes para o gozo da liberdade (GRACIA, 2002). Essas reivindicações produziram a generalização do acesso aos sistemas sanitários no final da Segunda Guerra Mundial, proveniente da expansão do modelo de bem-estar social e da ampla instauração de sistemas de seguridade social (LORDA, 2001).

As sociedades ocidentais, no entanto, foram incrementando os gastos sanitários de modo acelerado; com a chegada da crise, no final da década de 1960, tais gastos e a cobertura oferecida pela seguridade social sofreram grande impacto. Essa situação adquiriu um papel relevante à justiça social no que se refere à distribuição e à alocação dos recursos sanitários e seus respectivos custos econômicos (QUINTANA, 2013). Tornou-se necessário analisar com mais detalhes o tema da justiça e o conceito de justiça social (GRACIA, 2002). Até então, a assistência à saúde era tida como um bem meritório que os Estados deveriam proteger, porém, diante dessa mudança de paradigma, questionamentos passaram a fazer parte do dia a dia dos políticos, administradores, economistas, médicos e da população em geral: “Que recursos devem ser alocados para cumprir com o dever de justiça? ”; “Como proceder quando os recursos disponíveis são menores, teoricamente, do que os necessários? ”; “Como dividir justamente os recursos insuficientes? ”; “Sobre que base ou em virtude de qual princípio se produzirá e distribuirá com justiça os bens e serviços sanitários?” (DUQUE, 2001).

O então interesse dos indivíduos pela proteção de sua autonomia, principalmente nas relações sanitárias, agregou mais uma nova preocupação: a justiça. Sem uma justiça que assegure a igualdade básica de oportunidades de todos na vida social, a autonomia torna-se retórica (GRACIA, 2002). O resultado dessa conjuntura, novamente, é a preocupação dos

pacientes em defender os valores de autonomia, agora agregados à equidade, à acessibilidade, à qualidade etc. Tal preocupação materializou-se na elaboração da Primeira Carta de Direitos dos Pacientes (1973), que nasceu como um instrumento de melhoria da qualidade técnica e moral das instituições hospitalares norte-americanas (LORDA, 2001).

### **3.1.4 Insuficiência da ética médica na resolução de conflitos morais**

Os fatos históricos e as transformações sociais, políticas, econômicas e culturais lembrados por Lorda (2001) e abordados anteriormente precederam o surgimento da Bioética, suscitando questionamentos acerca da solidez da filosofia tradicional e da própria ética médica em responder aos novos desafios, conflitos e dilemas morais relacionados à saúde (PIZZI; RITTMANN, 2007). A confiança na relação médico-paciente, já abalada, levou ao declínio da ética médica como código moral, não sendo uma saída ética para resolução de conflitos (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Além disso, a disparidade existente entre as opiniões morais sobre temas básicos, como são todos aqueles relacionados com a vida e a morte, evidencia o pluralismo moral da sociedade (CLOTET, 2003). Esse pluralismo moral avançava com grande velocidade, e a compreensão dos valores em jogo na prática médica modificaram-se, fazendo surgir novas perspectivas éticas até então desconhecidas. Nesse cenário, foi decisiva a entrada de filósofos morais que trataram de abrir portas para uma nova forma de racionar tais dilemas, sem apelar para a tradição hipocrática da ética médica (LORDA, 2001). Logo, a ética aplicada, como parte da filosofia prática, mostrou-se útil para deliberação dos aspectos éticos com repercussão individual e coletiva no dia a dia da humanidade, com objetivo de considerar e avaliar a conduta por meio de regras, princípios, valores, ideais, razões e/ou sentimentos (CLOTET, 2003).

A Bioética surge no contexto da ética aplicada preocupando-se em resolver problemas relacionados com a vida, no momento em que a ação humana ganha o poder de alterá-la (NEVES; OSWALD, 2007). Ela é compromissada com o conflito moral na área da saúde e da doença de seres humanos e não humanos, com um discurso estruturado na defesa dos interesses de grupos e de indivíduos socialmente vulneráveis (DINIZ; GUILHEM, 2002). A Bioética é a resposta da ética aos novos casos e situações originados da ciência no âmbito da saúde. Poder-se-ia definir a Bioética como a expressão crítica do interesse comum em usar convenientemente os poderes da Medicina para conseguir um atendimento eficaz dos problemas referentes à vida, à saúde e à morte do ser humano (CLOTET, 2003).

## **3.2 Fundamentos teóricos dos direitos dos pacientes**

### **3.2.1 Respeito à autonomia**

Historicamente, os indivíduos percorreram um longo caminho pela luta, reconhecimento e afirmação de sua autonomia. Depois da introdução do princípio de respeito pelas pessoas no Relatório Belmont, em 1978, Beauchamp e Childress incluíram o princípio da autonomia em seu livro “Principles of Biomedical Ethics” como um dos fundamentos bioéticos para a resolução de conflitos morais na área da saúde e da doença (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009). O conceito de autonomia empregado no âmbito da Bioética faz referência à capacidade que uma pessoa tem de realizar eleições pessoais em uma dimensão de decisão, de ação a partir de seu livre arbítrio (GRANDE, 2011).

Na história da filosofia, vários filósofos discorreram sobre autonomia, porém, dois foram destaque e influenciaram – influenciando até hoje – os estudiosos da Bioética: Kant e John Stuart Mill (SCHMITD; TITTANEGRO, 2009). Kant inaugurou, no século XVIII, um conceito transcendental de autonomia, e escreveu que “a autonomia é o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda natureza racional” (KANT, 2009). Em Kant, a autonomia tem significado moral, é um atributo de todos os seres humanos, é a essência dos seres racionais. Para ele, a autonomia é transcendental, e não caracteriza um ato qualquer (GRACIA, 2012). Enquanto ser racional, o homem possui liberdade em relação à sua própria vontade, o que significa dizer que ele pode dar para si mesmo um fim. Este pensamento permite considerar que o ser humano, como legislador, é um ser com capacidade de autogoverno em nível empírico (GRANDE, 2011).

Brito e Brito (2012) afirmam que, em Bioética, quando se fala sobre autonomia, é a perspectiva de John Stuart Mill que aflora mais intensamente. É habitual sublinhar-se que a autonomia significa a ausência de coerção sobre a capacidade de pensamento e ação do indivíduo. Quando se fala em autonomia, pretende-se dizer que todo ser humano merece ser respeitado nas suas decisões. No livro “Sobre a Liberdade”, de Stuart Mill, pode-se ler: “Sobre si, sobre seu próprio corpo e sua própria mente, o indivíduo é soberano” (MILL, 1991, p.34). É esse texto que fundamenta a interpretação habitual que se dá à liberdade/autonomia em Mill como ausência de coerção externa às escolhas feitas pelo ser humano. É também para este texto que se remete o Princípio de Autonomia afirmado em Bioética (BRITO; BRITO, 2012).

Enquanto princípio bioético, Beauchamp e Childress (2009) tratam sobre o “respeito à autonomia”, e não sobre princípio da autonomia. Segundo afirmam os autores, ser autônomo

não é o mesmo que ser respeitado como sujeito autônomo. Enquanto as “pessoas autônomas” são reconhecidas pela capacidade que têm de autodeterminarem-se, de compreenderem, de deliberarem e de efetuarem escolhas independentes, o respeito pela autonomia provém do reconhecimento do valor da pessoa enquanto sujeito que tem o direito de escolha, e não o dever ou a obrigatoriedade de escolher.

Ao falar das teorias da autonomia, Beauchamp e Childress cuidam de diferenciar dois conceitos importantes: o de pessoa autônoma e o de ação autônoma (TUBAU, 2011). Existem pessoas autônomas que possuem a capacidade da autodeterminação e de serem boas gestoras de sua saúde, porém, múltiplos fatores podem influenciar suas escolhas. Tais fatores podem ir da vivência de um estado de depressão à falta de conhecimento ou a outras limitações internas, incapacitando ou interferindo numa ação autônoma (MARTINS, 2013). A ação autônoma é aquela que faz referência a um indivíduo que atua: intencionalmente, com conhecimento e sem influências externas que exerçam um controle sobre sua decisão (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009).

O respeito pela autonomia exige, assim, que se reconheça a pessoa como alguém capaz de decidir autonomamente, isto é, capaz de ter seus próprios pontos de vista, de fazer suas próprias escolhas e de agir em conformidade com seus valores e crenças pessoais (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009). Mais ainda, o respeito pela autonomia exige que cada um aja de forma a fazer tudo o que está ao seu alcance para potenciar a autonomia da pessoa (MARTINS, 2013). No campo da saúde, o respeito à autonomia não deve ser tomado como um simples ideal, mas como uma obrigação profissional. A ação autônoma é um direito do paciente, e não um dever (TUBAU, 2011).

Childress (1990) amplifica semanticamente o termo “respeito”. Um primeiro significado é relativo a “levar em conta” ou “observar com atenção”. Outros significados ainda mais relevantes refletem a atitude diante da ação autônoma: respeitar também significa “valorizar”, “estimar” ou “considerar digno”. Em um terceiro sentido, mais amplo, o autor expõe o respeito como sendo mais do que uma atitude: é o ato de abster-se de interferir nas escolhas autônomas. Esse modo de agir, a fim de respeitar a autonomia, pode ocorrer de forma positiva ou negativa.

Agir positivamente diante da autonomia de outra pessoa diz respeito a cooperar com a escolha autônoma, provendo as informações necessárias, assegurando que os sujeitos as tenham compreendido. Isso possibilita a tomada de decisão adequada ao ponto de vista da pessoa, conforme seus valores e suas crenças, certificando-se de que a escolha tenha sido realizada de forma voluntária. Age-se negativamente diante da autonomia de outra pessoa quando se

considera o *status prima* em face do princípio, ou seja, quando o respeito à autonomia não resulta em ações que prejudiquem ou ponham em risco o direito e/ou autonomia de outras pessoas (MARTINS, 2013).

Acerca da aptidão para tomar decisões autônomas, Beauchamp e Childress (2009) fazem referência a um conceito importante: a capacidade. Para os autores, o conceito de capacidade é definido como a “habilidade para realizar uma tarefa”. Nem todas as pessoas competentes são igualmente capazes, nem todas as pessoas incompetentes são igualmente incapazes. Existem pessoas competentes que, em determinadas circunstâncias da vida, não são capazes, e pessoas incapazes que revelam algumas competências (MARTINS, 2013). Uma das questões que mais preocupa é encontrar quais são os critérios que determinam a capacidade de decidir autonomamente. Geralmente, considera-se capaz, no âmbito biomédico, aquela pessoa que pode compreender em que consiste o tratamento ou o projeto de investigação, por exemplo; que pondere os possíveis riscos e benefícios, tomando uma decisão baseada na reflexão (TUBAU, 2011).

No caso de indivíduos incapazes, como as pessoas com demência grave, as decisões devem ser delegadas a terceiros e deliberadas considerando três critérios: juízo substitutivo, autonomia pura e melhor interesse do paciente. O juízo substitutivo refere-se à tomada de decisão por um terceiro, considerando o provável curso de ação do paciente, se este o fosse capaz de fazer; a autonomia pura diz respeito a considerar as preferências claras e expressas pelo paciente sobre determinada situação no momento em que sua autonomia não estava reduzida; o melhor interesse do paciente consiste em escolher diante do benefício máximo ao paciente entre as opções disponíveis (TUBAU, 2011).

A Carta de Direitos dos Pacientes expõe o direito da autonomia respeitada quando garante que “o paciente tem o direito de tomar decisões sobre o seu plano de cuidados antes e durante todo o curso do tratamento e de recusar um tratamento recomendado ou um plano de cuidado [...], e ser informado das consequências clínicas de suas ações” (AHA, 1973, p.2). O direito a delegar a terceiros a possibilidade de tomada de decisão também é sustentado pelo documento: “O paciente tem o direito de ter diretivas antecipadas relativas ao tratamento ou designar um responsável por tomar as decisões substitutivas com a expectativa de que o hospital irá honrar a intenção antecipada” (op.cit., loc.cit.).

### 3.2.2 Consentimento informado

Há de se recordar que o princípio da autonomia entra na Bioética com o objetivo de proteger o paciente dos possíveis danos que lhe ameaçam em decorrência de sua condição de debilidade e vulnerabilidade (CAMPS, 2011). Atualmente, todas as grandes declarações sobre as obrigações éticas dos profissionais de saúde estão ancoradas em um novo modelo de relação sanitária (LORDA; GUTIERREZ, 2001). Esse novo modelo, como já foi visto, baseia-se no reconhecimento dos direitos do cidadão de decidir de forma livre, voluntária e consciente, sobre aceitar ou recusar uma ação sanitária segundo sua escala de valores e metas, ou seja, no respeito à autonomia (BRIO; RIERA, 2006).

Não respeitar as decisões autônomas dos indivíduos supõe lesar um direito fundamental. Precisamente por isso, o Direito preocupou-se tanto em proteger e considerar essa lesão como um autêntico dano moral (BRIO; RIERA, 2006). Diante da necessidade de proteger as decisões autônomas, surge a Teoria do Consentimento Informado, que tem origem anglo-saxônica, mais precisamente norte-americana, tornando-se um patrimônio ético da prática clínica ocidental (LORDA; CARRO, 1993). A visão norte-americana considera que o consentimento informado consiste na operacionalização do princípio da autonomia (BRIO; RIERA, 2006). Para Gracia, o consentimento informado funda-se para promover o respeito à autonomia do paciente e as obrigações de beneficência que têm os profissionais sanitários (LORDA, 1999).

Na prática, o consentimento informado desenvolve-se a partir do diálogo, não podendo ser resumido à forma documental. A informação verbal do profissional ao paciente é um processo gradual, que pode ser levado a cabo durante várias entrevistas e/ou consultas, não podendo ser substituído por nenhum documento de papel (QUINTANA, 1999). Para a Bioética, o consentimento informado é um processo, e não a simples assinatura de um termo. É construído na relação de confiança estabelecida entre o médico e o paciente, sendo um elemento indispensável nesta relação, podendo vir ou não acompanhado de um termo assinado (GOLDIM, 2002). O consentimento se dará quando o paciente decidir pela autorização à terapêutica, após aconselhamento profissional. Somente depois desse processo é que ocorrerá a assinatura do Termo de Consentimento Informado, que documentará toda a informação fornecida pelo profissional e a autorização pelo paciente (GOLDIM, 2002).

O consentimento informado consiste na explicação, a um paciente atento e mentalmente competente, da natureza da sua enfermidade, assim como da ponderação entre os efeitos da doença e os riscos e benefícios dos procedimentos terapêuticos recomendados – para estes, é necessária a aprovação do paciente. A apresentação da informação ao paciente deve ser

compreensível e imparcial. A colaboração do paciente deve ser conseguida sem coerção, e o médico não deve tomar partido usando sua dominância psicológica sobre o paciente (LORDA; CARRO, 1993). Faden e Beauchamp (1986) estabeleceram uma abordagem abrangente para o processo de Consentimento Informado que seria composto de três etapas: as condições prévias da pessoa que irá consentir, os elementos de informação e o consentimento propriamente dito.

As duas condições prévias ao processo são a capacidade para entender e decidir e a voluntariedade. A capacidade pode ser definida como a habilidade ou competência do paciente para compreender a situação que enfrenta, os valores que estão em jogo e os cursos de ação possíveis, com as consequências previsíveis a cada um deles, para, assim, tomar, expressar e defender uma decisão que seja coerente com seus próprios valores (LORDA; GUTIERREZ, 2001). A voluntariedade é a possibilidade que a pessoa tem de tomar decisões sem ser constrangida ou até mesmo coagida para que decida por uma das alternativas, sem qualquer limitação de sua liberdade (GOLDIM, 2002). Essa limitação da liberdade pode se apresentar de três formas: persuasão, quando não é colocada outra possibilidade de escolha; coação, quando existe uma ameaça explícita ou implícita causada por outra pessoa; manipulação, quando a decisão é tomada sob uma influência psicológica (LORDA; CARRO, 1993).

Os elementos de informação básicos que devem ser levados em consideração são as explicações sobre procedimentos, riscos, desconfortos, benefícios, direitos dos pacientes ou participantes, alternativas existentes e profissionais responsáveis, incluindo as maneiras de contatá-los em caso de necessidade. Essas informações devem ser fornecidas de maneira verbal e por escrito, em linguagem acessível. A assinatura do Termo de Consentimento é a última etapa do processo, quando a pessoa documenta a autorização para a realização dos procedimentos propostos (GOLDIM, 2002).

Todo sistema de princípios e normas tem sempre uma lista de exceções. Os princípios e normas definem o que é bom, enquanto as exceções marcam o que se considera mal menor. As exceções clássicas da Teoria do Consentimento Informado são aquelas em que se atua sem cumprir com suas exigências: grave perigo para a saúde pública; situação de urgência; incapacidade do doente; privilégio terapêutico; imperativo legal e recusa explícita do paciente a receber qualquer informação (LORDA; CARRO, 1993).

Situações de urgência e grave perigo à saúde pública podem dispensar o uso do consentimento informado, uma vez que, não havendo tempo hábil para produzir o consentimento, a prioridade é evitar danos à vida de terceiros. Em casos de incapacidade do doente, a decisão poderá ser outorgada a um representante ou tutor legal, após avaliação minuciosa e comprovação da incapacidade instalada. O privilégio terapêutico é aquela situação

na qual o médico oculta informação ao paciente ou não lhe pede consentimento para a atuação diagnóstica ou terapêutica, porque se estima que isso produzirá no doente um dano psicológico grave (LORDA; GUTIERREZ, 2001).

O processo de consentimento informado pode gerar deliberação em direção ao aceite das propostas terapêuticas, entretanto, há de se deixar claro que a recusa também é uma das possibilidades de escolha. Apesar de os profissionais de saúde tolerarem mal a recusa do paciente, mesmo que o processo de consentimento informado tenha cumprido todos os requisitos, ela deve ser aceita pelo profissional (LORDA; GUTIERREZ, 2001).

### **3.2.3 Privacidade e confidencialidade**

Os termos “privacidade” e “confidencialidade” estão diretamente relacionados e claramente ligados a valores normativos, protegendo as preferências e os direitos individuais. Conceitualmente, no entanto, privacidade e confidencialidade são diferentes entre si. A privacidade é um direito da pessoa relativo a determinar e controlar quais informações sobre si mesma serão reveladas, a quem e com qual motivo. No âmbito sanitário, é o direito do paciente à salvaguarda da confidencialidade dos seus dados, devendo estes serem protegidos do mau uso ou do acesso injustificado. Por sua vez, a confidencialidade diz respeito ao direito do paciente de que todos aqueles que cheguem a conhecer os dados por motivos laborais respeitem sua intimidade e cumpram com o chamado “dever do sigilo” (JUDÉZ et al., 2002).

A relação diária entre profissionais da saúde e pacientes ancora-se na troca de informações, conselhos, cuidados em saúde, considerando as dimensões físicas, mental e espiritual. No intento de um relacionamento efetivo, é importante que o paciente franqueie ao profissional detalhes sobre a sua vida, a fim de que se possa entender a natureza e a causa de seus problemas (DIAS et al., 2013).

Tanto legal quanto eticamente, a privacidade refere-se a direitos de intimidade, bem como ao limite de acesso de terceiros ao corpo ou à mente de alguém, seja através de contato físico ou da revelação de pensamentos ou sentimentos (GOSTIN et al., 1993). Privacidade constitui-se em um *status* ou condição de inacessibilidade física ou informacional; quando é assim definida, estende-se aos produtos corporais e objetos intimamente associados ao indivíduo e aos seus relacionamentos íntimos, pessoais ou profissionais (FADEN; BEAUCHAMP, 1986).

A importante justificativa para a privacidade reside no princípio do respeito à autonomia. Respeitar a autonomia da pessoa é, também, respeitar o desejo de ela não ser acessada ou ter suas informações disponibilizadas para outros (GOSTIN et al., 1993). No ambiente hospitalar ou em outros locais de cuidados em saúde, é provável que os pacientes tenham de se expor aos profissionais e, possivelmente, a outros pacientes, em um grau que não seria aceitável na vida normal. Qualquer redução da privacidade deve ser justificada, não só por motivos de rotina institucional, mas, sobretudo, para respeitar o direito moral do paciente (McPARLAND et al., 2000).

Existem dois tipos diferentes de privacidade: aquela relativa às informações sobre o paciente e a relacionada aos aspectos físicos das pessoas. Revelar características é diferente de mostrar tais características propriamente (McPARLAND et al., 2000). Assegurar a privacidade do paciente diminui a ocorrência de vergonhas, de fragilidade e de vulnerabilidade, e permite estabelecer uma comunicação aberta e honesta com a equipe de saúde (OZTURK; BAHÇECIK; OZÇELIK, 2014).

A confidencialidade está intimamente relacionada com o conceito de privacidade e com um conceito mais restrito de comunicação privilegiada (*privileged communication*), compartilhando com ambos uma ideia de acesso limitado de terceiros ao corpo ou à mente de um indivíduo em particular (LOCH, 2003). No âmbito da saúde, a confidencialidade refere-se à correta preservação dos dados pessoais que o paciente transmite ao profissional, em relação aos quais deve-se ter uso limitado (PERICAS et al., 2009).

Tradicionalmente, a confidencialidade está ligada à ética profissional. Desde o juramento hipocrático, constituiu-se um dos pilares da deontologia médica. A confidencialidade encoraja os pacientes a descreverem os problemas e queixas, permitindo a realização de um melhor diagnóstico (SANTOS; SANTOS; SANTOS, 2012). Portanto, a confidencialidade implica um pressuposto – a confiança – que um indivíduo possui de que qualquer informação compartilhada será respeitada e utilizada somente para o propósito para o qual foi revelada. Assim, a informação confidencial é tanto privada quanto voluntariamente compartilhada, numa relação de confiança e fidelidade (LOCH, 2002).

No modelo atual de cuidados hospitalares, dezenas de pessoas têm acesso aos prontuários dos pacientes, partilhando uma informação que, originalmente, foi revelada a outro profissional (LOCH, 2002). Logo, a confidencialidade deve ter um alcance multidisciplinar. Ao revelar uma informação a um profissional, existe um consentimento implícito: o do compartilhamento desta informação com outros profissionais. Tal consentimento baseia-se na confiança do paciente a respeito de que será compartilhado o mínimo possível de suas

informações, na garantia do máximo benefício (PERICAS et al., 2009). A obrigação do sigilo em relação às informações compartilhadas estende-se a todas as outras pessoas da equipe, uma vez que estes profissionais também são obrigados, a partir de seus códigos deontológicos, a garantir uma manipulação ética das informações dos pacientes (LOCH, 2002).

### **3.3 Considerações acerca da dignidade da pessoa humana**

#### **3.3.1 Evolução do conceito de dignidade humana**

A defesa da dignidade humana ocupa lugar central no discurso jurídico e bioético contemporâneo (FRIAS; LOPES, 2015). Apesar do grande apelo a este conceito na atualidade, a ideia de dignidade não surgiu no século XX, tampouco sempre esteve associada aos direitos humanos e fundamentais (BARROSO, 2013). Desde o Renascimento, a dignidade é tida como característica definidora e específica da condição humana, uma vez que destaca a capacidade do homem de tomar decisões sobre a própria maneira de viver (CAMPS, 2007).

O conceito de dignidade evoluiu ao longo do tempo. No período romano, referia-se à qualidade de quem possuía certas ocupações e posições públicas. Foi apenas durante a Modernidade que ela passou a fazer referência a um valor possuído por todas as pessoas (BARROSO, 2013). Na própria etimologia da palavra, que deriva do latim, *dignitas* – relativo a tudo que condiz com os “dignatários” ou nobres – percebe-se um emprego contextual do termo, distinto do que se utiliza hoje. Ao longo dos séculos, o cristianismo se encarregou de estender, pelo menos teoricamente, tal atribuição a todos os seres humanos. O termo continuou evoluindo e, na Modernidade, ganhou sentido de valorização do indivíduo, superando a imposição das classes sociais (DOS ANJOS, 2004).

Os antecedentes históricos da evolução do pensamento ocidental demonstraram que o desenvolvimento histórico da ideia de dignidade humana fazia referência a aspectos distintos da condição humana, o que possibilitou um entendimento sob diferentes perspectivas e dimensões. O sentido pré-moderno, de uma visão hierárquica da dignidade estabelecida na Roma antiga, manteve-se até o surgimento do Estado liberal. Com o advento desse modelo filosófico-político, a dignidade passou a ser identificada com o *status* pessoal dos indivíduos, sua posição social e sua integridade moral (FRIAS; LOPES, 2015). Em regra, a posição social ocupada pelo indivíduo e o seu grau de reconhecimento pelos demais membros da comunidade modulava o sentido de dignidade, quantificando-a e classificando os indivíduos entre superiores

e inferiores, mais e menos dignos (SARLET, 2004). Por não se fundamentar na condição humana, mas na condição social, como suposta ideia de superioridade e rechaço ao princípio de igualdade, naquela concepção de dignidade era justificável a escravidão, por exemplo. Essa conceituação de dignidade já foi claramente superada (BULLÉ-GOYRI, 2013).

A versão moderna da dignidade desenvolveu-se a partir de três marcos fundamentais: 1) o religioso, resultado da tradição judaico-cristã; 2) o filosófico, ligado ao Iluminismo; e 3) o histórico, resposta às atrocidades que ocorreram durante a Segunda Guerra Mundial (BARROSO, 2013).

Da tradição cristã vem a ideia de que os seres humanos ocupam um lugar especial, porque foram feitos à imagem e à semelhança de Deus, um ser superior (FRIAS; LOPES, 2015). Para os cristãos, a dignidade tem fundamento na filiação divina, a qual se consuma na redenção de todo o gênero humano por Cristo, Deus feito homem. Apesar de a ideia da criação do homem por Deus ser uma regra comum a todas as religiões monoteístas, foi com a aparição do cristianismo que a dignidade tomou uma nova direção, unindo-se ao princípio da igualdade, uma vez que a criação e a redenção alcançam a todos (BULLÉ-GOYRI, 2013).

Desta tradição conserva-se, até os dias atuais, os pressupostos de que a dignidade não se perde, e de que ela não depende de características pessoais ou da maneira como o indivíduo conduz a vida ou o apreço que a sociedade atribui ao ser. A dignidade não se deteriora ao longo da vida, pois não depende do próprio ser humano. Ainda nessa perspectiva religiosa, a liberdade, o livre arbítrio e a autonomia são pressupostos antropológicos da dignidade. Com suas decisões e escolhas, no exercício de sua liberdade, o homem pode alcançar o bem, aproximando-se de Deus e cumprindo com seu projeto individual, com seu fim divino, alcançando a perfeição (BULLÉ-GOYRI, 2013).

O segundo marco, o filosófico, fornece justificativas teóricas para a dignidade da pessoa humana, sintetizado pelo pensador iluminista Immanuel Kant, no século XVIII. Em sua obra “Fundamentação da Metafísica dos Costumes”, Kant recuperou o conceito de dignidade, ampliando-a para todo ser humano, considerando-a como uma atribuição racional (PYRRHO; CORNELLI; GARRAFA, 2009). Kant definiu que o ser humano possui dignidade porque é capaz de dar finalidade a si mesmo, em vez de se submeter às suas inclinações. Essa capacidade de dar normas a si próprio é a autonomia. Entretanto, para que o homem não se reduza às suas inclinações, é preciso agir de acordo com a razão, estabelecendo um dever, um “imperativo categórico”, de maneira que a máxima de sua vontade possa ser tomada como lei universal (KANT, 1980). Segundo Kant, a dignidade é característica do que não tem preço, isto é, do que não pode ser trocado por nada equivalente (FRIAS; LOPES, 2015).

Kant (1980) postulou um imperativo categórico que fundamentou a dignidade humana: “Age de tal maneira que tomes a humanidade, tanto em tua pessoa, quanto na pessoa de qualquer outro, sempre ao mesmo tempo como fim, nunca meramente como meio” (p.429). Kant expõe o valor absoluto do ser humano, elucidando que todos os seres racionais têm garantida sua dignidade, porque possuem razão e vontade (DALSOTTO; CAMATI, 2013). Como consequência disso, o ser humano somente pode ser tratado como fim, e nunca como meio, sempre sujeito, e nunca objeto, portanto, não pode ter preço, porque tem valor a sua dignidade (GRACIA, 2003).

O terceiro marco, o histórico, refere-se ao fato de que a dignidade da pessoa humana passou a ser prevista em diversos documentos após as atrocidades do nazismo, como forma de impedir que elas se repetissem (FRIAS; LOPES, 2015). Na pós-modernidade, a dignidade assumiu uma dimensão ainda mais ampla, e passou a ser entendida não como um fato, mas como algo que se deva respeitar. A dignidade humana veio a ter especial importância social quando os Estados assumiram este dever de promover seu respeito a partir da consagração de normas jurídicas em seus textos constitucionais (BULLÉ-GOYRI, 2013). A DUDH é a referência documental mais evidente e conhecida sobre a noção de dignidade humana. Tal declaração teve importante papel ao definir este fundamento para outras normas e tratados internacionais (SAAVEDRA, 2010). O 1º artigo da DUDH oficializa a visão igualitária da dignidade, e a constitui como propriedade de todos os seres humanos, não fazendo distinção entre pessoas ou comunidades (ONU, 1948).

Com a adoção desse fundamento em documentos estatais e declarações internacionais, a dignidade passou a ter uma função protetora, funcionando como um limite à atuação do Estado e da sociedade, protegendo, conseqüentemente, os direitos fundamentais das pessoas (SARLET, 2010). A Constituição Espanhola, de 1978, estabeleceu também a dignidade e os direitos humanos como fundamentos do ordenamento jurídico: “A dignidade da pessoa [...], o respeito à lei e o direito dos demais são fundamentos da ordem política e da paz social” (BULLÉ-GOYRI, 2013). A constituição da República Federativa do Brasil também posiciona a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito (BRASIL, 1988).

Essa função protetora, ou de defesa, é, provavelmente, a razão pela qual o princípio da dignidade humana foi adotado pelas constituições e tratados contemporâneos, fazendo com que o respeito à dignidade das pessoas se tornasse um valor universal (FRIAS; LOPES, 2015). Tais documentos indicam as tarefas dos Estados na promoção da dignidade. Os Estados passariam a ter obrigação de promover os meios necessários para o alcance da dignidade, bem como de

afastar os obstáculos que impeçam as pessoas de viver dignamente (SARLET, 2010). Nessa perspectiva, a dignidade humana migrou paulatinamente para o mundo jurídico, devido à sua inclusão em documentos constitucionais. Convertida em um conceito jurídico, a dificuldade em se definir dignidade está em dar a ela um conteúdo mínimo, que a torne uma categoria operacional e útil, tanto na prática doméstica de cada país quanto no discurso global (BARROSO, 2013).

Apesar de existir um consenso quase absoluto em torno da dignidade humana como ideia fundadora dos direitos humanos, seu significado e alcance concreto apresentam, ao contrário, um desacordo generalizado e amplo (BOBBIO, 1991). A questão acerca da noção de dignidade é que, como não há uma delimitação clara do que é necessário respeitar para que a dignidade humana tenha sido considerada, esta pode ficar sob a égide de um julgamento individual (FRIAS; LOPES, 2015).

Diante da imprecisão sobre a unidade e a objetividade do conceito de dignidade humana, Barroso (2013) propõe três elementos a serem considerados na definição: valor intrínseco, autonomia e valor comunitário. O valor intrínseco está relacionado à natureza humana, à ontologia. A dignidade é um atributo que nasce com a pessoa, está presente no ser, independentemente de suas determinações particulares. Por ser algo inato, não poder ser perdido, alienado ou renunciado (BARROSO, 2013). A autonomia já foi mencionada neste texto, quando se tratou da visão kantiana. Ela dá dignidade às pessoas à medida que estas são capazes de agir livremente, de acordo com a sua visão do que é bom e correto (BARROSO, 2013). O valor comunitário, por sua vez, refere-se ao papel da comunidade e do Estado no estabelecimento de metas e crenças coletivas, ou seja, a dignidade restringiria a autonomia individual em prol do coletivo e dos valores socialmente compartilhados (BARROSO, 2013).

Dizer que todos têm a mesma dignidade significa afirmar que todos merecem que seja dada a mesma consideração a seus interesses. Essa noção não é suficientemente objetiva para identificar quais contribuições outras pessoas ou Estados são obrigados a dar para que a dignidade de alguém seja respeitada. Essa função é cumprida com mais precisão pelas ideias de igualdade, de consideração e de respeito à autonomia (FRIAS; LOPES, 2015).

Mediante todas as ideias mencionadas, é possível concluir que a concepção de dignidade humana inclui, acima de tudo, a ideia da autonomia ou da liberdade de decidir que tipo de pessoa se quer ser e como se quer viver. Cada ser humano decide o que é bom para si próprio. A dignidade humana também implica que os humanos têm capacidade moral, sendo capazes de tomar decisões, podendo decidir pelo bem ou mal, de acordo ou contra a moralidade (CAMPS, 2007). Kant (1980) explicou claramente a ideia de que a moralidade é intrínseca à razão

humana, e deriva precisamente da inalienável dignidade de cada indivíduo. Essa visão supera a necessidade (jurídica) de estabelecer um conteúdo mínimo de normas que garantam o respeito à dignidade humana, uma vez que, reconhecendo-a como valor intrínseco do ser, ela deve ser compreendida como uma obrigação de todos os humanos no que diz respeito a preservá-la e a cultivá-la como característica essencial.

### **3.3.2 O valor da dignidade humana para a Bioética**

Na atualidade, a Bioética tornou-se um dos âmbitos de reflexão social em que a ideia de dignidade humana tem aparecido com intenso apelo e importância (BULLÉ-GOYRI, 2013). Assim como as legislações nacionais e internacionais consideram a dignidade humana como um princípio-chave, essa disciplina a acolhe como fundamento de reflexões, especialmente diante do progressivo desenvolvimento técnico-científico que coloca em jogo os elementos constitutivos da existência humana (SAAVEDRA, 2010).

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, aprovada pela UNESCO em 2005, expôs a dignidade humana em destaque em todo o conteúdo textual, referendando-a e exigindo sua valorização em decorrência de sua forte carga moral (UNESCO, 2005). Ainda que a dignidade humana esteja em lugar de destaque nos documentos elementares da Bioética, existe um impasse acerca de como o uso deste fundamento tem sido aplicado na prática. Como já foi abordado anteriormente, a dignidade humana é um conceito polissêmico, podendo assumir uma diversidade de entendimentos e de formas de utilização.

Assim como a dignidade, a Bioética também assume uma diversidade de concepções que podem ir, claramente, desde uma postura confessional – em muitas ocasiões dogmática, desenvolvida por autores com alguma vinculação religiosa – até uma concepção mais pragmática, como a Bioética principialista, direcionada à abordagem de problemas práticos e concretos no campo da ética biomédica (BULLÉ-GOYRI, 2013). Nesse cenário, o conceito de dignidade carrega, no seu bojo, vários significados diferentes de valores éticos, podendo ser utilizado na defesa de valores antagônicos (PESSINI, 2003). Essa condição se clarifica no exemplo a seguir: a eutanásia pode ser justificada sob o fundamento da dignidade humana, adotando concepções bioéticas distintas. Existem aqueles que a legitimam a partir do princípio da dignidade humana, considerando o ato em si um respeito à pessoa que quer ter uma morte digna, com a cessação de seu sofrimento; todavia, existem outros que condenam a atitude, exaltando o valor da vida, ou seja sua dignidade.

Esta condição polissêmica inespecífica do conceito de dignidade dificulta seu uso como critério único para iluminar aqueles que buscam resolver situações dilemáticas ou problemas de caráter ético-moral (SAAVEDRA, 2010). Diante desta situação, a relevância do uso da dignidade no centro da reflexão bioética foi veementemente negada por alguns autores (PYRRHO; CORNELLI; GARRAFA, 2009). Macklin (2003) suscitou uma discussão – quase polêmica – quando discorreu e questionou sobre a utilidade do conceito de dignidade humana para resolução de questões éticas, dada a imprecisão em seu delineamento conceitual. O autor argumentou que qualquer tentativa de definição de dignidade humana torna o termo redundante, uma vez que não fornece nenhum conteúdo moral, além da noção necessária de “respeitar as pessoas”, a qual motiva a concreta e precisa obrigação de obter consentimento voluntário e informado, de zelar pela privacidade e de proteger a confidencialidade (MACKLIN, 2003).

Dos Anjos (2004) argumenta que o fato de o conceito de dignidade ser amplo não justifica sua inutilidade, e que seu uso se torna insuficiente para fundamentar a avaliação ou o postulado ético quando não existem especificações ulteriores de argumentos que lhe dão suporte. Por esse motivo, este autor defende que é necessária uma ampliação acerca das atribuições do termo dignidade, agregando conceitos subsidiários a ele. Além disso, critica o mau uso do termo quando seu apelo é feito como um princípio geral.

Outra alegação que se faz ao conceito de dignidade funda-se em sua característica inegavelmente relacional. Dos Anjos (2004) cita Notcutt (2003) para explicar essa condição: “Dignidade humana é um conceito sem sentido se você estiver sozinho em uma ilha deserta”. Ou seja, através do conceito de dignidade humana, cultiva-se um ambiente para o relacionamento entre seres humanos, alimentando atitudes fundamentais que podem influir na própria argumentação (DOS ANJOS, 2004). Essa condição relacional da dignidade tem grande relevância na prática clínica, uma vez que, quando utilizada como referência padrão para as ações nas relações pessoais, tende-se a evitar a ocorrência de atitudes degradantes, coercitivas ou constrangedoras em ambientes de cuidados em saúde (KILLMISTER, 2010).

Dada a acusação de Macklin (2003) ao termo dignidade, Morrissey (2016) tentou redimi-la através da identificação de uma concepção que esclarecesse como ou por que os seres humanos têm esse valor único, e como reconhecê-lo ou atribuí-lo aos indivíduos pode fazer um trabalho normativo único e significativo em bioética. Para isso, este autor distinguiu duas características essenciais para a reflexão acerca do debate sobre a dignidade: a primeira característica, também denominada “enquadramento metafísico do debate”, é a suposição de que um conceito satisfatório de dignidade precisa identificar uma característica única ou da propriedade dos seres humanos ou da existência humana que possa fundamentar ou explicar a

existência de um valor moral fundamental do ser humano; a segunda característica de interesse é o padrão de utilidade, o qual define que, para que o conceito de dignidade seja útil para a Bioética, seu significado deve ser articulado de tal forma que a definição possa ser um aspecto direto para a deliberação prática, ou seja, que conduza a uma orientação normativa direta (MORRISSEY, 2016).

Um dos desafios atuais da Bioética é definir o valor da dignidade enquanto princípio fundamental em seu conteúdo teórico e prático. Para tal, é necessário ampliar as reflexões, dando abertura a outras perspectivas. Também se considera reconhecer a dignidade em lugar criterioso diante do espectro de critérios que orientam a vida humana, um lugar respeitável, porém, não absoluto dentro do marco da Bioética, relacionando-o com outros conceitos, como qualidade de vida, num horizonte de diversidade cultural e pluralismo (SAAVEDRA, 2010).

### **3.4 Dignidade da pessoa humana na relação médico-paciente**

#### **3.4.1 Evolução da relação médico-paciente ao longo da história**

A prática da Medicina combina ciência e tecnologia com aplicação de conhecimentos e valores. Tal combinação gira ao redor da interação médico-paciente, elemento necessário para que a ação do médico possa intervir nas necessidades do enfermo (ARRASTIA; OLIVÉ, 2014). A relação médico-paciente é interpessoal, com conotações éticas, filosóficas e sociológicas, do tipo profissional que serve como base para a gestão da saúde (MENENDEZ, 2004). Por se tratar de uma relação interpessoal, apresenta um tipo complexo, baseado numa série de componentes de caráter econômico, profissional, jurídico, psicológico, moral, ético e estético, que interagem mutuamente (SANCHEZ et al., 2001). Além disso, a dinâmica desse tipo de relação depende de objetivos, demandas e interesses postos em jogo em situações concretas, nas quais predomina um ou outro componente (ARCE, 2008).

A história dessa relação é tão antiga quanto a própria Medicina. Quando a Medicina ainda se encontrava na pré-história e estava longe de seus primeiros passos como ciência, já se estabelecia entre o homem enfermo e o médico uma relação de responsabilização, um imperativo moral em restabelecer a saúde daquele que estava doente (MARTINEZ et al., 2010). Nas últimas décadas, tem-se visto grandes modificações entre médicos, profissionais da saúde e pacientes. Essas mudanças podem ser atribuídas a três fatores: 1) o incremento dos direitos dos pacientes e o movimento de emancipação dos pacientes; 2) aspectos éticos que emergiram

com os avanços tecnológicos na Medicina; e 3) a influência da economia e das políticas de cuidados de saúde (HELLIN, 2002).

Na prática médica, a tendência mais frequente é a de valorizar as queixas orgânicas que afligem os sujeitos, sem conectá-las às características de sua personalidade e às suas percepções sobre o problema, assim como às suas condições sociais e às circunstâncias que estejam determinando ou até mesmo agravando tais queixas (ARCE, 2008). Entretanto, o paciente não se constitui apenas de um grupo de sistemas, de danos orgânicos ou de emoções alteradas. O paciente é um ser humano, ao mesmo tempo preocupado e esperançoso, procurando por alívio, ajuda e confiança (KABA; SOORIAKUMARAN, 2006). A importância de um relacionamento íntimo entre o paciente e o médico nunca pode ser superada, uma vez que, em muitos casos, um diagnóstico acurado – assim como um tratamento efetivo – depende diretamente da qualidade dessa relação (HELLIN, 2002).

Não seria exagero dizer que, nas últimas décadas, a Medicina evoluiu em seu escopo e alcance, mais do que em todo o seu histórico em qualquer outro momento. Essa evolução trouxe uma transformação paralela na relação entre médicos e seus pacientes (HELLIN, 2002). No contexto histórico, a conformação dessa relação é dependente da posição e do papel do médico na sociedade, e do cenário social em que a relação médico-paciente está inserida. A história dessa relação foi dividida e interpretada conceitualmente por Mark Siegler em três idades: a primeira, Idade do Paternalismo; a segunda, Idade da Autonomia, e a terceira, Idade da Burocracia (SIEGLER, 2011).

### **3.4.2 Idade do Paternalismo**

A Idade do Paternalismo prolongou-se, na história da Medicina, por mais de 1.000 anos, desde o século VI a.C. até a década de 1960 (SIEGLER, 2011). Na Grécia Antiga, a história da Medicina vivenciou um dos momentos mais importantes na evolução do saber médico: a constituição da Medicina como uma técnica (ENTRALGO, 1964). Com alicerces na filosofia e elaborada a partir de uma teoria lógica e natural da saúde e da doença, a Medicina técnica na Grécia Antiga corroborou na conformação de uma relação médico-paciente (LÁZARO; GRACIA, 2006; ENTRALGO, 1964). Até então, o homem havia tentado dominar a natureza e os aspectos relacionados à doença e à morte por meio de magia, misticismo, teologia e racionalidade. Curandeiros eram como magos, e sacerdotes exerciam uma Medicina na qual a

magia fazia parte do cuidado. O tratamento era extremamente limitado às desordens externas e visíveis (KABA; SOORIAKUMARAN, 2006).

No contexto da Medicina técnica da Grécia Antiga, produziu-se uma espetacular evolução dos médicos, que partiram de uma situação tipicamente artesanal para ascender intelectual, social e profissionalmente, se não de uma categoria de médico-sacerdote à de médico-filósofo (LÁZARO; GRACIA, 2006). A Medicina técnica baseava-se no “Corpus Hipocraticus”. Tratam-se de vários escritos, atribuídos a Hipócrates, que traduzem a visão racional da Medicina, bem diferente da concepção mágico-religiosa antes descrita (SCLAR, 2007). Dentre outros assuntos, o Corpus Hipocraticus estabelecia um código de ética médica e as regras prescritas ao médico sobre sua atitude diante do paciente. Singer (2000 apud KABA; SOORIAKUMARAN, 2006, p.58) cita o Corpus Hipocraticus para apresentar a atitude ética e a relação médico-paciente no contexto da Grécia Antiga: “O regime que eu adotar será para o benefício de meus pacientes de acordo com a minha capacidade e julgamento, e não para a sua dor ou para o mal. Em qualquer casa em que eu entrar, eu irei para o benefício dos doentes, abstendo-me de toda transgressão ou corrupção”.

Existem também, no Corpus Hipocraticus, orientações de como o paciente deve agir frente à prescrição médica e aos cuidados em saúde: “O enfermo deve colaborar com seu médico no processo de cura” (ENTRALGO, 1964, p.81). Além disso, o “enfermo deveria confiar em seu médico, e este, por sua vez, conquistar a confiança daquele” (op.cit., loc.cit.). Logo, o modelo de relação médico-paciente que outorgava a Medicina hipocrática baseava-se na beneficência do médico, partindo da premissa de que ele, com seus conhecimentos técnicos e sua estrutura moral (SIEGLER, 2011), agiria no melhor interesse do paciente, cabendo a este último a obediência e a confiança na atitude médica.

Lázaro e Gracia (2006) acrescentam que os escritos hipocráticos defendiam a tese de que o desvalimento do enfermo não afetava somente seu corpo, mas também sua alma, vontade e sentido moral. Ou seja, diante de um processo de enfermidade, a angústia, o medo, o sofrimento e o desespero tornam-se maus conselheiros; na hora de realizar juízos de realidade, incapacitam o sujeito a atuar com lucidez e prudência. Por esse motivo, a relação médico-paciente, na Antiguidade, assemelhava-se à de um pai e seu filho. O pai (médico), com sua sabedoria, retidão moral e benevolência, na posição de tomar decisões pelo filho (paciente), escolheria, para ele, a melhor opção (LÁZARO; GRACIA, 2006).

Configurava-se, então, uma relação assimétrica, baseada na premissa da confiança nos conhecimentos técnicos do médico, em sua moralidade e na ética da beneficência. Esse modelo de relação médico-paciente é conhecido como “paternalismo”. O paternalismo constituiu o

cânon da relação médico-paciente nos últimos 25 séculos, perdurando hegemonicamente até meados do início do século XX. Essa maneira de entender a prática da Medicina promoveu a elevação da beneficência a um nível de dever moral perfeito, tendo o médico que atuar no melhor interesse do paciente, baseado em critérios profissionais, sem considerar as opiniões ou desejos do paciente e/ou seus familiares (VILLAFRANCA; GUILHEM; PÉREZ, 2013).

Na Idade Média, que se iniciou com a queda do Império Romano após as invasões germânicas, os saberes médicos reduziram-se aos manuscritos que se conservavam nos mosteiros. Nessa época, o exercício da Medicina era realizado por monges, os quais se encarregavam do cuidado seguindo a regra beneditina “O cuidado a ser dispensado ao doente deve ser praticado essencialmente como se ao próprio Cristo o dispensasse” (LÁZARO; GRACIA, 2006). O pensamento cristão reforça a relação paternalista. Entralgo (1964) descreve quatro momentos qualitativos desta relação: a confiança no saber técnico do médico; a fé e a esperança do enfermo na possível eficácia da terapêutica administrada sob a égide de uma concessão divina; a gratidão do enfermo, cristianamente sentida, a quem, com amor, assiste sua doença; e a distinção espiritual de quem resignada e voluntariamente padece de uma enfermidade.

A Idade Média também vivenciou a cientificação da Medicina e sua posterior secularização. A recuperação da cultura greco-romana através da tradução de textos clássicos, da criação das primeiras escolas médicas (como a Escola de Salerno), da penetração do saber árabe e da iniciação de métodos experimentais foram alguns fatos fundamentais para a conversão da arte médica em saber científico. A secularização progressiva fez desaparecer o médico sacerdote, fomentando a laicidade da Medicina, que, como uma ciência já consolidada e com praxis própria, veio a ganhar autonomia. Essa autonomia, associada às mudanças no campo das relações sociais (processo contratual), à valorização do trabalho artesanal e às instalações das atividades do homem em um novo modelo de vida urbana, influenciou a prática médica, ganhando a Medicina um *status* de profissão (ENTRALGO, 1978).

A transição da Idade Médica para a Idade Moderna assistiu o rápido desenvolvimento do espírito burguês, a aparição de uma “moral do trabalho”, o crescimento da economia urbana e comercial e um notável incremento da força com que se vive a própria individualidade e a vontade humana de governar sua vida conforme suas próprias razões (ENTRALGO, 1978). No século XIX, médicos generalistas, especialistas e cirurgiões integram-se à classe burguesa e assumem os valores tradicionais da profissão, passando a cobrar honorários por sua atuação, fixados livremente (LÁZARO; GRACIA, 2006).

A assistência na sociedade burguesa secularizada dava-se de três formas: assistência hospitalar, assistência domiciliar (médico de cabeceira) e em consultórios particulares. Essa assistência era socialmente distinta. Aqueles que podiam custear assistência médica recorriam aos médicos de cabeceira e aos magnatas especialistas em seus consultórios particulares, o que se restringia à alta burguesia. A baixa burguesia e os pobres recorriam ao precário atendimento dos hospitais da época. Além disso, o cientificismo, já enraizado na profissão, reduziu o sujeito à condição de um puro objeto natural, reforçando a relação paternalista ainda hegemônica (ENTRALGO, 1964).

O pensamento liberal de John Locke e a visão kantiana sobre autonomia do sujeito impulsionaram a sociedade europeia na luta pela liberdade individual e pela igualdade de direitos entre os homens. As revoluções liberais da Idade Moderna emanciparam os cidadãos do absolutismo, tornando-os maiores de idade ao lhes proporcionarem direitos civis básicos: direito à vida, liberdade de consciência, integridade física e propriedade (LÁZARO; GRACIA, 2006). Essa mudança de pensamento e atitude repercutiu também na relação médico-paciente. O paternalismo começou a entrar em crise com as revoluções liberais. Estas revoluções admitem o pluralismo e a autogestão das crenças religiosas e das crenças políticas, triunfando nos séculos XVII e XVIII, não chegando, nessa época, ao espaço de discussão sobre a gestão do corpo, o que somente ocorrerá no século XX, momento em que se amplia o pensamento liberal, atingindo a Medicina (GRACIA, 2002).

### **3.4.3 Idade da Autonomia**

Esta segunda etapa histórica da relação médico-paciente descrita por Siegler (2011) iniciou-se na década de 40, com o desenvolvimento dos primeiros documentos internacionais, os quais ressaltavam a importância do respeito à autonomia dos sujeitos. Ser sujeito moral autônomo é ser capaz de decidir moralmente sobre sua liberdade a partir da sua razão própria, e de ser responsável por seus atos ante sua própria consciência. A Idade da Autonomia foi marcada pelo reconhecimento da autonomia dos indivíduos no âmbito sanitário (GRANDE, 2011). Antes de abordar a Idade da Autonomia propriamente, é salutar conhecer alguns antecedentes históricos que culminaram nesta mudança de paradigma.

Entralgo (1964) cita V. von Weizsäcker para caracterizar a mudança de paradigma na relação médico-paciente: “A expressão mais profunda e característica da Medicina contemporânea é a introdução do sujeito no pensamento e na atuação do médico” (p.214).

Entretanto, a introdução do sujeito na Medicina tornou-se possível devido a outro evento histórico precedente, a “rebelião do sujeito” em cuja estrutura integram-se um momento social e outro clínico.

A “rebelião do sujeito”, no seu momento social, refere-se à luta do proletariado contra condições miseráveis de suas vidas após a Revolução Industrial. O trabalho em grandes indústrias levava à alta morbidade, o que se agravava com excessivas jornadas de trabalho, carências alimentares e de higiene sanitária. Somava-se a isso uma assistência médica com diferenças abismais de condições entre ricos e pobres; para cada qual ocorria uma relação médico-paciente diferente (LÁZARO; GRACIA, 2006). Os protagonistas dessa revolução social queriam condições de assistência sanitária iguais às recebidas por aqueles que possuíam amplos recursos econômicos. Associado a esse fato, os indivíduos passaram a reivindicar que fossem considerados como pessoas, dotados de inteligência, liberdade e intimidade durante a relação clínica (ENTRALGO, 1964).

As reivindicações e movimentos sociais pelo reconhecimento de direitos individuais e coletivos das pessoas produziram, no campo sanitário, a melhoria das condições humanas, das técnicas de tratamento e da consideração do doente, que deixa de estar à mercê da bondade e da simpatia do médico. Assim, surge a socialização da assistência médica, evento extraordinário que, pelas suas consequências antropológicas e éticas, introduziu uma primeira personalização do doente nos cuidados de saúde (PORTOCARRERO, 2013).

A Idade da Autonomia foi uma época de grandes avanços na compreensão do processo saúde-doença e no desenvolvimento de tratamentos médicos e de técnicas cirúrgicas (SIEGLER, 2011). A atitude médica, bem como a atitude dos pacientes, também mudou radicalmente de orientação: a partir da socialização da assistência médica, o médico adquire condição de funcionário público, e uma correspondente atitude ética lhe é exigida; com a evolução da Medicina, o médico passou a desempenhar novas funções: a de especialista, que propõe os tratamentos, e a de técnico-pesquisador, responsável pelo desenvolvimento de biotecnologias (PORTOCARRERO, 2013).

Essa nova atitude médica trouxe consigo problemas inéditos, nomeadamente de ordem ética (PORTOCARRERO, 2013). Tais problemas começaram a se tornar públicos após a Segunda Guerra Mundial, quando o Tribunal de Nuremberg julgou 20 médicos responsáveis por realizar experimentos monstruosos com seres humanos vulneráveis, em campos de concentração da Alemanha Nazista (LOPES, 2014). De modo brutal, o homem foi confrontado com o mal e com o sofrimento através do choque causado pela manifestação de possibilidades técnicas de manipulação e destruição da própria humanidade. Surge o problema da

responsabilidade do investigador; esboçam-se as primeiras questões sobre a necessidade de um novo *ethos* para a ciência (PORTOCARRERO, 2013).

Nesse contexto, dois documentos internacionais históricos foram criados após a Segunda Guerra Mundial, no sentido de proteger autonomia e liberdade dos sujeitos: a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH, 1948) e o Código de Nuremberg (1947). A DUDH expressou, através de artigos, a defesa da igualdade e da dignidade das pessoas e o reconhecimento de que os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser aplicados a cada cidadão do planeta, tornando-se, assim, a base da luta universal contra a opressão e a discriminação (ONU, 1948). Através do Código de Nuremberg, foram estabelecidos princípios e/ou recomendações éticas a observar nas pesquisas com seres humanos, com objetivo de proteger a dignidade humana nessas situações, constituindo como princípio primordial “o livre direito de escolha”, o qual deveria ser protegido a partir de um “consentimento voluntário” (CÓDIGO DE NUREMBERG, 1947).

Progressivamente, a concepção paternalista foi dando espaço a uma relação médico-paciente democrática, baseada no princípio ético da autonomia, que afirmava o poder moral dos indivíduos em decidir livremente como governar sua própria vida em todos os aspectos. Foi a tradição democrática liberal do povo norte-americano, defensora intransigente dos direitos individuais dos cidadãos, a primeira a reclamar essa transformação. Porém, como os médicos não pareciam estar dispostos a ceder em seus argumentos paternalistas, os cidadãos viram-se obrigados a utilizar a via de que as sociedades liberais tinham lançado mão para defender seus direitos legalmente reconhecidos: a justiça (LORDA; GUTIERREZ, 2001).

A Idade da Autonomia foi marcada, principalmente nos Estados Unidos, pela luta a favor dos direitos e da liberdade do paciente. O conceito jurídico-médico primordial foi o do consentimento informado (SIEGLER, 2011). Alguns casos judiciais foram emblemáticos para a consolidação do conceito de consentimento informado como mecanismo de defesa da autonomia no âmbito da assistência em saúde: os casos Salgo (1957), Natanson (1960) e Canterbury (1972). No caso Salgo, Martin Salgo sofreu uma paralisia permanente como resultado de uma aortografia translombar. Processou seu médico, alegando negligência na execução do ato cirúrgico, e pelo mesmo não o haver advertido sobre o risco de paralisia. No caso Natanson, a Sra. Natanson não foi informada sobre o risco de queimaduras em consequência de um tratamento de radioterapia com uso de cobalto. Por fim, no caso Canterbury, o Sr. Canterbury apresentou grave paralisia após ser submetido à laminectomia para tratamento de dor lombar; ele afirmou não ter sido informado dos riscos (ALMEIDA, 1999).

As decisões judiciais nos casos citados corroboraram com o conceito e com a reafirmação jurídica do consentimento informado. Referendou-se a necessidade de ser dada ao paciente tanta informação quanto se faça necessária para uma tomada de decisão razoável sob o ponto de vista do paciente, e não do médico. A informação tornou-se pré-requisito ao exercício da autodeterminação, sendo uma obrigação médica esclarecer aspectos relativos ao diagnóstico, ao prognóstico (com e sem tratamento), às propostas terapêuticas, aos riscos inerentes ao tratamento e às terapêuticas alternativas, com seus respectivos riscos (ALMEIDA, 1999).

Esse movimento de reivindicação dos pacientes por seu direito de autodeterminação, levado à cabo por via judicial, impulsionou a chamada “rebelião dos pacientes”, que culminou com a aprovação, pela Associação Americana de Hospitais – AHA, da primeira Carta de Direitos dos Pacientes, em 1973, que supõe o reconhecimento oficial do direito do paciente de receber uma completa informação sobre sua situação clínica, e decidir, entre as opções possíveis, como adulto autônomo e livre que é (LÁZARO; GRACIA, 2006).

Inicialmente, a Carta de Direitos dos Pacientes expõe 12 garantias que devem ser promovidas em cenários de assistência à saúde, a fim de efetivar: a ética nos cuidados em saúde, o respeito ao papel dos pacientes na tomada de decisão sobre opções de tratamento e outros aspectos do cuidado, e sensibilidade às diferenças culturais, religiosas, raciais, de idade, gênero e outras, bem como às necessidades das pessoas com deficiência (AHA, 1973). O documento teve forte influência nas instituições hospitalares americanas, além de ter levado muitos estados a desenvolver seus próprios códigos de direitos dos pacientes (SILVER, 1997). A Carta de Direitos dos Pacientes preocupou-se em defender e resguardar direitos sobre: receber informação completa para a tomada de decisão acerca de seu tratamento ou plano de cuidados, sendo encorajado a questionar sobre tais aspectos; consentir e recusar ações assistenciais e/ou participação em pesquisa clínica; ter acesso a seu prontuário e garantida privacidade e confidencialidade de suas informações, além de receber tratamento e cuidados respeitosos (AHA, 1973).

Com o conceito ético de autonomia difundido e com os direitos dos pacientes documentados, a relação médico-paciente democratiza-se, pois não pode mais estar baseada na assimetria e em uma relação de poder e obediência, mas em uma igualdade de condições, em que, obviamente, existem diferentes papéis, capacidades e obrigações, porém, a relação é pautada na simetria, e não mais na imposição da conduta médica (GRANDE, 2011). A ideia agora predominante é que cada um assuma as decisões que lhe afetam regido por seu próprio sistema de valores. Assim, a beneficência médica tradicional já não pode ser aplicada sem antes

conhecer a vontade do paciente, pois, anterior a fazer o bem está o dever de perguntar se o outro possui a mesma ideia sobre o bem (LÁZARO; GRACIA, 2006).

Outro documento que reforçou o conceito de autonomia foi o Relatório Belmont (1978). Ele é fruto do trabalho realizado pela National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences, entre 1974 e 1978. Essa comissão havia sido encarregada, pelo Congresso Norte-Americano, de elaborar um guia acerca dos critérios éticos que deveriam guiar a investigação com seres humanos (LORDA; CANTALEJO, 1995). O Relatório Belmont ficou conhecido como um marco histórico e normativo para a Bioética. O documento articulou três princípios éticos, supostamente universais, que promoviam as bases conceituais para a formulação, a crítica e a interpretação de dilemas morais envolvendo a pesquisa científica (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Os princípios éticos escolhidos pertenciam à história das tradições morais do Ocidente, havendo uma relação de dependência mútua entre eles, fato que garantia sua harmonia quando aplicados cientificamente (DINIZ; GUILHEM, 2002). São eles:

1. Respeito pelas pessoas: este princípio incorpora pelo menos duas convicções éticas: a de tratar os indivíduos como agentes autônomos e a de proteger as pessoas com autonomia diminuída de qualquer tipo de abuso. Respeitar a autonomia é dar valor à autonomia das pessoas e considerar suas opiniões e escolhas, evitando obstruir suas ações, a menos que estas sejam prejudiciais a outros (BELMONT REPORT, 1978).
2. Beneficência: a beneficência assegura esforços que promovam o bem-estar dos indivíduos, porém, não num sentido restrito a atos de gentileza e caridade, mas num sentido amplo, como uma obrigação. Duas regras gerais foram criadas para complementar o sentido da beneficência: a de não prejudicar e a de maximizar os benefícios e minimizar os possíveis danos (BELMONT REPORT, 1978);
3. Justiça: este princípio está intimamente relacionado às teorias de filosofia moral em vigor nos Estados Unidos na ocasião da elaboração do relatório, considerando, por exemplo, a equidade social, entendida tal como o filósofo John Rawls vinha propondo, isto é, como princípio de reconhecimento de necessidades diferentes para a defesa de interesses iguais (DINIZ; GUILHEM, 2002). O princípio da justiça diz respeito à distribuição de encargos e benefícios das pesquisas e menciona formulações de como estes devem ser distribuídos: a cada pessoa uma parte igual, para cada pessoa de acordo com a necessidade individual, para cada pessoa de acordo com o esforço individual,

para cada pessoa de acordo com a contribuição social, e a cada pessoa de acordo com o mérito (BELMONT REPORT, 1978).

Apesar de ter sido construído voltado para preocupações no campo da pesquisa científica, o Relatório Belmont teve grande importância na consolidação da recém-nascida área do conhecimento, a Bioética, e na defesa da autonomia das pessoas no campo da ética aplicada. Inspirados no Relatório Belmont, o filósofo Tom Beauchamp e o teólogo James Childress, em 1979, publicaram o livro “Princípios da Ética Biomédica”, sendo esta a primeira tentativa de instrumentalizar os dilemas morais relacionados ao campo da saúde e da doença. Foram consagrados, neste livro, quatro princípios éticos como base de uma teoria bastante consistente: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (DINIZ; GUILHEM, 2002).

A teoria criada por Beauchamp e Childress ficou largamente conhecida como “Princípioalismo”. Nascida no seio da sociedade americana, em um contexto de aplicação à relação de pesquisadores e pesquisados e da relação profissional-paciente, ficou clara a sua aplicabilidade em contextos individuais (SCHRAMM; KOTTOW, 2001). No que se refere à autonomia, alguns críticos apontam que ela foi maximizada hierarquicamente em relação aos outros três princípios, tornando-se uma espécie de superprincípio (GARRAFA, 2005). A supervalorização da autonomia despertou outros pontos de crítica, pois se percebia o risco de, em um discurso sobre o respeito à individualidade dos sujeitos humanos, exageros na utilização do termo em direção a um individualismo exacerbado (GARRAFA; MARTORELL; NASCIMENTO, 2016).

Além disso, ao se evidenciar a excessiva visibilidade e aplicação da autonomia em nível individual, o princípio de justiça – coletivo, e que deveria significar um referencial de amplo apelo social – era pouco estudado ou praticado, e os princípios de beneficência e não-maleficência discutidos em dimensões exclusivamente deontológicas (GARRAFA; MARTORELL; NASCIMENTO, 2016).

#### **3.4.4 Idade da Burocracia**

Nas duas últimas idades, o “bom” para o paciente era o foco de preocupação dos médicos. Como foi visto, na Idade do Paternalismo, o foco era o “melhor interesse do paciente”; na Idade da Autonomia, a liberdade do paciente e sua autodeterminação foram valorizadas. Nesta nova idade, o “bom” para o paciente é resultado de um contrabalanço entre outras formas

de “bom”, bem como das necessidades dos serviços de saúde, dos profissionais e da sociedade (SIEGLER, 1985). Nos anos 70 e 80, a autonomia ganhou espaço em um mundo onde apenas se tinha presente a beneficência paternalista. Nessa época, os fatores socioeconômicos estavam presentes nos debates, porém, em menor escala e de forma ainda tímida. Se na década de 80 cresceu a autonomia, na década de 90, o debate sobre a justiça tornou-se constante. A preocupação acerca da complexidade e da relevância dos fatores socioeconômicos da assistência em saúde invadiu a relação clínica (COUCEIRO, 2006).

A terceira idade da Medicina, conhecida como Idade da Burocracia, ou do “financiador”, emergiu quando outras organizações, muitas vezes públicas, começaram a custear os gastos sanitários (SIEGLER, 2011). As bases teóricas do Estado de bem-estar social estabeleceram a segunda geração de direitos, conhecidos como direitos econômicos, sociais e culturais. Dentre eles, estava o direito à assistência à saúde. Essa é a origem dos seguros públicos e obrigatórios para as doenças que foram aparecendo pouco a pouco nos países europeus. Com a explosão dos altos custos da assistência sanitária e com a ineficiência dos Estados para custear todas as ações em saúde, passou-se a discutir o direito à saúde, deixando-se de vê-lo com uma obrigação privada de beneficência e considerando-o como um dever público de justiça, cabendo aos Estados prover uma assistência mínima decente e igual para todos (GRACIA, 2002).

Essa racionalidade econômica foi introduzida massivamente nas áreas da saúde após a crise de 1973, levantando com aspereza toda a limitação de recursos, passando a entender o “justo” como sendo o “economicamente ótimo”. Ou seja, há que se financiar aquelas atividades de menor custo e que produzam maior benefício sem a exigência de financiar ações que tenham baixa relação custo-benefício. Nesse contexto, justiça passou a ser sinônimo de equidade, pela qual o Estado deve garantir assistência mínima para todos e atenção especial para os menos favorecidos (COUCEIRO, 2006).

A Idade da Burocracia é caracterizada pela contenção das despesas e pela análise da eficiência e da rentabilidade da assistência médica para a sociedade. A qualidade da assistência, um conceito sempre difícil de definir, passa a não ser mais um fim em si mesma, uma vez que se deve balancear os custos para atenção à saúde de uma população inteira (SIEGLER, 2011). Entretanto, a rentabilidade econômica não pode ir de encontro à justiça – e este é um dos maiores perigos que cerca os sistemas sanitários –, tampouco se pode esquecer que uma abordagem meramente economicista pode gerar uma desmoralização dos profissionais de saúde, com potencial para destruir seus valores éticos, convertendo-os a meros gestores e controladores de recursos (COUCEIRO, 2006).

Em contraste com as duas idades anteriores, os desejos dos pacientes e médicos passam a ser subservientes aos critérios dos burocratas, das administradoras de planos de saúde, dos executivos de grandes seguradoras etc. (SIEGLER, 1985). Diante deste cenário, a relação médico-paciente fragiliza-se, podendo ocorrer problemas éticos. Tais problemas surgem quando médicos e organizações de saúde esquecem-se do fim que legitima suas práticas, convertendo a racionalidade econômica a principal objetivo de sua atividade. A gestão é apenas um meio para um fim, com diversas formas de operacionalização; contudo, tem de se escolher aquela que é capaz de combinar justiça e racionalidade econômica (COUCEIRO, 2006).

### **3.4.5 Modelos da relação médico-paciente (Teoria de Ezequiel J. Emanuel e Linda L. Emanuel)**

As teorias psicanalíticas e psicossociais propostas por Breuer e Freud no final do século XIX começaram a constituir o paciente como pessoa. Esse modelo terapêutico expôs que, em termos de relação médico-paciente, era de grande importância ouvir o paciente extensivamente, o que permitiu desenvolver uma relação comunicativa com este, introduzindo-o na consulta médica como participante ativo (KABA; SOORIAKUMARAN, 2006). Com a quebra do paradigma paternalista e com o surgimento do primeiro código de direitos dos pacientes, em 1969, o qual definiu o paciente como um adulto capaz de tomar decisões relacionadas a seu corpo, tornou-se insustentável o modelo de relação verticalizado no qual o paciente não participava ativamente na tomada de decisão terapêutica (HELLIN, 2002).

Nas últimas quatro décadas, tem sido enfrentada uma luta acerca do papel do paciente na tomada de decisão médica, a qual muitas vezes tem se caracterizado como um conflito entre autonomia e saúde, entre valores do paciente e valores do médico (EMANUEL; EMANUEL, 1992). Essa luta estimulou a discussão acerca de modelos de relação médico-paciente que fomentassem uma relação caracterizada por participação e respeito mútuos mediante uma tomada de decisão compartilhada (SIEGLER, 2011). Nessa perspectiva, Emanuel e Emanuel (1992) expuseram quatro modelos de relação médico-paciente, enfatizando diferentes compressões sobre: 1) os objetivos da relação médico-paciente; 2) as obrigações médicas; 3) o papel do paciente e seus valores; e 4) o conceito de autonomia do paciente. Os quatro modelos foram nomeados como paternalista, informativo, interpretativo e deliberativo.

### 3.4.5.1 Modelo paternalista

Como já visto, o modelo de relação paternalista é baseado na beneficência médica. Nele, a relação médico-paciente assegura que o paciente receberá intervenções que melhor promovam seu bem-estar e saúde. A partir de suas habilidades profissionais, o profissional determina as condições de saúde do paciente e/ou seu estágio de doença, e identifica opções diagnósticas e de tratamento. Então, o médico apresenta ao paciente a informação selecionada, através da qual irá encorajá-lo a consentir com a intervenção escolhida pelo profissional (EMANUEL; EMANUEL, 1992).

No modelo paternalista, o médico age como um guardião do paciente, articulando e implementando o que é melhor para ele. Por ter potencial para discernir o que é este “melhor”, existe uma presunção de que o paciente será grato pela escolha do médico, mesmo que não concorde com ele. Se houver um conflito entre autonomia e bem-estar do paciente, o médico agirá com ênfase principal neste último (EMANUEL; EMANUEL, 1992).

As formas de paternalismo médico podem ser caracterizadas de acordo com a capacidade de as pessoas realizarem suas escolhas (BEIER; IANNOTTI, 2010). Tipicamente, classifica-se o paternalismo em fraco e forte. O paternalismo fraco ocorre quando está direcionado ao sujeito sem competência para tomar decisões; o forte, diante de sujeitos competentes. Ou seja, no paternalismo fraco, a falta de autonomia da pessoa é considerada um critério para a tomada de decisão; no paternalismo forte, envolve-se escolher intervenções destinadas a beneficiar uma pessoa capaz de atuar autonomamente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2001). Existem situações em que o modelo paternalista é justificável, como em situações de emergência, quando o tempo hábil para solicitar o consentimento do paciente poderia lhe causar um dano irreversível (EMANUEL; EMANUEL, 1992).

A presença do modelo paternalista ainda é profundamente sentida em países com forte raiz humanista, explicada pela tradição católica, fortemente misericordiosa. Assim, países latinos, principalmente os latino-americanos, apresentam grande caráter paternalista devido à sua população carente e com pouca escolaridade, facilitando, assim, a realização de condutas que desconsideram a autonomia do paciente (TRINDADE et al., 2007). Em outros países, como Estados Unidos e Inglaterra, o número de pacientes que aceita o paternalismo médico é mínimo, uma vez que, nestes países, a primazia profissional médica já foi bastante questionada no âmbito da autonomia do paciente, marcada pela emergência dos movimentos de reivindicação dos direitos humanos, considerando-se que o médico não possui total autoridade sobre o paciente (SILVA, 2013).

### 3.4.5.2 Modelo informativo

O objetivo da relação médico-paciente no modelo informativo consiste em o médico prover todas as informações relevantes ao paciente, para que este decida sobre as intervenções médicas que desejar serem executadas pelo médico. Para isso, o médico fornece informações sobre estado de saúde e doença, natureza das possíveis intervenções diagnósticas e terapêuticas, prováveis riscos e benefícios associados a essas intervenções e quaisquer incertezas desconhecidas (EMANUEL; EMANUEL, 1992).

Nesse modelo, o comportamento médico assemelha-se ao de um assessor científico, impacto da revolução biológica que fez do médico um cientista. Na retórica da tradição científica do mundo moderno, o cientista deve ser “puro”, factual, afastando-se de qualquer consideração de valores (VEATCH, 1972). Logo, o modelo informativo assume claramente uma distinção entre fatos e valores. Os valores do paciente são bem definidos e conhecidos: ele necessita de fatos, sendo obrigação do médico fornecer os fatos disponíveis, para que, a partir de seus próprios valores, o paciente determine a quais intervenções submeter-se-á. Não existe lugar nem para os valores do profissional nem para realizar julgamento acerca dos valores do paciente (EMANUEL; EMANUEL, 1992). No modelo informativo, a figura do médico é puramente técnica, e o paciente usa sua autonomia para manter o controle sobre as decisões médicas.

Veatch (1972) caracteriza como tola a atitude do médico em acreditar que sua responsabilidade e moralidade profissionais encontram-se apenas em fornecer informações ao paciente, uma vez que existem pontos críticos no processo decisório que devem ser considerados. Emanuel e Emanuel (1992) criticam esse modelo, expondo razões que fazem dele um modelo não ideal de relação médico-paciente: 1) a carência de uma abordagem cuidadosa que compreenda como a doença incide nos valores do paciente; 2) o modelo de relação perpetua e acentua a impessoalidade, além de reforçar o conceito de múltiplas especializações na Medicina; e 3) desconsidera a capacidade de o sujeito refletir seus valores sob uma nova ótica, reajustando-os considerando o processo de doença.

O modelo informativo apresenta um conceito de autonomia filosoficamente insustentável, pois pressupõe o sujeito como portador de valores rígidos e imutáveis, uma vez que desconsidera o conceito filosófico de “desejos de segunda ordem”, que seria a capacidade

do sujeito de refletir seus desejos e de rever suas preferências a partir do uso de sua autonomia e liberdade (EMANUEL; EMANUEL, 1992).

### 3.4.5.3 Modelo interpretativo

No modelo interpretativo, o objetivo principal da relação médico-paciente é o de elucidar os valores do paciente, ajudando-o a selecionar a melhor intervenção disponível que respeite esses valores. O médico assiste o paciente, interpretando seus valores, a fim de articular as melhores opções diagnósticas e terapêuticas que os atendam. Assim como no modelo informativo, o médico provê todas as informações necessárias sobre as condições de saúde, de doença e sobre a natureza dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, ressaltando seus riscos e benefícios (EMANUEL; EMANUEL, 1992).

O modelo interpretativo assemelha-se ao modelo de relação descrito por Szaz e Hollender, citados por Childress e Siegler (1984), denominado de *paternship*, “parceria”, na língua portuguesa. Descrevem-no como um modelo de “participação mútua”, de uma relação adulto-adulto, enfatizando que os profissionais de saúde e os pacientes sejam parceiros ou colegas na busca de um valor compartilhado de saúde. Todavia, tal modelo pode assemelhar-se ao paternalismo, na medida em que há interposição dos valores do profissional sobre os do paciente. No entanto, distingue-se por enfatizar a igualdade dos envolvidos na interpretação dos valores (CHILDRESS; SIEGLER, 1984).

O modelo interpretativo corrige o erro do modelo informativo no que diz respeito a não considerar os “desejos de segunda ordem” e a estrutura dinâmica dos valores dos sujeitos. Porém, a depender do talento interpretativo do médico e do tempo que ele dispõe para analisar os valores dos pacientes, pode ocorrer uma imposição involuntária dos valores do médico, sob a justificativa de articulação de valores dos pacientes, incentivando-os a adotar novos valores (EMANUEL; EMANUEL, 1992). Nesse processo de interpretação de valores, *a priori*, o médico não sabe o que é melhor para o paciente, e a busca desse melhor torna-se a essência de sua relação. As experiências vividas pelo paciente fornecem informações indispensáveis para a eventual tomada de decisão (CHILDRESS; SIEGLER, 1984).

#### 3.4.5.4 Modelo deliberativo

No modelo deliberativo, o objetivo da relação médico-paciente é o de ajudar este a determinar e escolher o valor relacionado à saúde que possa ser efetivado em sua situação clínica. Para que isso ocorra, o médico deve delinear as informações acerca das condições clínicas do paciente e, então, auxiliá-lo a elucidar quais valores estão incorporados nas opções disponíveis. Neste método, o médico aborda e discute somente os valores relacionados à saúde, ou seja, valores que afetam ou poderão ser afetados pela doença do paciente e pelo curso do tratamento (EMANUEL; EMANUEL, 1992).

A deliberação é um método de racionalidade prática descrito por Aristóteles, próprio para tomar decisões. Segundo Gracia (2002), delibera-se quando há necessidade de tomar decisões concretas levando em conta as circunstâncias do ato e as consequências previsíveis. A deliberação ocorre a partir de um processo intelectual de ponderação de fatores que devem ser levados em conta para a tomada de decisão razoável e prudente. É dita razoável e não racional porque nunca será possível incluir num processo todas as circunstâncias de uma situação, e menos ainda as consequências do ato (GRACIA, 2002).

No modelo deliberativo, o médico age como um professor ou amigo, envolvendo o paciente no diálogo sobre qual curso de ação seria a melhor escolha. Com o envolvimento do paciente no processo de deliberação moral, ele e o médico julgam o mérito e a importância dos valores que envolvem os cuidados de saúde. A concepção de autonomia do paciente é de autodesenvolvimento moral. O paciente é empoderado a não simplesmente seguir preferências não racionalizadas, mas a considerar alternativas a partir de seus valores, méritos e implicações no tratamento (EMANUEL; EMANUEL, 1992).

Emanuel e Emanuel (1992) apontam algumas objeções ao modelo deliberativo. A primeira, refere-se à competência do médico em julgar os valores do paciente. Numa sociedade pluralista, na qual as pessoas expõem uma incontável gama de valores, é possível a ocorrência de conflito entre valores do médico e valores do paciente para determinar qual valor é prioritário. Outra questão diz respeito à má interpretação do paciente acerca do médico enquanto parceiro do processo deliberativo: pacientes estão habituados a procurar assistência médica para receber cuidados em saúde, e não para ter seus valores revisados. Por fim, assim como o modelo interpretativo, o modelo deliberativo pode gerar um paternalismo involuntário, quando o valor médico é imposto ao paciente.

## **4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

A presente pesquisa foi desenvolvida sob abordagem quantitativa. Este tipo de abordagem centrada na objetividade recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, a relação entre variáveis etc. (FONSECA, 2002). Com raízes no pensamento positivista lógico, a abordagem quantitativa tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004). A objetividade postulada pelo positivismo permite examinar a realidade estabelecendo relações de causa-efeito, permitindo chegar a verdades universais e resultados reprodutíveis e generalizáveis (HAYATI; KARAMI; SLEE, 2006).

O método observacional foi adotado uma vez que não foram realizados experimentos, ou seja, não houve interferência ou qualquer providência tomada pelo pesquisador para que alguma coisa acontecesse, apenas foi observado algo que já aconteceu (GIL, 2008). Com relação aos objetivos, esta pesquisa tem característica descritiva. A pesquisa descritiva busca quais situações e eventos, atitudes ou opiniões estão manifestos em uma população, descreve a distribuição de algum fenômeno na população ou entre subgrupos da população, ou ainda, faz uma comparação entre essas distribuições (CHEHUEN NETO, 2012).

De acordo com período de seguimento do estudo, considerou-se um recorte transversal. Esse modelo de estudo apresenta-se como uma fotografia ou recorte instantâneo que se faz numa população por meio de amostragem, assim sendo não há necessidade de acompanhamento ou seguimento a longo prazo (HOCHMAN; et al, 2005).

### **4.2 Local da pesquisa**

Esta pesquisa foi realizada no Hospital Universitário de Brasília (HUB). O HUB foi inaugurado em 1972, recebendo o nome de Hospital do Distrito Federal Presidente Médici (HDFPM). Dedicou-se inicialmente à atenção exclusiva dos servidores públicos federais. Em dezembro de 1979, o HDFPM passou a ser administrado pela Universidade de Brasília (UnB), por meio de convênio assinado com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Em 1987, foi integrado à rede de serviços do Distrito Federal por meio de novo convênio assinado pela UnB. Em 3 de abril de 1990, o hospital foi cedido pelo INAMPS

à UnB, passando a denominar-se Hospital Universitário de Brasília – HUB. O HUB foi certificado em 2005 como Hospital de Ensino, conforme critérios estabelecidos pela Portaria Interministerial MEC/MS nº1000 de 2004 (PORTAL EBSEERH, 2017).

Atualmente, o HUB é administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEERH) a partir da assinatura de um contrato de gestão firmado em 2013. A EBSEERH foi criada por medida provisória em dezembro de 2010. No ano seguinte, foi aprovado na Câmara e no Senado Federal o Projeto de Lei 1.749/2011, que autorizou a criação desta empresa (PORTAL EBSEERH, 2017).

O HUB oferece atendimento gratuito e universal a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). É composto por quatro divisões: Divisão de Gestão do Cuidado; Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; Divisão de Enfermagem e Divisão Médica. A Divisão de Gestão do Cuidado é composta por 21 unidades assistenciais de cuidado e um setor de urgência e emergência; a Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico é composta por quatro unidades assistências de apoio diagnóstico e oito de apoio terapêutico (HUB, 2014).

O HUB possui capacidade instalada para 289 leitos de internação, com, atualmente, 239 leitos ativos distribuídos nas seguintes áreas: Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Pediatria Clínica, Pediatria Cirúrgica, Gineco-Obstetrícia, Terapia Intensiva, Transplantes e Urgência e Emergência. Os serviços oferecidos nas áreas de média e alta complexidade incluem as especialidades Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Pediatria Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia, Cuidados Intensivos e Transplantes. As atividades de baixa complexidade desenvolvidas estão relacionadas à saúde bucal e a algumas atividades complementares aos serviços especializados, que têm como objetivo a manutenção da integralidade da atenção para aqueles usuários que apresentam problemas complexos, os quais requerem atendimento em instituições hospitalares com maior densidade tecnológica (HUB, 2014).

### **4.3 Participantes da pesquisa, critérios de inclusão e exclusão**

Participaram da pesquisa 128 enfermeiros. O cálculo da amostra foi determinado a partir de amostragem aleatória simples, considerando um erro amostral de 5%. No HUB, 250 enfermeiros exercem atividades de caráter assistencial, gerencial, administrativo e de assessoria. Para o cálculo da amostra, foram considerados apenas os enfermeiros que exerciam atividades em setores assistenciais a pacientes adultos nos níveis de internação, ambulatorial e diagnóstico. Logo, o quantitativo de enfermeiros considerado para o cálculo exercia suas

atividades nos setores de Clínica Médica; Clínica Cirúrgica; Centro de Transplantes; Unidade de Terapia Intensiva Adulto; Maternidade; Centro Cirúrgico; Centro Obstétrico; Imagenologia; Centro de Endoscopia; Hemodiálise; Hemodinâmica; Centro de Alta Complexidade em Oncologia; Centro de Radioterapia; Urodinâmica; Ambulatório; Medicina Nuclear e Pronto-Socorro, totalizando 190 enfermeiros.

Destes 190 enfermeiros, foram sorteados os 128 que seriam convidados a participar da pesquisa, obedecendo os seguintes critérios de inclusão:

- Ter no mínimo dois anos de formação profissional;
- Estar atuando em assistência direta ao paciente por, no mínimo, dois anos;
- Estar desenvolvendo atividades assistenciais diretas ao paciente adulto.

Foram excluídos da pesquisa os enfermeiros que desenvolviam atividades gerenciais, administrativas e de assessoria de setores como: Gerência de Enfermagem e/ou outros setores gerenciais e administrativos; Banco de Sangue e de Leite; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Vigilância Sanitária e Central de Material Esterilizado. Também foram excluídos os enfermeiros que prestavam assistência direta a pacientes pediátricos e/ou neonatais, uma vez que este público não possui capacidade de autodeterminação ou apresenta essa faculdade diminuída. Assim, não participaram da pesquisa os enfermeiros que exerciam atividade nos setores de Pediatria e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Participaram da pesquisa enfermeiros de todos os turnos de trabalho (diurno e noturno).

#### **4.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados**

Para verificar a percepção do enfermeiro acerca de sua atuação ante os direitos dos pacientes, foi utilizado instrumento específico, desenvolvido por Alves et al. (2008). O instrumento foi validado pelos autores e publicado em periódico nacional classificado como A2 pelo Qualis da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O instrumento é constituído por 13 questões com respostas operacionalizadas em escala Likert, variando de 1, para nunca, a 5, para sempre. Para a validação do instrumento, os autores utilizaram dois testes estatísticos: a análise fatorial e o alfa de Cronbach. A análise fatorial agrupou as questões referentes ao respeito do enfermeiro quanto aos direitos dos clientes em quatro diferentes dimensões (construtos), representando diferentes facetas percebidas quanto

aos direitos. A fidedignidade das quatro dimensões identificadas foi testada através do cálculo do alfa de Cronbach. O alfa de Cronbach do instrumento apresentou valor 0,82, o que confirmou a fidedignidade do instrumento (ALVES et al., 2008).

Dessa forma, os quatro construtos propostos foram definidos conceitualmente como: 1) preservação da individualidade, compreendendo todas as ações implementadas para assegurar o respeito à intimidade e às características individuais do paciente; 2) respeito à autonomia do cliente, que implica o direito do cliente de autodeterminar-se nas questões que dizem respeito a si; 3) identificação pessoal, referindo-se ao direito do cliente de tanto ser identificado individualmente quanto de poder identificar individualmente os profissionais com quem se relaciona; e 4) informação para a tomada de decisão, como o direito do cliente de ser informado, de modo a subsidiar as tomadas de decisões (ALVES et al., 2008) (Apêndice 1).

Para caracterizar os participantes da pesquisa, foi utilizado instrumento específico (Apêndice 2), contendo perguntas relacionadas a sexo, idade, estado civil, tempo de formação, formação em pós-graduação, tempo de serviço e local de desenvolvimento das atividades no HUB, além da participação e atualização dos profissionais em Ética e Bioética.

A coleta de dados ocorreu no período de junho a dezembro de 2016. Os enfermeiros foram convidados a participar da pesquisa pela pesquisadora, de forma presencial, em seus locais e turnos de trabalho. *A priori*, foram apresentados os objetivos da pesquisa, a metodologia utilizada e os instrumentos de coleta de dados. Em seguida, o profissional (enfermeiro/a) decidiu sobre sua participação. Diante do aceite, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para ser lido e assinado.

Os instrumentos de coleta de dados foram autoadministrados, não necessitando de orientação prévia nem de treinamento para preenchimento, visto que havia uma breve instrução na folha de apresentação. Apesar disso, a pesquisadora disponibilizou-se para retirar quaisquer dúvidas acerca do preenchimento. Era solicitado ao participante que o preenchimento dos instrumentos fosse realizado em local reservado da enfermaria, para que não houvesse interferência ambiental na interpretação das questões e para manter a privacidade e a confidencialidade dos dados coletados.

Os dados coletados foram organizados e tabulados no *software* Microsoft Excel® 2016, para, em seguida, serem encaminhados à análise estatística.

#### 4.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados utilizando o programa IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 24.0. As variáveis consideradas na análise dos dados foram: idade, sexo, tempo de formação, ter pós-graduação, ter formação em Ética e/ou Bioética, tempo de trabalho na instituição, unidade de atuação no HUB e presença de outro vínculo empregatício. A caracterização da amostra foi realizada por análise descritiva, utilizando as frequências absoluta e relativa das variáveis acima.

A variável dependente do estudo – “percepção do enfermeiro acerca de sua atuação ante os direitos dos pacientes” – foi mensurada a partir dos quatro construtos propostos no instrumento de Alves et al. (2008): preservação da individualidade, respeito à autonomia do cliente, identificação pessoal e informação para a tomada de decisão. Foram calculadas as médias e os desvio-padrão dos escores obtidos na aplicação do instrumento por constructo. O resultado representa como a amostra respondeu, em média, cada um dos itens do questionário, assim como a resposta média de cada um dos quatro domínios.

Os valores médios de cada constructo foram comparados entre si. Para tal, foi utilizada a análise estatística não paramétrica, devido à não normalidade de dados. Aplicou-se o teste de Wilcoxon, método não paramétrico. Para comparação de duas amostras não pareadas, considerou-se  $p > 0,001$ . O objetivo do teste de Wilcoxon é comparar as performances de cada sujeito ou pares de sujeitos no sentido de verificar se existem diferenças significativas entre os seus resultados nas duas situações. A partir desse teste, foi possível verificar qual constructo da variável “percepção do enfermeiro acerca de sua atuação ante os direitos dos pacientes” é mais considerado em relação a outro.

A amostra também foi dividida em grupos, seguindo as categorias de cada uma das variáveis coletadas no questionário demográfico: idade, sexo, tempo de formação, ter pós-graduação, ter formação em Ética e/ou Bioética, tempo de trabalho na instituição, unidade de atuação no HUB e presença de outro vínculo empregatício. Os grupos de cada categoria foram comparados entre si para verificar possíveis diferenças na variável dependente. Para as comparações dos dois grupos, adotou-se o teste U de Mann-Whitney, uma vez que os grupos não cumpriam os critérios para utilização de testes paramétricos. Este teste é indicado para comparação entre dois grupos não pareados, avaliando o grau de entrelaçamento dos dados de ambos. Para comparações com mais de dois grupos, foi adotado o teste de Kruskal-Wallis. Este teste é não paramétrico, indicado para comparar três ou mais amostras independentes.

#### 4.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi desenvolvida respeitando os requisitos éticos propostos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012, o qual versa sobre as diretrizes e normas que devem ser cumpridas nos projetos de pesquisa que envolvam seres humanos no Brasil. A resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da Bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa (BRASIL, 2012).

O projeto desta pesquisa foi encaminhado à avaliação junto à Gerência de Ensino e Pesquisa do HUB, recebendo autorização em todas as instâncias hospitalares às quais foi submetido (cf. Anexo 1 e 2). Em seguida, o projeto foi incluído no Sistema Plataforma Brasil (CAAE: 54476416.5.0000.0030) e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, para avaliação dos aspectos éticos, obtendo aprovação em abril de 2016 (cf. Anexo 3).

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos em linguagem acessível sobre: objetivos da pesquisa, forma de participação e voluntariedade da mesma, prováveis riscos e benefícios advindos da participação e garantia de sigilo e privacidade dos dados fornecidos, bem como da liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento. O aceite em participar da pesquisa foi confirmado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme o Apêndice 3 em duas vias, uma entregue ao participante e a outra recolhida pelo pesquisador. Esta via compõe os documentos do estudo, que serão mantidos sob guarda por um período de cinco anos, sendo posteriormente destruídos.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Caracterização da amostra

Para melhor discussão dos resultados sobre a caracterização da amostra desta pesquisa, optou-se por definir uma subdivisão agregando as variáveis com similaridade de descrição. Nesse sentido, a caracterização da amostra constitui-se da exposição de três perfis distintos: perfil demográfico, considerando as variáveis faixa etária, sexo e estado civil; perfil de formação profissional, analisando as variáveis tempo de formação, ter pós-graduação e ter formação complementar em Ética e/ou Bioética; e o perfil de atividades laborais, utilizando as variáveis tempo de trabalho no HUB, unidade de atuação no HUB e presença de outro vínculo empregatício.

#### 5.1.1 Perfil demográfico

A amostra estudada é composta, em sua maioria, por mulheres com menos de 40 anos. A Tabela 1 apresenta as frequências absolutas e relativas das variáveis faixa etária, sexo e estado civil.

Tabela 1 – Perfil demográfico. Brasília-DF, 2017.

Características	Frequência	%
<b>Faixa Etária</b>		
20 a 39 anos	106	83
40 a 69 anos	22	17
<b>Sexo</b>		
Masculino	22	17
Feminino	106	83
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	60	47
Casado	55	43
Separado	5	4
Divorciado	6	5

Fonte: Dados coletados pela autora.

Estudos sobre o perfil demográfico do profissional de Enfermagem com abrangência nacional ainda são limitados. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em parceria com

a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), desenvolveu, em 2015, um estudo inédito sobre o perfil da enfermagem brasileira. Essa é a pesquisa mais recente sobre o tema e a maior já realizada na América Latina. O estudo abrangeu um universo de 1,6 milhão de profissionais de 50% dos municípios brasileiros, dos 26 estados e do Distrito Federal (PORTAL COFEN, 2015).

Segundo Machado et al. (2016), a equipe de enfermagem é majoritariamente constituída por técnicos e auxiliares de enfermagem. O quantitativo de enfermeiros representa 23% da força de trabalho desta equipe. Com relação à faixa etária, o presente estudo verificou que a amostra constituiu-se de profissionais majoritariamente jovens, com idade entre 20 e 39 anos, correspondendo a 83% do total de participantes. Este resultado segue a tendência nacional brasileira, com 61,7% dos profissionais de Enfermagem apresentando faixa etária entre 25 e 40 anos de idade (MACHADO, 2016).

Além de seguir a tendência nacional, a faixa etária dos participantes desta pesquisa corresponde ao perfil verificado no Distrito Federal, em estudo realizado pelo COFEN. No Distrito Federal (DF), 70,9% dos enfermeiros apresentam idade até 40 anos (FIOCRUZ/COFEN, 2015). Outros estudos recentes também apontam essa tendência jovial da força de trabalho dos enfermeiros: Viana et al. (2014) analisou o perfil de enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva em diferentes regiões do país, e constatou que 81% dos que atuam nesta área concentram-se na faixa etária de 20-39 anos.

A equipe de Enfermagem no Brasil está em pleno processo de rejuvenescimento. Machado et al. (2016) apresentam uma explicação sociológica para esse fato: profissionais com idade superior a 50 anos estão num processo de “desaceleração profissional” e buscam manter-se em atividades cômodas, que garantam segurança pessoal. Em contrapartida, profissionais com idade até 25 anos e/ou 26 a 35 anos estão no “início da vida profissional”, ou seja, estão se inserindo no mercado de trabalho lentamente e com preferências laborais ainda indefinidas (MACHADO et al., 2016).

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), em 2013, realizou processo seletivo para provisão de novos recursos humanos para o HUB, introduzindo profissionais que estão principalmente em início de carreira, o que se confirma na Tabela 2, explicando, de igual modo, a predominância de adultos jovens na instituição.

Em relação ao sexo dos participantes da pesquisa, foi majoritária a presença do sexo feminino (83%). Este dado não surpreende, visto que a Enfermagem tem por tradição um perfil feminino. Estudo nacional confirmou que 85,1% da força de trabalho da equipe de enfermagem no Brasil é feminina. No DF, a tendência à feminização da profissão se mantém, uma vez que

85,6% dos profissionais da área são mulheres. As enfermeiras correspondem a 83,3% destes profissionais de nível superior (FIOCRUZ/COFEN, 2015).

Historicamente, a Enfermagem nasceu como um serviço organizado em instituições de ordem sacra, e esta marca religiosa impôs à atividade um perfil feminino e caritativo. Além disso, o cuidado sempre esteve associado à figura da mulher em diversos contextos: o cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos velhos na figura da mulher-mãe, que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher (LOPES; LEAL, 2005).

Entretanto, desde a década de 1980 já se avizinhava um discreto aumento da mão de obra masculina na profissão (MACHADO et al., 2016). Lopes e Leal (2005) apontaram, a partir de uma de série histórica (1999-2003), que o aumento de profissionais do sexo masculino na Enfermagem tem ocorrido de forma gradual e estável.

Com relação ao estado civil dos participantes, verificou-se a predominância de solteiros (47%), diferente do perfil dos profissionais de Enfermagem do DF, que apresenta maior número de pessoas em relação matrimonial ou união estável (49,8%) (FIOCRUZ/COFEN, 2015). Esta característica de estado civil dos profissionais de Enfermagem parece não apresentar uma tendência regular, visto que outros estudos apresentaram características distintas, sendo o número de profissionais solteiros majoritário (VIANNA et al., 2014; RIBEIRO et al., 2014).

### **5.1.2 Perfil de formação profissional**

O perfil de formação profissional será analisado a partir dos resultados encontrados para as variáveis: tempo de formação, ter pós-graduação, ter formação complementar em Ética e/ou Bioética. A análise descritiva é apresentada nas Tabela 2 e 3.

Tabela 2 – Perfil de formação profissional. Brasília-DF, 2017.

<b>Características</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Anos de formado</b>		
2 a 4 anos	28	23
5 a 10 anos	64	50
11 a 15 anos	17	13
16 a 20 anos	3	2
Mais de 20 anos	15	12
<b>Ter pós-graduação</b>		
Sem pós-graduação	3	2,3
Especialização	107	83,6
Residência	5	3,9
Mestrado	12	9,4
Doutorado	1	0,8

Fonte: Dados coletados pela autora.

Tabela 3 - Perfil de conhecimento e atualização em Ética e/ou Bioética. Brasília-DF, 2017

<b>Características</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Participação em palestra</b>		
Não responderam	6	5
Não	75	58
Sim	47	37
<b>Participação em aula</b>		
Não responderam	6	5
Não	29	23
Sim	93	73
<b>Participação em curso</b>		
Não responderam	6	4
Não	102	80
Sim	20	16
<b>Última atualização em Ética e/ou Bioética</b>		
Não responderam	5	3,9
Menos de 1 mês	9	7,0
1 a 6 meses	17	13,3
7 a 11 meses	7	5,5
1 a 3 anos	37	28,9
Mais de 3 anos	47	36,7
Nunca	6	4,7

Fonte: Dados coletados pela autora.

Em sua maioria, esta pesquisa foi composta por profissionais com tempo de formação menor que 10 anos (73%), sobretudo entre 5 e 10 anos (50%). Essa característica assemelha-se ao perfil nacional dos enfermeiros: no Brasil, 63,7% dos enfermeiros apresentam menos de 10 anos de formação (MACHADO et al., 2016b). No DF, essa condição também não é diferente, pois 68% dos enfermeiros apresentam menos de 10 anos de formados (FIOCRUZ/COREN, 2015).

A partir de tais valores, é possível afirmar que a Enfermagem é uma profissão constituída, predominantemente, por jovens (MACHADO et al., 2016b). Tal dado pode estar associado com a maior oferta de cursos nos últimos anos. Uma série histórica apresentada por Magalhães et al. (2013) apontou que, entre 1997 e 2009, houve um aumento significativo no número de cursos de graduação em Enfermagem no Brasil – de 113 para 750 –, oferecidos principalmente pela iniciativa privada.

Com relação à formação complementar, por meio da realização de curso de pós-graduação, os respondentes da pesquisa demonstraram ter buscado continuidade no aprimoramento de conhecimento específico em áreas de atuação da Enfermagem. A Tabela 2 apresenta os valores referentes à realização de cursos de pós-graduação pelos enfermeiros participantes, destacando a maior titulação obtida até o momento da pesquisa. Como pode ser visto, 83,6% dos participantes responderam já ter realizado curso de especialização na modalidade *lato sensu*, sendo esta sua maior titulação. Com relação à realização de pós-graduação *stricto-sensu*, 9,4% apresentavam o mestrado e, 0,8%, o doutorado.

Comparado ao perfil de formação profissional dos enfermeiros no Brasil, os resultados entre as pesquisas se equivalem, uma vez que Machado et al. (2016b) verificaram que 72,8% dos enfermeiros apresentavam especialização como maior titulação, seguida por mestrado 14,5% (profissional e acadêmico) e doutorado, 4,7%. O resultado indicou que os enfermeiros se preocupam em buscar novos conhecimentos e experiências além daquelas ofertadas pelo ensino na graduação. Valente, Viana e Neves (2010) explicam que a formação do enfermeiro caracteriza-se por ser fortemente generalista, porém, a existência de cursos de pós-graduação permite ao profissional especializar-se na área em que encontrou maior interesse e afinidade. Além disso, a busca por cursos de especialização demonstra que os profissionais se preocupam em acompanhar os avanços e as mudanças nas tecnologias em saúde.

A formação do enfermeiro no Brasil segue as Diretrizes Nacionais Curriculares (DNC) de 2001, que em seu artigo 3º destaca que o ensino da Enfermagem tem por objetivo a formação de profissionais qualificados, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, pautada em princípios éticos e no rigor técnico, científico e intelectual (BRASIL, 2001). Nesta perspectiva, as instituições de ensino superior do país devem implementar, nos projetos pedagógicos dos cursos de Enfermagem, disciplinas que promovam, para o discente, conhecimentos sobre Ética e Bioética.

Nesta pesquisa, 73% dos participantes mencionaram ter participado de aula sobre Ética e/ou Bioética. Apesar da constatação de que a maioria dos participantes adquiriu em sua formação conteúdo teórico sobre Ética e/ou Bioética, não se pode afirmar que os profissionais estão aptos a atuar e a participar na resolução de conflitos éticos no ambiente clínico. Tal conclusão é possível a partir da explicação de Ferreira e Ramos (2006): o ensino da Ética nas Escolas de Enfermagem do Brasil tem se caracterizado por uma visão deontológica, determinada por uma orientação normativa e prescritiva, restrita a um conjunto de códigos trabalhados de forma teórica e abstrata.

O estudo de Couto Filho et al. (2013) analisou o projeto político-pedagógico do curso de Enfermagem de dezesseis universidades federais do Brasil, e verificou que o ensino da Bioética permeia cinco eixos de discussão: ética; legislação em Enfermagem; exercício da Enfermagem; deontologia e Bioética. Destas universidades, apenas uma abordava a Bioética de maneira exclusiva, porém, como disciplina optativa. Pode-se inferir que, por não ser uma disciplina desenvolvida de forma separada e com ementa própria, o ensino da Bioética se confunde com o estudo da ética deontológica, o que acaba por limitar seu desenvolvimento e compreensão.

A Bioética, enquanto vertente da ética aplicada, induz à reflexão, que, por sua vez, auxilia na resolução de conflitos tanto em nível individual quanto coletivo, em todos os âmbitos da atuação profissional. Desse modo, a formação acadêmica não pode ser reduzida ao incremento do conhecimento deontológico (COUTO FILHO et al., 2013). É fundamental que os enfermeiros estejam capacitados para articular valores, habilidades e conhecimentos, visando a resolução de problemas e conflitos advindos do exercício da profissão, estando preparados para a tomada de decisão, considerando questões técnicas, científicas, sociais e éticas (MASCARENHAS; ROSA, 2010).

Sobre a formação complementar em Ética e/ou Bioética, chama à atenção o limitado interesse dos enfermeiros entrevistados em atualizarem-se nessa temática por meio de participação em palestras e/ou cursos. Dos participantes da pesquisa, 37% afirmaram já ter participado de palestra sobre a temática, e apenas 16% participaram de cursos. Ainda sobre a formação em Ética e/ou Bioética, 36,7% dos participantes declararam que sua última atualização nessa área ocorreu há mais de três anos, o que ratifica o interesse limitado pela temática.

Ramos et al. (2010) explicam esse fenômeno a partir do contexto em que a ética é ensinada e transmitida ao futuro profissional em formação acadêmica. Segundo os autores, embora a importância do ensino da Ética e da Bioética seja incontestável, ainda não há um investimento em pesquisas focado nessa área do conhecimento, a fim de torná-lo um tema importante no meio científico. Dallari (1996) considera ainda que o ensino da ética na área de saúde na América Latina foi historicamente negligenciado. O pouco do que se desenvolveu encontra-se defasado em relação às necessidades sociais das profissões de saúde.

### 5.1.3 Perfil de atividades laborais

O perfil de atividades laborais dos participantes da pesquisa foi analisado a partir das seguintes variáveis: tempo de trabalho no HUB, unidade de atuação no HUB e presença de outro vínculo empregatício. As análises descritivas destas variáveis estão apresentadas na Tabela 4:

Tabela 4 – Perfil de atividades laborais. Brasília-DF, 2017.

<b>Características</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Tempo de trabalho no HUB</b>		
Menos de 2 anos	49	38,3
2 a 4 anos	60	46,9
5 a 10 anos	5	3,9
11 a 15 anos	2	1,6
16 a 20 anos	2	1,6
Mais de 20 anos	9	7
Não responderam	1	0,8
<b>Área de atuação</b>		
Atendimento Ambulatorial	22	17,2
Internação	99	77,3
Setores Diagnósticos	7	5,5
<b>Outro vínculo empregatício</b>		
Não responderam	4	3,1
Não	81	63,3
Sim	43	33,6

Fonte: Dados coletados pela autora.

A maioria (85,2%) dos enfermeiros trabalha no HUB há menos de quatro anos. Este perfil pode estar relacionado com a mudança de gestão do hospital, o qual passou a ser gerido pela EBSEH em 2014. Esta renovação na gestão demandou realização de processo seletivo para provimento de recursos humanos, renovando, de forma maciça, o perfil de profissionais que atuam no HUB.

Com relação aos setores de atuação, optou-se por agrupar aqueles com atividades afins, visto que existe apenas um enfermeiro em alguns setores, o que poderia facilitar sua identificação, comprometendo a privacidade, o anonimato e o sigilo das informações do participante da pesquisa. A categoria “Atendimento Ambulatorial” compreende os participantes

que atuam no ambulatório, no Centro de Diálise, no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e na Radioterapia. A categoria “Internação” agregou os enfermeiros que atuam nos serviços de Pronto-Atendimento, Clínicas Médica e Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Maternidade, Centro Obstétrico, unidades de Transplantes e de Terapia Intensiva Adulto. A categoria “Setores Diagnósticos” compreende os participantes que atuam nos serviços de Diagnóstico por Imagem, Hemodinâmica, Exames Endoscópicos, Urodinâmica e Medicina Nuclear.

Entre os participantes da pesquisa, 63,3% declararam ter apenas vínculo empregatício com o HUB. Outro estudo que analisou os aspectos gerais do mercado e da equipe de trabalho verificou que, em sua maioria, os enfermeiros declararam ter apenas um emprego (58%), assim como os participantes desta pesquisa (MACHADO, 2016c). No DF, o perfil se mantém semelhante: 60,2% dos enfermeiros declararam apenas um vínculo (FIOCRUZ/COFEN, 2015). O Plano de Cargos, Carreiras e Salários da EBSEH, ao tratar do cargo de Enfermeiro, definiu uma jornada de trabalho de 36 horas semanais, com salário-base variando de 5 a 9 salários mínimos (EBSEH, 2014). Esse valor é superior à média salarial dos enfermeiros que trabalham na rede pública do país, que é menor que quatro salários mínimos (MACHADO et al., 2016c). Isso explicaria o motivo pelo qual a maior parte dos enfermeiros do HUB não recorre a outro vínculo empregatício para complementar sua renda.

## **5.2 Análise da percepção do enfermeiro quanto ao seu respeito aos direitos dos pacientes**

A avaliação da percepção do enfermeiro quanto ao seu respeito aos direitos dos pacientes foi realizada a partir da aplicação de instrumento específico, validado por Alves e colaboradores, em 2008. Como já exposto no capítulo 5, o instrumento divide-se em quatro dimensões e/ou constructos que representam os fundamentos básicos do respeito aos direitos dos pacientes. Considerando que a variação de respostas na forma de escala *Likert* do instrumento foi de 1 (nunca), 2 (raramente), 3 (às vezes), 4 (na maioria das vezes) e 5 (sempre), é possível estimar que, quanto mais próximo ao valor 1, menos frequentemente o enfermeiro se percebe respeitando os direitos dos pacientes, e, quanto mais próximo ao valor 5, mais frequentemente o enfermeiro se nota dessa forma.

A Tabela 5 apresenta a tendência central e a dispersão dos escores obtidos na aplicação do instrumento.

Tabela 5 - Média e desvio-padrão por questão e por constructo do instrumento – Percepção do enfermeiro quanto ao seu respeito aos direitos dos pacientes. Brasília-DF, 2017.

	n	Média	DP
<b>Informação para a tomada de decisão</b>		<b>4,07</b>	<b>0,27</b>
Forneço ao cliente informações compreensíveis sobre o nome dos medicamentos administrados	128	4,35	0,84
Forneço ao cliente informações compreensíveis sobre possíveis benefícios da terapêutica instituída durante a sua internação hospitalar	128	4,31	0,68
Forneço ao cliente informações compreensíveis sobre os possíveis efeitos dos medicamentos administrados	128	4,07	0,84
Forneço ao cliente informações compreensíveis sobre possíveis riscos da terapêutica instituída durante a sua internação hospitalar	128	3,88	0,95
Forneço ao cliente informações compreensíveis sobre possíveis riscos das ações diagnósticas durante a sua internação hospitalar	128	3,72	1,00
<b>Identificação pessoal</b>		<b>4,31</b>	<b>0,34</b>
Identifico-me ao cliente sob meus cuidados através de uma apresentação prévia (informando meu nome, cargo e função)	128	4,55	0,71
Chamo o cliente pelo nome e sobrenome	128	4,07	1,07
<b>Respeito à autonomia do cliente</b>		<b>4,64</b>	<b>0,03</b>
Respeito o direito do cliente de consentir ou de recusar procedimentos de enfermagem nele realizados	128	4,68	0,52
Respeito o direito do cliente de consentir ou de recusar ações terapêuticas a que será submetido	128	4,62	0,69
Respeito o direito do cliente de ter acesso a seu prontuário	128	4,63	0,80
<b>Preservação da individualidade</b>		<b>4,73</b>	<b>0,04</b>
Respeito ao meu cliente contra qualquer discriminação	128	4,77	0,73
Respeito o pudor e a intimidade do meu cliente	128	4,72	0,52
Asseguro o sigilo de toda e qualquer informação pessoal do meu cliente	127*	4,69	0,50

Fonte: Dados coletados pela autora

### 5.2.1 Análise da percepção do enfermeiro quanto ao seu respeito aos direitos dos pacientes: informação para tomada de decisão

A partir do constructo “informação para tomada de decisão”, Alves et al. (2008) objetivaram compreender a percepção do enfermeiro acerca da sua atitude em fornecer informações compreensíveis ao paciente para que, a partir deste subsídio, o mesmo possa tomar

uma decisão acerca dos cuidados em saúde. As informações destacadas no instrumento dizem respeito aos riscos e benefícios inerentes às atividades às quais o paciente se submeterá na oportunidade da assistência em saúde: diagnóstico e terapêutica.

A tomada de decisão ou escolha autônoma é o direito do paciente de decidir e eleger qual a melhor opção, dentre as existentes e possíveis, considerando suas próprias convicções e de acordo com seu próprio projeto de vida, sem que haja interferência de terceiros (TUBAU, 2011). A tomada de decisão fundamenta-se no princípio ético do respeito à autonomia das pessoas. Para que a tomada de decisão seja considerada autônoma, Beauchamp e Childress (2009) consideram que as pessoas devem atuar intencionalmente, com conhecimento e sem influências externas que exerçam controle sobre suas ações. O favorecimento de condições que permitam a tomada de decisão autônoma não deve ser tratado como um simples ideal, mas como uma obrigação profissional. Logo, quando se revela informações, assegurando-se de que os pacientes tenham-nas compreendido, utilizando-as para realizar ações voluntárias, atua-se positivamente diante do respeito à autonomia das pessoas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009).

A partir da aplicação do instrumento de coleta de dados, verificou-se que a média obtida no constructo “informação para tomada de decisão” foi de 4,07, com desvio-padrão de 0,27, o que representa que, na maioria das vezes, o enfermeiro fornece informações que subsidiem a tomada de decisão dos pacientes (desvio-padrão baixo aponta uma homogeneidade das respostas). No estudo de Alves et al. (2008), esse constructo obteve média 3,39, com desvio-padrão de 0,96, ou seja, abaixo do resultado encontrado nesta pesquisa e com menor homogeneidade de respostas. Acerca das questões que compõem este constructo, obteve a maior média aquela que se referia ao fornecimento de informações sobre o nome dos medicamentos administrados (4,35), e, a menor, sobre os riscos das ações diagnósticas (3,72). O estudo de Alves et al. (2008) apresentou resultado semelhante, com médias de 3,69 e 3,03, respectivamente.

O processo de tomada de decisão em saúde evoluiu junto com a relação entre profissionais da área e pacientes. Com a horizontalização desta relação, a tomada de decisão demandou um compartilhamento de responsabilidades entre ambas as partes, a fim de ampliar a possibilidade do exercício da autonomia do doente, sem necessariamente abandoná-lo ou renunciar a qualquer forma de interferência ou de influência em sua decisão (SANDMAN; MUTHE, 2009). Para que os pacientes se tornem ativamente envolvidos nas decisões terapêuticas, eles precisam receber informações de tratamento de fontes confiáveis, como enfermeiros, médicos ou outros profissionais de saúde, compreendendo, assim, suas opções. O

processo educativo, o compartilhamento de informações e a defesa do enfermo são os princípios fundamentais para a tomada de decisão compartilhada, sendo atividades que fazem parte do dia a dia dos enfermeiros (McCARTER et al., 2016).

Uma revisão sistemática realizada por Tariman e Skubzki (2015) identificou o papel do enfermeiro no processo de tomada de decisão no tratamento de pessoas com câncer. Os autores afirmaram que fornecer informações ao paciente é um dos principais papéis do enfermeiro na prática clínica. Doentes, cuidadores e familiares identificaram os enfermeiros como fonte segura e confiável de informações, sobretudo quando se trata da terapêutica, das ações diagnósticas possíveis, da trajetória do tratamento e dos sintomas da doença, incluindo o prognóstico. A confiabilidade das informações fornecidas pelos enfermeiros advém, provavelmente, da estreita relação que o profissional desenvolve com o enfermo, devido ao grande número de horas diárias despendidas no cuidado (McCARTER et al., 2016).

Em sua maioria, os estudos que tratam da participação do enfermeiro na tomada de decisão, enquanto provedor de informações ou como participante da equipe multidisciplinar, foram realizados no contexto da assistência oncológica. Tariman et al. (2016) explica que o rápido aumento de opções terapêuticas no tratamento do câncer conduziu à mudança de paradigma na tomada de decisão, saindo de um modelo paternalista para a tomada de decisão compartilhada, de forma mais acelerada, desafiando os enfermeiros e envolvendo-os no processo decisório.

Os resultados da presente pesquisa demonstram que os enfermeiros perceberam-se, com frequência significativa, respeitando os direitos dos pacientes no constructo “informação para a tomada de decisão”. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) ratifica a obrigatoriedade do fornecimento de informações aos pacientes quando determina, em seu artigo 17, o dever profissional de “Prestar **adequadas informações à pessoa**, família e coletividade a **respeito dos direitos, riscos, benefícios** e intercorrências acerca da assistência de Enfermagem”, e, no artigo 18: “Respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, **de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem-estar**” (COFEN, 2007, grifo nosso).

Apesar de se constituir como obrigatoriedade profissional e pressuposto para o respeito à autonomia das pessoas, o fornecimento de informações para a tomada de decisão obteve médias menores nas questões em que o conteúdo tratava dos riscos da terapêutica instituída, das ações diagnósticas e dos medicamentos administrados. Situações em que o enfermeiro omite informações sobre os riscos inerentes ao tratamento ou limita-se a esclarecer apenas fatos benéficos da terapêutica sugerem que este profissional valoriza o princípio da beneficência em

detrimento do princípio da autonomia da pessoa. Por conhecer a importância das ações terapêuticas, diagnósticas e medicamentosas, a atitude de limitar ou omitir informações sustenta-se na ideia de que o paciente poderia recusar submeter-se a elas caso tivesse ciência dos riscos e dos efeitos adversos conhecidos.

Tariman et al. (2016) realizaram uma pesquisa qualitativa com enfermeiros para examinar o papel destes na tomada de decisão compartilhada na terapêutica de pacientes com câncer. Verificou-se, na referida pesquisa, que os participantes apontaram o processo educativo/informativo do doente como papel salutar do enfermeiro no processo de tomada de decisão compartilhada. Um fato exposto que ratifica este resultado é a forma corriqueira com a qual o enfermeiro esclarece ao paciente o plano de tratamento repassado pelo médico, com linguagem mais acessível. Também foram citados a defesa do paciente, o compartilhamento de informações sobre o doente para a equipe multidisciplinar, os sintomas e efeitos adversos da terapêutica instituída e o apoio psicológico como papéis do enfermeiro no processo de tomada de decisão compartilhada (TARIMAN et al., 2016).

Um estudo nacional identificou os fatores que influenciaram a participação do enfermeiro de unidades de terapia intensiva no processo de tomada de decisão nas situações de final de vida (BALIZA et al., 2015). Os participantes relataram que o poder decisório acerca da conduta com esses pacientes ainda está centralizado na equipe médica e, por esse motivo, sentem-se enfraquecidos para atuar nessas situações. Entretanto, os enfermeiros compensaram essa questão investindo em seu papel educativo com os familiares, sugerindo as alternativas possíveis para os doentes (BALIZA et al., 2015).

O estudo de Tariman et al. (2016) verificou que os enfermeiros sentem-se confiantes e influentes, em algum nível, no processo de tomada de decisão compartilhada, porém, nem todos os profissionais perceberam-se qualificados para participar das decisões, e essa percepção baseou-se em fatores como o tempo de experiência profissional e o nível de conhecimento sobre a doença, fatores também identificados no estudo de Baliza et al. (2015). Em ambos, os enfermeiros enfatizaram a importância dos anos de experiência na aquisição de conhecimentos e da maturidade para lidar com situações de tomada de decisão (TARIMAN et al., 2016; BALIZA et al., 2015).

As principais barreiras que limitam a participação do enfermeiro no processo de tomada de decisão compartilhada foram identificadas por McCarter et al. (2016) a partir de uma pesquisa qualitativa. Os autores identificaram barreiras relacionadas: 1) à prática, quando não existe padronização de atividades que favoreçam uniformidade assistencial; 2) ao paciente, quando o paciente não está preparado emocionalmente para receber informações ou prefere

recebê-las do médico; 3) à política institucional, quando a instituição não favorece a participação do enfermeiro no processo, requisitando uma supervisão médica em detrimento da colaboração entre médicos e enfermeiros; 4) aos profissionais, quando o enfermeiro não detém o conhecimento e o treinamento necessários ou apresenta pouca experiência profissional; 5) à gestão institucional, quando a instituição não provê recursos adequados ou não apoia os enfermeiros para realizar a atividade (McCARTER et al., 2016).

Remover as barreiras que limitam a participação do enfermeiro na tomada de decisão compartilhada não é um ônus que pertence somente ao profissional. Parte dessa responsabilidade recai também sobre gestores institucionais e lideranças da área, que devem investir no treinamento dos enfermeiros com relação às suas funções na tomada de decisão compartilhada e valorizar sua participação na equipe multidisciplinar e em todo o processo (McCARTER et al., 2016).

### **5.2.2 Análise da percepção do enfermeiro quanto ao seu respeito aos direitos dos pacientes: identificação pessoal**

O segundo constructo a ser analisado refere-se à percepção do enfermeiro quanto a seu respeito ao direito do paciente, no que concerne à sua identificação pessoal enquanto se submete a cuidados de saúde e de Enfermagem. Os participantes desta pesquisa perceberam-se respeitando com alta frequência os pressupostos da identificação pessoal, tendo esse constructo obtido média 4,63, com desvio-padrão próximo a zero (0,03), representando uma significativa homogeneidade das respostas quando comparado ao estudo pioneiro de Alves et al. (2008), que apresentou média 4,32, porém, com desvio padrão maior (0,76).

A Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, publicada em 2007 pelo Ministério da Saúde, definiu seis princípios que asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde públicos e privados. Dentre esses princípios, o terceiro assegura o atendimento acolhedor, livre de qualquer forma de discriminação. Para que se cumpra este princípio, a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde determina que se garanta ao paciente: “A identificação do nome e do sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação do usuário um campo para registrar o nome pelo qual prefere ser chamado”, e que os “profissionais que se responsabilizam por sua atenção estejam identificados por meio de crachás visíveis e legíveis” (BRASIL, 2007).

A necessidade de identificação ao paciente que se encontra sob cuidados não se encontra elencada no código deontológico dos profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007), entretanto, sua realização faz com que o enfermeiro transcenda questões éticas e posicione-se de forma respeitosa com o doente, respeitando a dignidade da pessoa. Ao respeitar a dignidade da pessoa, reconhece-se sua unicidade, sua individualidade e sua biografia, conhecidas no seio da sociedade civil a partir da atribuição de um nome e de um sobrenome.

Pereira et al. (2010) conduziram um estudo qualitativo para compreender como os profissionais de Enfermagem posicionam-se diante do usuário do serviço de saúde. Nesse estudo, os autores identificaram, no discurso dos participantes, que chamar o paciente pelo nome é uma atitude que demonstra atenção às singularidades humanas e respeito ao usuário. Além disso, esses autores discutiram que respeitar singularidades envolve compromisso e valorização do ser humano, sem distinção de qualquer natureza, e destacaram a humanização como forma de resgatar um atendimento diferenciado focado na dignidade das pessoas (PEREIRA et al., 2010).

Outros estudos relacionam a atitude de chamar o paciente pelo nome com o desenvolvimento de um cuidado/assistência humanizada. Vila e Rossi (2002) identificaram os significados atribuídos pela equipe de enfermagem ao cuidado humanizado no ambiente de terapia intensiva. Os participantes da pesquisa relacionaram o diálogo, as informações oferecidas ao paciente e a identificação do doente pelo nome como ações que levam à humanização do cuidado. O estudo de Guirardello et al. (1999) traz, por sua vez, a visão do enfermo sobre sua internação em terapia intensiva. Em tal estudo, destacou-se que o ser chamado pelo nome melhora o vínculo com o enfermeiro, o que está associado a um ato de afetividade e transferência positiva.

O fato de o paciente ter acesso aos profissionais que lhe prestam cuidados, sabendo seus nomes, também está relacionado à prática da humanização, sendo explicado por Arruda e Silva (2012). Ao identificar os enfermeiros pelo nome, os usuários demonstraram uma relação de referência profissional e a existência de relacionamento simétrico. Essa simetria favorece um bom relacionamento enfermeiro-paciente, facilitando a participação e a manutenção do doente no acompanhamento em saúde, estimulando a assiduidade dos usuários nas consultas (ARRUDA; SILVA, 2012).

O termo “humanização” tem aparecido na primeira década do século XXI com bastante frequência na literatura relacionada à saúde. Isso parece ser uma consequência das recentes recomendações do Ministério da Saúde, que propôs a Política Nacional de Humanização (PNH) (WALDOW; BORGES, 2011). Geralmente, tem-se empregado a noção de “humanização” para

uma forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, implicando, ainda, valorização do profissional e diálogo intra e interequipes (DESLANDES, 2004).

Humanizar significa “tornar humano”, “dar condição humana”. Pode também ser definido como “tonar benévolo, afável, tratável” e, ainda, como “fazer adquirir hábitos sociais, civilizar” (DICIONÁRIOS PRIBERAM, 2013). No corpo da PNH, não há definições precisas do que seja humanização, mas apenas referências à necessidade de respeitar o outro como ser singular e digno (DESLANDES, 2004). Este termo torna-se mais claro quando é colocado em oposição ao seu antônimo: desumanizar. Ou seja, o humanizar é oposto à perda de atributos humanos ou, ainda, à perda de dignidade, que é intercambiável com o termo “despersonalização” (WALDOW; BORGES, 2011).

Quando se utiliza o termo humanizar ou a necessidade de humanização, numa primeira impressão, subentende-se que não exista humanidade na atenção à saúde ou que o cuidado seja realizado de forma desumana. Ao que parece, atitudes relacionadas à ética na assistência à saúde, ao respeito à dignidade da pessoa humana e aos direitos dos pacientes têm sido confundidas com “atitudes humanizadoras”, o que se evidencia no texto de Oliveira, Zampieri e Bruggemann (2001):

As definições de humanização convergem para um sentido único, e quando pensadas com relação à qualificação de uma conduta ou um cuidado, isso aparece de uma forma redundante, pois não se pode admitir que o ser humano seja tratado diferente de alguma outra maneira, senão aquela condizente com sua natureza.

A proposta da humanização, enquanto política de saúde, surgiu em resposta a um diagnóstico de insatisfação dos usuários do sistema de saúde no que diz respeito, principalmente, ao relacionamento com os profissionais da área. Esse componente relacional encontrava-se, segundo os usuários, deteriorado pela ausência ou dificuldade de diálogo, e pela ocorrência de maus tratos (BRASIL, 2000). Nessa perspectiva, a humanização aspira a um horizonte normativo, com uma inescapável referência ética e moral, e que aponta, enquanto valor, para um cuidar em saúde permeado por encontros entre as subjetividades socialmente conformadas, as quais devem ser valorizadas (AYRES, 2005). A atitude de chamar o paciente pelo nome e/ou a de o profissional identificar-se ao doente é, antes de tudo, uma ação de respeito ao ser na sua condição humana, singular, como portador de dignidade e de direitos.

Fala-se aqui sobre valores, responsabilidades, compromisso moral e ético direcionados ao ser humano e à prática profissional, devendo ser estes os atributos que norteiam a ação do

enfermeiro. Na literatura nacional de Enfermagem, o apelo pelo conteúdo normativo da humanização (CASATE; CORRÊA, 2005) pode sugerir que os enfermeiros desconhecem ou pouco conhecem os fundamentos do respeito à dignidade da pessoa humana e os direitos do paciente. Todavia pode, também, representar uma forma de interesse em melhorar a qualidade da assistência prestada a partir de uma mudança de postura dialogal e inter-relacional. Mesmo alicerçada em uma referência sem contornos conceituais consensuados, a PNH (DESLANDES, 2004), parece sustentar-se no fundamento do respeito à dignidade da pessoa humana.

### **5.2.3 Análise da percepção do enfermeiro quanto ao seu respeito aos direitos dos pacientes: respeito à autonomia do cliente**

Dando sequência à análise, o terceiro constructo do instrumento que compõe o respeito aos direitos dos pacientes denomina-se “respeito à autonomia do cliente”. As questões relacionadas a este constructo fazem referência à aquisição do consentimento dos doentes pelos enfermeiros, para submeterem-se a ações terapêuticas e a procedimentos de enfermagem. O resultado da presente pesquisa demonstrou que os participantes percebem-se respeitando a autonomia do paciente, com uma média de 4,64 e desvio-padrão de 0,03. A atitude dos enfermeiros de solicitar consentimento para realizar ações terapêuticas e procedimentos de enfermagem obteve média de 4,62 e 4,68, respectivamente. A ação de permitir acesso ao prontuário obteve média de 4,63. Comparados com o estudo de Alves et al. (2008), os resultados foram bem próximos, com média 4,55 e desvio-padrão de 0,69 para o constructo.

A atitude do enfermeiro de solicitar o consentimento do paciente para submetê-lo aos mais diversos procedimentos de enfermagem representa o reconhecimento deste como um ser autônomo, digno de respeito e portador de direitos. Como já foi visto, a relação médico-paciente baseou-se, por longos séculos, no paternalismo, doutrina extremamente beneficente. Assim também ocorreu na Enfermagem: a beneficência estava imbuída nas ações da enfermeira, que, devido à majoritária presença feminina, denominou-se “maternalismo”. A posição da enfermeira lhe obrigava a adotar a mesma postura da esposa na relação patriarcal clássica, mulher submissa, por um lado, e mãe carinhosa e dedicada com seus filhos, por outro (LORDA; GUTIERREZ, 2001).

A mudança de paradigma na relação entre profissionais de saúde e doentes estendeu-se ao exercício do cuidar, demandando dos enfermeiros um câmbio de postura, abandonando o maternalismo e adotando ações que respeitassem e promovessem a autonomia do paciente.

Como já comentado, o princípio ético da autonomia fundamenta-se no reconhecimento da liberdade do indivíduo em gerir sua própria vida e em deliberar sobre a mesma sem intervenções externas, conforme seu próprio projeto. O consentimento informado é o processo comunicativo que assenta e ratifica o exercício da autonomia, assegurando que a escolha do paciente foi voluntária, livre de qualquer interferência, realizada a partir da compreensão das informações fornecidas pelos profissionais de saúde (COLE, 2012). Algumas formas de interferência externa no processo de aquisição do consentimento informado são conhecidas e discutidas na literatura. A coerção, a manipulação e a persuasão podem influenciar na decisão do doente e no ato de consentir, prejudicando a efetivação da autonomia no processo decisório (FADEN; BEACHAMP, 1986).

Para que o consentimento expresse o real exercício da autonomia, o paciente deve demonstrar capacidade de compreender as informações, de decidir sem que haja interferência de outros e de forma intencional conceder autorização ao profissional (FADEN; BEAUCHAMP, 1986). Quando o enfermeiro frequentemente se percebe respeitando a autonomia do paciente a partir da aquisição prévia do consentimento, entende-se que ele esteja oferecendo as informações necessárias e adequadas para o julgamento e a tomada de decisão autônoma do mesmo. Informações adequadas incluem detalhes sobre as condições de saúde, benefícios e riscos da terapêutica proposta e alternativas disponíveis, certificando-se, ao final, da compreensão do paciente (SCHOPP et al., 2003).

Para realização de procedimentos e cuidados de enfermagem, o consentimento informado também deve ser requisitado pelos mesmos motivos já elencados neste texto. Entretanto, a discussão sobre a aplicação dos requisitos essenciais do consentimento antes da execução dos procedimentos de enfermagem recebeu pouca atenção na literatura da ética em Enfermagem (AVEYARD, 2002). Apesar de os resultados deste estudo demonstrarem que os enfermeiros percebem-se respeitando o direito do paciente de consentir ações terapêuticas e procedimentos de enfermagem, existem evidências, na literatura, de que muitos deles são realizados após mínima ou nenhuma explicação, e que, em sua maioria, tais procedimentos são realizados como uma questão de rotina (AVEYARD, 2005).

Considerando os pressupostos para aquisição do consentimento, é inegável a relação que existe entre os constructos “informação para tomada de decisão” e “respeito à autonomia do paciente” do instrumento de coleta de dados, uma vez que este último é precedido pelo primeiro. Nesse sentido, para verificar se existe diferença significativa de performance dos participantes entre esses dois constructos, foi aplicado o teste de Wilcoxon. Assim, constatou-se que o constructo “respeito à autonomia do cliente” é percebido como mais exercido em

relação à “identificação pessoal” ( $p = 0,001$ ) e à “informação para tomada de decisão” ( $p < 0,001$ ).

Diante deste resultado, há que se questionar qual a compreensão do enfermeiro acerca do termo “consentir”, uma vez que a prática percebida não harmoniza com os pré-requisitos exigidos pela teoria existente. Todavia, a literatura pode amparar a compreensão a respeito dessa situação. Existe, na área da saúde, um conceito bastante difundido: o consentimento implícito, o qual se sustenta na expectativa dos profissionais de que o paciente está à espera de que determinados procedimentos sejam realizados enquanto ele se encontra sob cuidados de saúde. Por essa razão, o ato de consentir limita-se a realizar uma pergunta específica ao paciente e esperar sua permissão, fornecendo uma explicação mínima acerca das ações que serão desenvolvidas (COLE, 2012).

Aveyard (2002) conduziu um estudo sobre o conceito e o uso do consentimento implícito na realização de procedimentos de enfermagem. Os resultados apontaram que a maioria dos enfermeiros entrevistados utilizava o consentimento implícito antes de realizar procedimentos de enfermagem, e consideravam a não objeção do paciente à continuidade dos cuidados como uma forma de consentir. Um dos motivos para utilizar o consentimento implícito é a tolerância do paciente à falta de informação. A postura conformada do paciente leva ao não questionamento sobre os procedimentos e, por não serem questionados, os enfermeiros limitam-se a fornecer algumas informações que julgam adequadas ou não. Cole (2012) explicita que o consentimento implícito tem sido usado para realizar cuidados de enfermagem de rotina, sendo visto como um consenso geral na prática de enfermagem, o que se torna preocupante, uma vez que tal ação pode não beneficiar a autonomia do paciente e o seu direito de consentir ou de recusar procedimentos de enfermagem.

Dado isso, é possível aventar que o significado de consentir, com todo o seu fundamento filosófico e ético, esteja sendo confundido com um simples questionamento que expresse concordância do paciente. A ideia do consentimento informado compreende uma ação do sujeito – do doente, no caso –, que vai além de concordar ou de cumprir com um planejamento proposto. Consentir é dar uma autorização ativa à proposta do outro (FADEN; BEAUCHAMP, 1986). O estudo de Aveyard (2002) evidenciou que enfermeiros baseiam a relação enfermeiro-paciente no consentimento implícito, e justificam esta forma de atuação pela postura complacente do doente. Além disso, existe uma lacuna na compreensão dos enfermeiros acerca dos conceitos de consentimento implícito e de consentimento informado; o resultado é a realização de procedimentos de enfermagem sem que haja a utilização do processo de consentir com suas prerrogativas.

O que se percebe, considerando os estudos apresentados, é que o uso do consentimento implícito é também o reflexo da atitude do paciente de não questionar. Infere-se que a matéria do consentimento também deve ser analisada por outra ótica: a postura autônoma do paciente diante do enfermeiro. A tradição do paternalismo (maternalismo) e do autoritarismo em saúde ainda exerce influência sobre o conceito de autonomia, principalmente em situações de vulnerabilidade. Os doentes entendem que os profissionais de saúde têm o conhecimento necessário que os capacita a julgar qual a melhor opção de tratamento para eles e, por essa razão, não fazem questionamentos e não procuram esclarecimentos (CARNEIRO; BERTI, 2009). Entretanto, para que os doentes assumam uma postura autônoma, é necessário que tenham sido educados e empoderados para tal, o que se dá por meio de um processo informacional, o qual também pode ser conduzido pelos enfermeiros. Incentivar e encorajar os pacientes a exercerem sua autonomia requer do enfermeiro um profundo conhecimento e uma postura profissional atenta, para que cada momento de interação com o enfermo seja visto como uma oportunidade de reforçá-la (COLE, 2012).

O enfermeiro encontra-se em uma posição privilegiada para atuar como elemento fundamental na realização do processo de consentimento e, por conseguinte, no incentivo à autodeterminação do paciente. Essa posição permite o contato continuado, prolongado e mais intenso com o doente, o que propicia o desenvolvimento de uma relação mais estreita e cordial, além do estabelecimento de uma comunicação mais fluida (LORDA; CATANLEJO, 1995).

O enfermeiro deve velar sempre pelo cumprimento do processo de consentimento por justificativas deontológicas, legais, éticas e morais. O CEPE estabelece como proibição aos profissionais de Enfermagem a execução e a participação na assistência à saúde sem o consentimento da pessoa ou de seu representante legal (COFEN, 2007). No que tange à legislação, não existe lei específica no Brasil que trate dessa matéria. Todavia, o Conselho Federal de Medicina, por meio de uma recomendação, dispõe sobre o processo de aquisição de consentimento para os profissionais médicos (CFM, 2016). Ética, moralmente falando, é a aquisição do consentimento que referenda o respeito à autonomia do paciente, reconhecendo nele um ser moral portador de dignidade (LEÓN; BURATTINI; SCHWARTZMANN, 2009).

#### **5.2.4 Análise da percepção do enfermeiro quanto ao seu respeito aos direitos dos pacientes: preservação da individualidade**

No constructo “preservação da individualidade”, Alves et al. (2008) apresentaram três ações e atitudes do enfermeiro que, sendo realizadas pelo profissional, caracterizam seu respeito ao paciente enquanto ser individual. Neste instrumento, a preservação da individualidade é determinada por ações relacionadas à não discriminação, proteção do pudor e da intimidade e garantia de sigilo e de confidencialidade das informações. Antes de analisar separadamente cada conceito que leva à determinação deste constructo, é necessário compreender o conceito de individualidade.

O termo individualidade refere-se ao indivíduo. A constituição desse indivíduo ocorre por meio de elementos da filo e da ontogênese, da integração e do desenvolvimento de características herdadas geneticamente e adquiridas socialmente desde os primeiros dias de vida (LEONTIEV, 1978). A constituição física, o modo de funcionamento do sistema nervoso, as emoções e a dinâmica das necessidades biológicas pertencem ao indivíduo e vão se singularizando e diferenciando de outros ao longo do desenvolvimento. Apesar da base inata, esses aspectos modificam-se nos e por meio dos processos de objetivação e apropriação da realidade (SILVA, 2009). Ou seja, a individualidade refere-se às características naturais que constituem todo indivíduo para o desenvolvimento da singularidade (SILVA, 2009). No campo do direito, a individualidade é uma característica da pessoa humana e diz respeito às características próprias que tornam o homem único e inconfundível, conferindo-lhe direito à privacidade, à intimidade e ao desenvolvimento pessoal (SOUZA JUNIOR, 1978).

O fundamento para a preservação da individualidade do paciente é derivado do princípio da dignidade da pessoa humana. Como já foi visto, é este princípio que impõe um dever de abstenção e de exercer condutas positivas tendentes a efetivar e a proteger a pessoa humana (GUERRA; EMERIQUE, 2006). Preservar a individualidade faz referência também ao princípio bioético de respeito à autonomia das pessoas. Deste princípio derivam as seguintes regras: dizer a verdade; respeitar a intimidade dos outros; proteger a confidencialidade das informações; obter consentimento do paciente para realizar intervenções e ajudar a tomar decisões importantes, caso seja solicitado (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Com relação ao resultado da presente pesquisa, os enfermeiros perceberam-se respeitando os direitos dos pacientes no constructo “preservação da individualidade”. Este constructo obteve média de 4,73 e desvio padrão baixo (0,04), demonstrando homogeneidade nas respostas. Quando comparado com o estudo de Alves et al. (2008), verificou-se que os

resultados se assemelham, pois este constructo obteve média 4,84 com desvio padrão de 0,25. Também houve semelhança com as médias obtidas em cada um dos direitos respeitados neste constructo, mantendo a seguinte ordem: respeito contra qualquer discriminação, respeito ao pudor e intimidade do paciente e, por fim, garantia do sigilo das informações pessoais do paciente.

Utilizando o teste de Wilcoxon, a comparação da performance do enfermeiro entre os constructos “preservação da individualidade”, “identificação pessoal” e “informação para tomada de decisão” demonstrou que o profissional percebe-se respeitando mais a “preservação da individualidade” em relação aos outros dois constructos enunciados (identificação pessoal:  $p < 001$ ; informação para tomada de decisão:  $p = 0,001$ ).

O respeito contra qualquer discriminação obteve a maior média dentro do constructo “preservação da individualidade”: 4,77. O sentido do termo “discriminação” refere-se ao tratamento pior ou injusto dado a alguém por causa de suas características pessoais, sendo associado à intolerância e ao preconceito (GARBIN et al., 2009). O ato de discriminar ocorre quando se reconhece no outro um estigma, ou seja, um atributo profundamente depreciativo constituído a partir de uma diferença ou de um desvio, que provoca um efeito de descrédito ao seu portador (GOFFMAN, 1980). O estigma é um produto social que contribui na formação de relações de poder, determina a experiência de situações de grande desvantagem social e cria uma discriminação estruturada que afeta negativamente o ambiente e a pessoa estigmatizada. A estigmatização leva à redução da individualidade e, inferioriza o indivíduo, atentando contra a dignidade da pessoa (GODOI; GARRAFA, 2014). Na maioria das situações, o estigma limita a identidade do ser, que passa a ser definido pelo atributo estigmatizador: aidético, aleijado, esquizofrênico, gay, entre outros.

O cuidado em saúde deve considerar o estigma que acompanha portadores de certas doenças e/ou condições físicas ou mentais, como doenças infecciosas (HIV/AIDS, Hepatite B ou C), obesidade, condições relacionadas ao gênero e à sexualidade, condições sociais (presidiários ou indivíduos sob custódia da lei), deficiência física ou mental – todos estão selados com um estigma social, e isso pode conduzir o enfermeiro ou qualquer outro profissional de saúde à adoção de tratamentos discriminatórios. Independentemente da situação, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) ressalta, como conduta ética profissional, a prestação de assistência de enfermagem livre de discriminação de qualquer natureza (COFEN, 2007).

Apesar de nesta pesquisa os enfermeiros perceberem-se respeitando os pacientes de qualquer discriminação, a literatura demonstra que existem situações nas quais os enfermeiros

agem de forma discriminatória, sobretudo diante de pacientes que já possuem um estigma social. Elias, Tavares e Cortez (2013) observaram os cuidados prestados por enfermeiros de uma emergência para analisar a existência de comportamento discriminatório diante de pacientes psiquiátricos. Estes autores verificaram que, em alguns casos, os cuidados foram postergados ou não realizados, em detrimento de atividades administrativas ou atendimentos a outros doentes não psiquiátricos, inclusive em situações em que a ação a ser executada era a mesma para ambos os enfermos.

Outro estudo que trata sobre atitudes discriminatórias no contexto dos cuidados de enfermagem é o de Tanneberger e Ciupitu-Plath (2017), os quais exploraram a visão de enfermeiros assistenciais sobre o estereótipo da obesidade, investigando se esse profissional acredita que obesos recebem cuidados diferentes em comparação aos não obesos. Um dos resultados encontrados foi o relato dos participantes do estudo acerca da prestação de uma assistência diferente ao paciente obeso em decorrência de desaprovação, pelo profissional, da aparência física e do odor corporal desagradável. Outro argumento invocado pelos participantes da pesquisa para justificar o viés negativo em relação aos obesos foi a incompreensão dos pacientes sobre sua responsabilidade no controle do peso e no estado de saúde. Ou seja, a assistência prestada pelos enfermeiros sofre viés, influência e julgamento dos valores do profissional, podendo torna-se discriminatória.

Dantas e Dantas (2014) verificaram, em estudo qualitativo, os valores dos enfermeiros que são intervenientes no cuidado de pacientes com HIV/AIDS, e identificaram que, para prestar assistência a um doente com estigma social, faz-se necessário ao enfermeiro refletir sobre seus valores, reconhecê-los e respeitar os valores alheios. Respeitar os valores do outro requer que o profissional destitua-se de preconceitos, não deixando que seus valores morais interfiram na assistência prestada.

A discriminação na assistência de enfermagem pode ocorrer em situações nas quais o paciente não tenha um estigma social determinado, e é provável que o enfermeiro não se perceba atuando com uma postura discriminatória. O processo de trabalho de enfermagem exige que o profissional defina uma organização da assistência determinando prioridades de atendimento conforme surjam as demandas de cuidado. Entretanto, neste breve momento deliberativo, a tomada de decisão do enfermeiro pode sofrer a influência de diversos fatores, entre eles: perfil emocional do paciente; empatia com o doente; complexidade da patologia e do cuidado a ser prestado, entre outros. Ou seja: quando há diferenciação no trato de indivíduos de um mesmo grupo, privilegiando uns (sem que exista uma justificativa clínica para tal) em detrimento de outros, rompendo a igualdade entre todos, age-se de forma discriminatória.

O respeito ao pudor e à intimidade do paciente obteve média 4,72, o que significa que os enfermeiros percebem-se respeitando o pudor e a intimidade do paciente frequentemente. O pudor e a intimidade estão relacionados ao conceito de privacidade. A privacidade refere-se aos direitos de intimidade, bem como ao limite de acesso de terceiros ao corpo ou à mente de alguém, seja através de contato físico ou da revelação de pensamentos ou de sentimentos (GOSTIN et al., 1993). Comumente, a privacidade é estudada em quatro categorias: física, psicológica, social e cognitiva. A privacidade física, que mais nos interessa neste momento, diz respeito ao contato físico com o corpo do outro e ao grau de intimidade deste contato. A privacidade física envolve o respeito ao corpo do outro, esteja ele vivo ou morto (OZTURK; BAHÇEÇIK; OZÇELIK, 2014).

Em diversas situações, pacientes hospitalizados necessitam expor seus corpos para os membros da equipe de saúde para fins diagnósticos e terapêuticos, e até mesmo a outros pacientes, quando há necessidade de compartilhar toaletes e enfermarias. Apesar de parecer ser uma ocorrência comum, a exposição do corpo do doente ou qualquer outro processo que diminua a sua privacidade deve ser justificada (McPARLAND et al., 2000). A relação enfermeiro-paciente ocorre em espaços compartilhados de privacidade, onde, muitas vezes, o enfermo é “forçado” a permitir que um estranho tenha acesso a partes do seu corpo e que nele realize procedimentos. Enfermeiros trabalham com o corpo de pessoas doentes, estejam eles vestidos ou desnudos, realizando procedimentos higiênicos ou administrando cuidados que auxiliarão no processo natural da cura, logo, isso implica o acesso a um espaço privado do ser, o qual deve ser considerado pessoal e inviolável (PICCO; SANTORO; GARRINO, 2010).

O enfermeiro, assim como outros profissionais, deve assegurar a privacidade e limitar o acesso ao corpo dos pacientes por outros. Essa atitude, além de ser reconhecida como uma obrigação ética profissional (COFEN, 2007), também assegura a dignidade da pessoa humana e o respeito à autonomia. A dignidade incorpora muitas características da privacidade do indivíduo, como o respeito pela pessoa e a privacidade do corpo, do espaço e do território. Nesse sentido, privacidade e dignidade implicam respeito à autonomia no controle do paciente sobre suas escolhas (WOOGARA, 2005).

Soares e Dall’Agnol (2011) realizaram uma pesquisa qualitativa para verificar a percepção de pacientes hospitalizados a respeito de aspectos relacionados à sua privacidade. Os relatos dos participantes da pesquisa apontaram que a exposição corporal, por vezes desnecessária, causa constrangimento, desconforto, insegurança, preocupação e estresse psicológico, sendo a equipe de enfermagem a que mais realiza procedimentos que necessitam da exposição corporal. Além disso, os autores indicaram que, por vezes, os profissionais de

Enfermagem sentem-se autorizados a tocar o corpo do doente e a realizar ações de cuidado sem autorização prévia.

O que se percebe é que, no cotidiano, a maioria dos pacientes sujeita-se à exposição corporal desnecessária e aos cuidados de enfermagem, em razão de ignorarem seus direitos e por acreditarem que o profissional é detentor do saber, conhecendo o que é melhor para seu tratamento (SANTOS et al., 2010). Por isso, Santos et al. (2010) explicaram que a relação do enfermeiro com o paciente na prestação de cuidados, quando se faz necessária a exposição corporal, é carregada pelo exercício do poder. Na maioria das vezes, quando o enfermeiro desnuda o corpo do doente, ele acredita estar exercitando o princípio da beneficência; porém, com o tempo, essa atitude passa a ser realizada de forma tão natural, ou até mesmo banal, que se torna um ato de violência contra o enfermo.

O estudo de Baggio et al. (2011) confirma essa postura da enfermagem quanto ao desnudar o paciente. Em uma pesquisa qualitativa, os autores buscaram compreender as experiências vivenciadas por profissionais de Enfermagem sobre a privacidade do doente internado em unidade de terapia intensiva. Os participantes da pesquisa consideraram a exposição corporal como algo natural ou normal, intrínseco à rotina diária; afirmaram que, quando oportuno, comunicavam, explicavam e informavam o cuidado a ser realizado, obtendo, para isso, consentimento. Contudo, ao desnudar um corpo, invade-se um espaço pessoal, de um ser social completo de particularidades. Classificar o conjunto de esclarecimentos de forma a convencer o doente não deixa de ser um sistema de controle hierárquico (de poder) exercido pelo enfermeiro (SANTOS et al., 2010). Ou seja, o respeito ao pudor e à intimidade do enfermo não se caracterizam por uma rotina diária de separar ambientes por biombos, de oferecer informações sobre procedimentos que necessitam de exposição corporal antes de executá-los ou de desenvolver atividades assistenciais cumprindo puramente o princípio da beneficência. Respeitar o pudor e a intimidade do paciente relaciona-se à proteção da dignidade da pessoa e de sua autonomia. A hospitalização pode resultar em fatores que ameaçam a autonomia e restringem a privacidade. Tais fatores devem ser eliminados, e a autonomia do paciente deve ser respeitada, com atitudes que ofereçam a ele o controle sobre o próprio corpo e espaço pessoal (AKYUZ; ERDEMIN, 2013).

Ainda no constructo “preservação da individualidade”, os enfermeiros do presente estudo responderam, com média 4,69, que asseguram o sigilo de toda e qualquer informação pessoal do paciente. Neste constructo, essa questão obteve a menor média, porém, com frequência ainda alta. O sigilo das informações é um dever ético profissional do enfermeiro ratificado pelo CEPE: “manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão

de sua atividade profissional, exceto em casos previstos em lei, ordem judicial ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal” (COFEN, 2007).

O sigilo profissional é uma atitude que remonta ao juramento hipocrático, e é entendido como a ocultação intencional de algo, aquilo que cuidadosamente deve se manter reservado ou oculto. A confidencialidade, por sua vez, é o direito do paciente de que todos aqueles que, por questões de trabalho, tenham acesso a seus dados pessoais respeitem sua intimidade e cumpram o dever de guardar segredo (JUDEZ et al., 2002). Ou seja, o sigilo profissional protege a confidencialidade das informações de outrem. Cabe ao profissional de saúde tutelar essas informações, com uso do sigilo profissional, não permitindo que sejam divulgadas sem autorização prévia do paciente (HUMAYUN et al., 2008).

Quando recorre a um atendimento de saúde, o paciente estabelece uma relação natural de confiança com o profissional que o atende. Nesse contato, deverá revelar informações, muitas vezes de caráter íntimo, para que sua situação de saúde seja compreendida, estabelecendo-se os cuidados necessários. Atendendo ao princípio da autonomia, o paciente é livre para revelar a quantidade e a qualidade de dados que achar oportuno, e a quem achar conveniente, sem desconsiderar a veracidade e a suficiência das informações (ANTOMAS; DEL BARRIO, 2011).

O CEPE estabelece como proibição, em seu artigo 84, “franquear o acesso a informações e documentos a pessoas que não estão diretamente envolvidas na prestação da assistência, exceto nos casos previstos na legislação” e “divulgar ou fazer referência a casos, situações ou fatos de forma com que os envolvidos possam ser identificados” (COFEN, 2007). A base da relação enfermeiro-paciente depende da partilha sincera de informações, a fim de garantir avaliação e cuidados adequados, os quais se baseiam, em grande medida, na história de cada pessoa. As informações pessoais e de saúde são transmitidas em confiança e na expectativa de que será mantida a confidencialidade (GRIFFITH, 2015).

Um estudo realizado por Deshefy-Longhi et al. (2004) identificou que violações à privacidade e à confidencialidade das informações ocorrem por descuido dos profissionais. Os autores citaram como exemplos: conversas nos corredores, em voz alta, próximo às enfermarias ou salas de espera; telas de computadores abertas com informações dos pacientes em locais não privados; fornecimento de informações por telefone audíveis a outras pessoas; informações sobre doentes registradas em locais inadequados e/ou em documentos não oficiais; condução, pelos profissionais, de atendimentos ou entrevistas em locais não privativos, entre outros (DESHEFY; LONGHI et al., 2004).

No ambiente hospitalar, é reconhecível que o doente tem sua privacidade comprometida, o que ocorre por fatores relacionados à estrutura física e às limitações da prática em saúde. Estas questões podem dificultar o resguardo, a privacidade do paciente e a manutenção da confidencialidade das informações (PUPULIM; SAWADA, 2012). É comum, na atenção à saúde, o compartilhamento de dados entre os profissionais. A realização da passagem de plantão, que ocorre quase sempre de forma oral, e o acesso irrestrito das informações registradas em prontuário a todos os profissionais são exemplos desse partilhar. Com relação ao registro em prontuário, essa atividade, em consequência da adoção da informatização, proporciona mais riscos à violação da confidencialidade, pois se ampliou o acesso e o alcance à informação inserida na documentação do doente – prontuário (JUDEZ et al., 2002). Griffith (2015) explica que a ascensão dos registros eletrônicos propiciou o acesso a um grande volume de dados, os quais, anteriormente, estavam contidos em papéis a partir de registros manuais, disponibilizados apenas àqueles que prestariam cuidados ao paciente. A acessibilidade a registros eletrônicos resultou numa leitura curiosa, às vezes até maliciosa, das anotações sobre pessoas que nem sequer estão sob os cuidados do profissional.

Quando o paciente fornece informações pessoais aos enfermeiros, ele o faz desconhecendo o alcance e a dimensão de divulgação das mesmas. Além disso, pode não estar claro, ao profissional, quais informações devem ser compartilhadas e quais necessitam ser mantidas sob sigilo. Por esta razão, Cain (1998) discorreu sobre os limites da confidencialidade, elencando critérios para sua quebra e manutenção. Segundo este autor, os limites da confidencialidade são definidos por: aquilo que o paciente deseja que seja revelado; aquilo que é necessário ser revelado; aquilo que é um direito de outros saberem e aquilo cuja necessidade e direito de saber relacionam-se com as necessidades de cuidado do paciente (CAIN, 1998).

No que tange às atividades do enfermeiro acerca da proteção da confidencialidade das informações do paciente, a fim de promover o respeito aos seus direitos, o limite aplicável está relacionado aquilo cuja necessidade e direito de saber relacionam-se às carências de cuidado do enfermo. Isso constrói uma restrição necessária e também esclarece a posição do enfermeiro. Para atender às demandas de cuidados do doente, existe a necessidade de o enfermeiro conhecer determinadas informações, o que, muitas vezes, também se configura num direito profissional (conhecer sobre doenças infecto-contagiosas, psiquiátricas ou que envolvam a possibilidade de violência e a segurança do profissional). O enfermeiro deve fazer uma distinção sobre os dados que são ou não relevantes às necessidades de cuidado dos pacientes, repassando-os aos membros da equipe sem que haja, assim, violação da confidencialidade (CAIN, 1998).

### 5.3 Comparação entre os grupos

Nesta seção, apresenta-se os resultados referentes à correlação entre grupos. A amostra foi dividida em grupos, seguindo as categorias de cada uma das variáveis, coletadas no questionário sociodemográfico: idade, sexo, estado civil, tempo de formação, ter pós-graduação, formação em Bioética, tempo de trabalho na instituição, ter outro vínculo empregatício e área de atuação. Os grupos de cada categoria foram comparados entre si, para verificar possíveis diferenças na variável dependente “percepção do enfermeiro acerca da sua atuação frente aos direitos do cliente”. Na Tabela 6, é possível verificar que apenas duas variáveis apresentaram diferenças quando correlacionadas à variável dependente ( $p < 0,05$ ), sendo elas: “ter outro vínculo empregatício” ( $p = 0,048$ ) e “área de atuação” ( $p = 0,02$ ).

Considerando que os grupos não cumpriram os pressupostos para utilização de testes paramétricos – quais sejam: distribuição normal, homogeneidade dos dados e presença de variáveis contínuas ou intervalares – optou-se por adotar testes não paramétricos: o Teste U de Mann-Whitney para as comparações com dois grupos e o Teste Kruskal-Wallis para as comparações com mais de dois grupos. Nestas comparações, quando evidenciada a diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), também foram realizadas comparações posteriores entre os pares, com ajustes do p-valor para determinar quais grupos apresentavam diferenças.

Tabela 6 – Correlação entre grupos de variáveis sociodemográficas e variável dependente “percepção do enfermeiro acerca da sua atuação frente aos direitos do cliente”. Brasília-DF, 2017.

	Teste	p-valor
<b>Idade</b>	1136,50	0,850
<b>Sexo</b>	1132,50	0,830
<b>Estado civil</b>	3,98	0,410
<b>Tempo de formação</b>	0,04	0,930
<b>Ter pós-graduação</b>	865,00	0,820
<b>Formação em Bioética</b>	792,50	0,115
<b>Tempo de trabalho na instituição</b>	3,06	0,810
<b>Ter outro vínculo empregatício</b>	1366,00	<b>0,048</b>
<b>Área de atuação</b>	8,27	<b>0,020</b>

Fonte: Dados coletados pela autora

As diferenças estatísticas encontradas referem-se às variáveis “ter outro vínculo empregatício” ( $p = 0,048$ ) e “área de atuação” ( $p = 0,02$ ). Com relação à variável “ter outro

vínculo empregatício”, houve diferença estatística: o grupo que informou trabalhar apenas na instituição estudada apresentou maior percepção acerca da sua atuação ante os direitos dos pacientes – o que se observa pela mediana 58 (43 – 65) – do que o grupo que tinha um segundo emprego, com mediana 56 (37 – 65). Também houve diferença na comparação entre os grupos que atuavam em setores diferentes ( $p = 0,02$ ). O teste de Kruskal-Wallis demonstrou que houve manutenção da diferença, com o ajuste do p-valor ( $p = 0,012$ ): o grupo que atuava na internação apresentou uma mediana menor, de 4,38 (2,85 - 5,00), do que a do grupo do setor de diagnósticos, de 4,92 (4,38 - 5,00). Ou seja, os enfermeiros que atuavam nos setores de diagnósticos perceberam-se mais atuantes diante do respeito dos direitos dos clientes.

Já foi abordado nesta pesquisa que ter múltiplos empregos, para os enfermeiros do Brasil e do DF, não se configura como característica predominante (MACHADO et al., 2016c) (FIOCRUZ/COFEN, 2015), e o perfil da amostra estudada seguiu essa tendência. A literatura é enfática em afirmar que a existência de uma jornada de trabalho estendida pode interferir na qualidade da assistência prestada, comprometendo a segurança dos pacientes, bem como afetando negativamente a qualidade de vida dos profissionais (SILVA; JULIANI, 2012). Uma rotina exaustiva pode contribuir para ocorrência de uma assistência fragmentada, falta de estímulo do profissional, acúmulo de serviços e episódios de conflitos entre profissionais (SILVA et al., 2006).

Para que o respeito aos direitos dos pacientes seja efetivado, é necessário que o enfermeiro assuma uma postura específica diante do doente e de outros profissionais (TAYLOR, 2003). Fornecer, ao paciente, informações necessárias à tomada de decisão, dispor de uma escuta atenta aos anseios e necessidades do mesmo e gerenciar as informações coletadas entre os membros da equipe interdisciplinar, a fim de propor ações terapêuticas e de cuidado que atendam aos projetos do paciente, são ações que demandam do enfermeiro ânimo e energia para implementá-las. Um profissional exaurido por uma rotina de trabalho, por vezes dupla ou tripla, está exposto a um desgaste físico e emocional (SILVA et al., 2006) que pode justificar o resultado encontrado nesta pesquisa. Diante desta situação, é presumível que os enfermeiros com mais de um vínculo empregatício tenham se percebido respeitando menos os direitos dos pacientes, uma vez que o cansaço físico, emocional e mental pode interferir no envolvimento e na disposição para atuar nas atividades acima citadas.

Com relação à diferença encontrada na correlação entre a variável “área de atuação” e a variável dependente, não há, até o momento, na literatura, estudos de natureza semelhante que apresentem uma justificativa para este resultado. Isso se deve, sobretudo, aos poucos estudos realizados acerca da atuação da equipe de Enfermagem em centros de diagnóstico por imagem

(CDI). Consequentemente, sendo pouco conhecida a inserção do enfermeiro nesse ambiente, que é recente e foi motivada pelo recebimento, crescente nestes serviços, de pacientes graves e dependentes de cuidados complexos (CRUZ, 2015).

A atuação dos enfermeiros em CDI consiste em realizar atividades de caráter assistencial, educativo e gerencial, bem como atuar na defesa do paciente (WEMPE, 2015). Enquanto assistente, o enfermeiro realiza consulta de enfermagem, revisa história clínica do paciente, buscando informações que agreguem valor ao processo decisório e ao plano de atendimento do doente. As atribuições educativas envolvem explicações ao paciente sobre o propósito e a relevância do atendimento, proporcionando-lhe uma compreensão acerca dos procedimentos a realizar. Gerencialmente, o enfermeiro atua na organização do serviço, delega funções a outros membros da equipe de Enfermagem e realiza agendamento de exames específicos com a garantia de que tenha sido feito o preparo pré-exame necessário. Por fim, o enfermeiro atua como defensor do enfermo, promovendo suporte emocional e espiritual, principalmente para pacientes crônicos, os quais frequentemente se submetem a procedimentos diagnósticos (WEMPE, 2015).

As atribuições do enfermeiro em CDI não diferem de forma significativa das atividades realizadas em outras áreas de atuação. Sendo assim, não se justifica a diferença com relação ao respeito aos direitos dos pacientes. Logo, compreende-se que o trabalho técnico desenvolvido no CDI não foi o que influenciou na percepção de um maior respeito aos direitos dos pacientes. Pode-se conjecturar que o caráter ambulatorial do atendimento, que ocorre majoritariamente nos CDI, influencie nas ações do enfermeiro diante dos direitos do paciente. Num contexto de internação hospitalar, a relação enfermeiro-paciente tende a estreitar-se, devido ao maior tempo de convivência entre ambos; logo, o profissional passa a compreender melhor as preferências e as preocupações do doente, conhecendo-o em um nível mais íntimo e colocando-se numa posição de defensor do mesmo (SCHLAIRET, 2009). Entretanto, essa postura defensora, por muitas vezes, faz com que o enfermeiro adote ações beneficentes no cuidado prestado, por entender que a condição de vulnerabilidade diante da doença e a falta de conhecimento expõem o enfermo a situações de risco (SHANNON, 2016). Considerando que o atendimento ambulatorial ocorre em encontro único com tempo de interação limitado e nem sempre favorável ao estabelecimento de vínculo estreito entre enfermeiro e paciente, torna-se menor a adoção, pelo enfermeiro, desta postura defensora que possa limitar o exercício da autonomia do doente, aumentando a sua percepção acerca do respeito aos direitos dos pacientes.

Além disso, os doentes atendidos pelos enfermeiros de CDI, por serem, em grande parte, de procedência ambulatorial, não compartilham das mesmas características dos pacientes

hospitalizados. Em geral, os usuários ambulatoriais não se encontram tão fragilizados ou vulnerados por um contexto de internação hospitalar prolongada, pois não padecem de uma patologia definida, uma vez que ainda estão em processo investigativo; apresentam a capacidade para decidir sobre si mesmo quase sempre preservada; dispõem de tempo hábil para analisar e refletir sobre as informações recebidas e tomar decisões autônomas.

O cuidado envolve a internalização de valores morais, os quais promovem a sensibilidade essencial à experiência humana e ao reconhecimento do sofrimento e da vulnerabilidade (WOODWARD, 1998). A vulnerabilidade está diretamente associada ao cuidar e, rotineiramente, os enfermeiros que prestam assistência diária a pacientes hospitalizados lidam com situações de vulnerabilidade. Diante dessas situações, a moralidade pessoal pode conduzir o enfermeiro a agir de forma protetora ao ser mais frágil, utilizando o cuidado como instrumento (WALDOW; BORGES, 2008). Ou seja, é provável que, em situações nas quais os doentes estejam vivenciando maior vulnerabilidade e/ou fragilidade, os enfermeiros adotem uma postura profissional com ações movidas, em grande parte, pela beneficência, e este cenário é mais comum em setores onde ocorra internação hospitalar prolongada ou onde existam pacientes em tratamento de doenças crônicas, o que pouco se percebe em setores com atendimento ambulatorial, como os CDI.

## 6. CONCLUSÃO

O presente estudo, a partir dos instrumentos utilizados, permitiu conhecer a percepção dos enfermeiros acerca da sua atuação ante os direitos dos pacientes. Essa percepção é reflexo da atitude e do comportamento ético dos enfermeiros durante a prática do cuidado. Foi possível também constatar que a percepção desta atitude de respeito não se relacionou com o perfil demográfico e profissional dos participantes deste estudo, porém, apresentou alguma relação com as atividades laborais desenvolvidas pelos profissionais, o que permite acreditar que o ambiente e as rotinas de trabalho podem, em alguma medida, motivar as atitudes de respeito aos direitos do paciente.

A atitude profissional do enfermeiro é expressa pelo cuidar. Este estudo apresenta uma nuance do cuidado que precisa ser sublinhada e amplamente difundida: o seu valor enquanto instrumento ético. A prática do cuidado e o tempo dispensado para oferecê-lo ao indivíduo posiciona o enfermeiro em lugar privilegiado em relação aos demais membros da equipe de saúde, enquanto promotor e defensor dos direitos dos pacientes. A percepção dos enfermeiros aqui verificada auxilia a ratificar o valor moral da profissão e a reforçar quais atitudes e comportamentos éticos são salutarés na assistência à saúde, a fim de que os pacientes tenham seus direitos respeitados.

Esperava-se que as correlações estabelecidas entre as variáveis independentes (demográficas, profissionais e laborais) e a variável dependente “percepção do enfermeiro acerca da sua atuação ante ao respeito aos direitos do paciente” evidenciassem alguma diferença significativa, a qual possibilitasse uma melhor exploração das características dos participantes da pesquisa em situações como esta, quando uma atitude e comportamento ético são requisitados. Apesar da amostra deste estudo ter atendido aos critérios estatísticos, ser representativa e ter superado a do estudo precursor de Alves e colaboradores (2008), acredita-se que um maior quantitativo de participantes oportunize o aparecimento de novas evidências neste aspecto.

O detalhamento da percepção, a partir da organização do instrumento de investigação em constructos, viabilizou não somente a verificação de quais fundamentos do respeito aos direitos dos pacientes são percebidos como mais respeitados, mas também oportunizou o despontar de questionamentos sobre o conhecimento teórico que os enfermeiros possuem sobre os conceitos e a operacionalização destes fundamentos. Ao confrontar os valores numéricos da

percepção atribuída aos constructos “informação para tomada de decisão” e “respeito à autonomia do paciente”, essa inquietação ganhou formato e consistência.

O fato mencionado convida a interrogar a possibilidade de os resultados encontrados poderem ter sofrido interferência, em alguma medida, da ausência de clareza sobre os conceitos que embasam os fundamentos do respeito aos direitos do paciente, ou até mesmo do próprio saber dos enfermeiros. A literatura utilizada evidenciou diversas situações em que tais conceitos foram mal compreendidos ou estavam sendo operacionalizados de maneira incoerente. Esse fato deve ser considerado como ponto limitante deste estudo.

A limitação identificada é passível de ser superada com a realização de estudos complementares que utilizem outros desenhos metodológicos capazes de evidenciar o conhecimento dos enfermeiros acerca dos fundamentos dos direitos dos pacientes e a aplicabilidade prática na prestação de cuidados. Metodologias qualitativas também podem ser úteis para esta finalidade. Novos estudos poderão elucidar questionamentos e fornecer mais substância e consistência a este debate.

Na esfera metodológica, o percurso adotado propiciou o alcance dos objetivos assentados. A existência de uma escala específica e com validação científica foi um facilitador no processo, visto que sua aplicação e operacionalização práticas contribuíram para que a pesquisa fosse desenvolvida em tempo hábil, com obtenção do quantitativo de participantes designado no cálculo amostral. Este é um aspecto que merece grande ressalva, que permite vislumbrar a replicação deste estudo em outros cenários de assistência à saúde e com amostras superiores.

Ainda sobre a metodologia, novas variáveis independentes podem ser agregadas para ampliar as correlações com a variável dependente, aumentando, desse modo, a possibilidade de detalhamento dos fatores passíveis de influência na atitude e no comportamento percebidos pelos enfermeiros ante ao respeito aos direitos dos pacientes. Variáveis que contemplem uma melhor especificação acerca dos conhecimentos dos enfermeiros sobre Ética e Bioética.

Espera-se que este estudo induza, nos profissionais de Enfermagem, uma reflexão a respeito de atitudes e de comportamentos adotados na prática do cuidado, refletindo-se se estes convergem ou não para o respeito aos direitos dos pacientes, uma vez que este respeito reconhece e reafirma a dignidade daqueles que necessitam de cuidados em saúde. Para tal, é salutar a adoção, pelos enfermeiros, de uma postura firme e constante, capaz de agir em benefício do outro considerando a perspectiva dele em primeiro lugar.

## REFERÊNCIAS

- AHA – American Hospital Association. **Patient's Bill of Rights**, 1973. Disponível em: <<http://www.d.umn.edu/~jfitzake/Lectures/MedSchool/GIMWeb2003/CML/Patients%20Bill%20of%20Rights.pdf>>. Acesso em 26 mar 2017.
- AKYUZ, E. ERDEMIR, F. Surgical patients' and nurses' opinions and expectations about privacy in care. **Nursing Ethics**. v.20, n.6, p.660–671, 2013.
- ALMEIDA, J. L. T. **Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principialista da relação médico-paciente**. Tese [Doutorado em Saúde Pública]. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999. 129p.
- ALVES, P. C. et al. Percepção das enfermeiras acerca da sua atuação ante os direitos dos clientes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 2, p. 242-248, 2008.
- ANTOMAS, J.; DEL BARRIO, S. H. Confidencialidad e historia clínica: consideraciones ético-legales. **Anales Sistema Sanitario Navarro**. v.34, n.1. p.73-82, 2011.
- ARCE, M. A. R. **Relación médico-paciente**. La Habana: Editorial Ciências Médicas, 2008. 116p.
- ARRASTIA, D. S.; OLIVÉ, Y. C. La relación médico-paciente y su importancia em la pratica médica. **Revista Cubana de Medicina Militar**. v.43, n.4, p.528-533, 2014.
- ARRUDA, C.; SILVA, D. M. G. V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 65, n. 5, p. 758-766, 2012.
- AVEYARD, H. Implied consent prior to nursing care procedures. **Journal of Advanced Nursing**. v.39, n.2, p.201–207, 2002.
- AVEYARD, H. Informed consent prior to nursing care procedures. **Nursing Ethics**. v.12, n.1, p.20-28, 2005.
- AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.10, n.3, p.549-560, 2005.
- BAGGIO, M. A.; POMATTI, D. M.; BETTINELLI, L. A.; ERDMANN, A. L. Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.64, n.1, p.25-30, 2011.
- BALIZA, M. F. et al. Fatores que influenciam os enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva nas decisões de final de vida. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**.v.49, n.4, p.572-579, 2015.
- BARROSO, L. R. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial**. Belo Horizonte: Fórum, 2013.

BAYER, G. L. A. Enfermería y el respeto a la autonomía em el ámbito hospitalário: entre la sobreprotección y el descuido. **Avances en enfermería**. v.21, n.1, p.126-131, 2013.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios da ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

\_\_\_\_\_. **Principles of Biomedical ethics**. New York: Oxford University Press, 5. ed, 2001.

\_\_\_\_\_. **Principles of Biomedical Ethics**. 6. ed. New York: Oxford University Press, 2009.

FADEN, R. R.; BEAUCHAMP, T. L. **A history and theory of informed consent**. New York: Oxford, 1986, p.116-117.

BEECHER, H. Consent in clinical experimentation: myth and reality. **JAMA**. v.195, n.1, p.34-35, 1966.

BEIER, M. IANNOTTI, G. C. O paternalismo e o juramento hipocrático. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. Recife, v.10, p.S383-S389 dez., 2010.

BELMONT REPORT. **Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research**, 1978. Disponível em: <<https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>>. Acesso em 26 mar. 2017.

BOBBIO, N. **Igualdad y dignidad de los Hombres**. In: El tiempo de los derechos. Madri: Sistema, 1991.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Congresso Nacional, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Resolução Conselho Nacional de Educação n.3, de 7 de novembro de 2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>>. Acesso em 21 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da assistência hospitalar**. Brasília, 2000.

BRIO, M. A.; RIERA, J. Reflexiones sobre el consentimiento informado. Propuesta para el análisis de los documentos de consentimiento informado. **Rev Calidad Asistencial**. v.21, n.4, p.213-219, 2006.

BRITO, J. H. S; BRITO, A. S. A autonomia humana: da filosofia à Bioética clínica. **Revista Portuguesa de Filosofia**. v.68, n.4, p.657-671, 2012.

BULLÉ-GOYRI, V.M. M. Reflexiones sobre la dignidade humana em la actualidad. **Boletín Mexicano de Derecho Comparado**. v.46, n.136, p.39-67, 2013.

BUSQUETS, M. La autonomía: una visión desde el cuidar de las personas. **Bioética & Debat.** v.17, n.62, p.14-17, 2011.

CAIN, P. The limits of confidentiality. **Nursing Ethics.** v.5, n.2, p.158-165, 1998.

CAMPS, V. La autonomía, el principio “por defecto”. **Bioética e Debat.** v.7, n.62, p.11-13, 2011.

CAMPS, V. La paradoja de la dignidade humana. **Bioética & Debat.** v.13, n.50, p.6-9, 2007.

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

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Recomendação CFM nº 1 de 21 de janeiro de 2016.** Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Brasília, 2016.

CHAVES, P.L.; COSTA, V.T.; LUNARDI, V.L. A enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. **Texto e Contexto Enfermagem.** v.14, n 1, p.38-43, 2005.

CHEUHEN NETO, J. A. **Metodologia da pesquisa científica: da graduação à pós-graduação.** 1 ed. Curitiba: CRV, 2012. 303p.

CHILDRESS, J. F. The place of autonomy in Bioethics. **The Hastings Center Report.** v.20, n.1, p.12-17, 1990.

CHILDRESS, J. F.; SIEGLER, M. Metaphors and models of doctor-patient relationships; their implications for autonomy. **Theoretical medicine.** v.5, n.1, p.17-30, 1984.

CICCONI, L. V. **Bioética. Historia. Principios. Cuestiones.** Madrid: Ed. Palabra, 2005.

CLOTET, J. **Bioética: uma aproximação.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. 246p.

CLOTET, J. O respeito à autonomia e aos direitos dos pacientes. **Revista da AMRIGS.** Porto Alegre, v.53, n.4, p.432-435, 2009.

\_\_\_\_\_. Os consentimentos informados nos comitês de ética em pesquisa e na prática médica. **Revista Bioética.** v.3, n.1, 1995.

CÓDIGO DE NUREMBERG (1947). Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/nuremcod.htm>>. Acesso em 25 mar. 2017.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Código de ética dos profissionais de Enfermagem.** Rio de Janeiro, 2007. 16p.

COLE, C. A. Implied consent and nursing practice: ethical or convenient? **Nursing Ethics.** v.19, n.4, p.550-557, 2012.

COSTA, S. O desafio da ética em pesquisa e da Bioética. In: DINIZ, D. et al. (orgs.). **Ética em pesquisa: temas globais.** Brasília: Editora UnB, p.25ss., 2008.

COUCEIRO, A. Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos. **An.Sist. Sanit. Navar.** v.29, supl.3, p.61-74, 2006.

CRUZ, C. W. M. **Carga de trabalho de profissionais de enfermagem em centro de diagnóstico por imagem.** 155f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.

DALLARI, S. G. Perspectivas internacionais do ensino da ética em saúde: entrevistas. **Bioética.** v.4, n.1, p.87-95, 1996.

DALSOTO, L. M.; CAMATI, O. Dignidade Humana em Kant. **Theoria – Revista Eletrônica de Filosofia.** v.5, n.14, p.130-141, 2013.

DANTAS, F. C.; DANTAS, C. C. Valores intervenientes no cuidado do enfermeiro ao cliente com HIV/Aids. **Aquichan.** Chía-Colômbia, v.14, n.1, p.32-40, 2014.

DESHEFY-LONGHI, T. et al. Privacy and Confidentiality issues in primary care: views of advanced practice nurses and their patients. **Nursing ethics.** v.11. n.4, p.378-393, 2004.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.9, n.11, p.7-14, 2004.

DIAS, O. V. et al. Segredo profissional e sua importância na prática de enfermeiros e odontólogos. **Revista Bioética.** Brasília, v.21, n.3, p.448-454, 2013.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é Bioética?** São Paulo: Editora Brasiliense, 2002. 123p.

DOS ANJOS, M. F. Dignidade humana em debate. **Revista Bioética.** v.12, n.1, p.109-114, 2004.

DUQUE, J. H. **Bioética y justiça sanitária.** Medellín, 2001. Disponível em: <[www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/08/dique.pdf](http://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/08/dique.pdf)>. Acesso em 17 mar. 2017.

EBSERH. Diretoria de Gestão de Pessoas. Planos de Cargos, Carreiras e Salários. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://ebserh.gov.br/documents/16692/149422/Plano\\_de\\_Cargos\\_Carreiras\\_e\\_Salarios\\_EBSERH\\_04122014\\_Subst.pdf/23e44393-7156-4a2c-aa93-a89f4dbbb9fe](http://ebserh.gov.br/documents/16692/149422/Plano_de_Cargos_Carreiras_e_Salarios_EBSERH_04122014_Subst.pdf/23e44393-7156-4a2c-aa93-a89f4dbbb9fe)>. Acesso em 21 abr. 2017.

ELIAS, A. D. S.; TAVARES, C. M. C.; CORTEZ, E. A. Impacto do estigma da loucura sobre a atenção de enfermagem ao paciente psiquiátrico em situação de emergência. **Ciência, Cuidado e Saúde.** v.12, n.4, p.776-783, out-dez, 2013.

EMANUEL, E. J; EMANUEL, L. L. Four models of the physician-patient relationship. **JAMA.** v.267, n.16, p.2221-2226, abr, 1992.

ENTRALGO, P. L. **História de la Medicina.** Barcelona: Salvat, 1978. 723p.

\_\_\_\_\_. **La relacion médico-enfermo:** história e teoria. Madrid: Revista de Occidente, 1964.

ESCOBAR-PICASSO, E.; ESCOBAR-COSME, A. L. Principales corrientes filosóficas en Bioética. **Bol Med Hosp Infant Mex**. Cidade do México, v.67, p.196-203, mai-jun, 2010.

FARIA, M. G. A.; ACIOLI, S.; GALLASCH, C. H. Perfil de enfermeiros fluminenses da estratégia saúde da família participantes de um curso de especialização. **Enfermagem em foco**. Brasília, v.7, n.1, p.52-55, 2016.

FERREIRA, H. M.; RAMOS, L. H. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.19, n.3, p.328-31, 2006.

FIGUEIREDO, A. M. Bioética clínica e sua prática. **Revista de Bioética**. v.19, n.2, p.343-538, 2011.

FIOCRUZ/COFEN. **Perfil da Enfermagem no Brasil**: quadro resumos Distrito Federal. 2015. Disponível em: <<http://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2015/07/perfilenfermagemdf.pdf>>. Acesso em 19 abr. 2017.

FRIAS, L.; LOPES, N. Considerações sobre o conceito de dignidade humana. **Revista Direito GV**. São Paulo, v.11, n.2, p.649-670, 2015.

GARBIN, S. A. et al. Bioética e HIV/Aids: discriminação no atendimento aos portadores. **Revista Bioética**. v.17, n.3, p.511-522, 2009.

GATSMAN, C. Dignity-enhancing nursing care: a foundational ethical framework. **Nursing Ethics**. v.20, n.2, p.142-149, 2013.

GILLIGAN, C. **La moral y la teoría**: psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura Económica; 1985.

GODOI, A. M. M.; GARRAFA, V. Leitura Bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.23, n.1, p.157-166, 2014.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GOLDIM, J. R. Revisiting the beginning of Bioethics: the contribution of Fritz Jarh. **Perspectives in Biology and Medicine**. v.52, n.3, p.377-380, 2009a.

\_\_\_\_\_. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. **Revista da AMRIGS**. Porto Alegre, v.53, n.1, p.58-63, jan.-mar. 2009b.

\_\_\_\_\_. O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v.46, n.3,4, p.109-116, jul.-dez. 2002.

GOSTIN, L. O. et al. Privacy and Security of Personal Information in a New Health Care System. **JAMA**. v.270, n.20, p.2487-2493, 1993.

GRACIA, D. De la Bioética clínica a la Bioética global: treinta años de evolución. **Acta Bioética**. v.8, n.1, p.27-39, 2002.

- \_\_\_\_\_. The many faces of autonomy. **Theor Med Bioeth.** v.33, p.57–64, 2012.
- \_\_\_\_\_. **Valor y precio.** Madrid: Triacastela. 2013. p.259.
- GRANDE, L. F. El concepto de autonomía em la Medicina occidental. **Bioética e Debat.** v.7, n.62, p.1-6, 2011.
- GRIFFITH, R. Patient information: confidentiality and the electronic record. **British Journal of Nursing.** v.24, n.17, p.894-895, 2015.
- GUERRA, S.; EMERIQUE, L. M. B. O princípio da dignidade da pessoa humana e o mínimo existencial. **Revista da Faculdade de Direito de Campos.** v.7, n.9, p.379-397, 2006.
- GUIRARDELLO, E. B. et al. A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** v.33, n.2. p.123-129. jun., 1999.
- HELLIN, T. The Physician-patient relationship: recent developments and changes. **Haemophilia.** v.8, p.450-454, 2002.
- HOCHMAN, B.; NAHAS, F. X.; OLIVEIRA FILHO, R. S.; FERREIRA, L. M. Desenhos de pesquisa. **Acta cirúrgica brasileira.** v. 20, n. 2, 2005.
- HUMAYUN, A. et al. Patients' perception and actual practice of informed consent, privacy and confidentiality in general medical outpatient departments of two tertiary care hospitals of Lahore. **BMC Medical Ethics.** v.9, n.14, p.1-8, 2008.
- JUDÉZ, J.; NICOLÁS, P.; DELGADO, T.; HERNANDO, P.; ZARCO, J.; GRANOLLERS, S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. **Medicina Clínica.** Barcelona, v.118, n.1, p.18-37, 2002.
- KABA, R. SOORIAKUMARAN, P. The Evolution of the doctor-patient relationship. **International Journal of Surgery.** v.5, p.57-65, 2006.
- KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes.** São Paulo: Abril Cultural, 1980.
- KANT, I. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes.** Trad. de Guido de Almeida: Grundlegung zur Metaphysik der Sittte. São Paulo: Discurso Editorial: Barcarolla, 2009.
- KILLMISTER, S. Dignity: not such a useless concept. **Journal of Medical Ethics.** v.36, p.160-164, 2010.
- KIPPER, D. J. Breve história da ética em pesquisa. **Revista da AMRIGS.** Porto Alegre, v.54, n.2, p.224-228, abr.-jun, 2010.
- KOTTOW, M. Bioética y biopolítica. **Rev Brasileira de Bioética.** v.1, n.2 p.110-121, 2005.
- KOVACS, M. J. Em cuidados psicológicos e psicoterápicos. In: SIQUEIRA, J. E.; ZOBOLI, E. **Bioética Clínica.** São Paulo: Gaia, 1994. 161p.

LÁZARO, J. GRACIA, D. La relacion médico-enfermo a través de la historia. **An.Sist. Sanit. Navarro**. v.29, s.3, p.7-17, 2006.

LEÓN, F. J.; BURATTINI, C. SCHWARTZMANN, J. El consentimiento informado y el profesional de enfermería: estudio cualitativo em hospital público de Chile. **Revista Eleuthera**. v.3, p.221-237, 2009.

LEONTIEV, A. N. **Actividad, consciencia y personalidad**. Buenos Aires: Ed. Ciencia del hombre, 1978.

LOCH, J. A. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. **Revista Bioética**. Brasília, v.11, n.1, p.51-64, 2003.

LOPES, J. A. Bioética – uma breve história: de Nuremberg a Belmont. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.24, n.10, p.262-273, 2014.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**. v.24, p.105-125, 2005.

LORDA, P.S. Los cuatros ejes de fuerza de la historia de la Bioética. **ICB digital**.

LORDA, P.S.; CANTALEJO, I. M. B. El consentimiento informado y la enfermería: un modelo integral. **Humanidades médicas**. v.48, n.1117, p.56-64, 1995.

\_\_\_\_\_. Un marco histórico para una nueva disciplina: la Bioética **Medicina Clínica**. v.105, n.15, p.583-597, 1995.

LORDA, P.S.; CARRO, L. C. El consentimiento informado: teoría y práctica. **Medicina Clínica**. Barcelona, v.100, n.17, p.659-663, 1993.

LORDA, P.S.; GUTIERREZ, J. J. Consentimiento Informado. **Medicina Clinica**. Barcelona, v.117, n.3, p.99-106, 2001.

MACHADO, H. M. et al. Características gerais da Enfermagem: perfil sociodemográfico. **Enfermagem em foco**. Brasília, v.7, n. esp., p.09-14, 2016.

\_\_\_\_\_. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil de formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enfermagem em foco**. Brasília, v.7, n. esp., p.15-27, 2016b.

\_\_\_\_\_. Mercado de trabalho da Enfermagem: Aspectos Gerais. **Enfermagem em Foco**. Brasília, v.7, n.e sp., p.35-62, 2016c.

MACKLIN, R. Dignity is a useless concept. **British Medical Journal**. v.327, p.1419-1420, 2003.

MAGALHÃES, S.S. et al. A. Expansão do ensino de enfermagem no Brasil: evidências históricas e perspectivas da prática. **Enfermagem em foco**. Brasília, v.4, n.(3,4) p.167-170, 2013.

MARTINEZ, O. et al. La relacion médico-paciente em la actualidad y el valor del método clinico. **Revista eletrônica de las Ciencias Médicas em Cienfuegos**. v.8, n.5, p.110-120, 2010.

MARTINS, I. O. P.P.M. **A operacionalização dos princípios da Bioética no princípalismo de Beauchamp e Childress**. 2013. 68f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, fev de 2013.

MASCARENHAS, N.B.; ROSA, D. O. S. Ensino da Bioética na formação do enfermeiro: interface com a bibliografia adotada. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.23, n.3, p.392-398, 2010.

MAYEROFF, M. **On caring**. New York: Harper & Row Publishers, 1990.

McCARTER, S. P.et al. Barriers and promoters to participation in the era of shared treatment decision-making. **Western Journal of Nursing Research**. v.38, n.10, p.1282-1297, 2016.

McCULLOUGH, L. B. Was Bioethics founded on historical and conceptual mistakes about medical paternalismo? **Bioethics**. v.25, n.2, p.66-74, 2011.

McPARLAND, J. et al. Autonomy and clinical practice 2: patient privacy and nursing practice. **British Journal of Nursing**. v.9, n.9, p.566-569, 2000.

MENENDEZ, R. G. La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2004. p.37-43.

MILL, J. S. **Sobre a liberdade**. Tradução e prefácio de Alberto da Rocha Barros; Apresentação de Celso Lafer. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

MORRISSEY, C. The value of dignity in and for bioethics: rethinking the terms of debate. **Theoretical Medicine Bioethics**. v.37, p.173-192, 2016.

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

NEVES, M. C. P.; OSWALD, W. **Bioética simples**. Lisboa: Verbo, 2007.

NITGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermería**: qué es y qué no es. Barcelona: Masson, 1991.

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

OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIEIRI, M. F. M.; BRUGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos** (1948). Disponível em: <[http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/por.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf)>. Acesso em 25 mar. 2017.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948.

OTALORA, J.F.T.; GARCIA, S.R. Una perspectiva Bioética de la relación médico-paciente em um ambiente de competência comercial. **Revista latino-americana de Bioética**. v.12, n.1, p.88-111, 2012.

OZTURK, K. T. U.; BAHÇEÇIK, N.; OZÇELIK, K.S. The development of the patient privacy scale in nursing. **Nursing Ethics**. v.21, n.7, p.812-828, 2014.

PAZÓN, S. R. Elementos necesarios al consentimiento informado en pacientes con esquizofrenia. **Revista Bioética**. v.23, n.1, p.20-30, 2015.

PERALES, E. B. **Ética de la dependência**. Madrid: Tecnos, 2009. 209p.

PEREIRA, A.D.et al. Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.31, n.1, p.55-61, 2010.

PERICAS, L. C. et al. Confidencialidad. Recomendaciones del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. **Medicina Intensiva**. v.33, n.8, p.393-402, 2009.

PESSINI, L. Em nome da dignidade: argumentos pró e contra a eutanásia voluntária. **Concillium International**. v.300, p.277, 2003.

\_\_\_\_\_. En la cuna de la Bioética: el encuentro de un credo con un imperativo y un principio. **Revista Colombiana de Bioética**. v.8, n.1, p.8-31, jan, 2013.

PESSINI, L; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de Bioética**. São Paulo: Loyola, 10. ed. 2012. 657p.

PHYRRHO, M.; CORNELLI, G.; GARRAFA, V. Dignidad humana. Reconocimiento y Operacionalización del concepto. **Acta Bioethica**. v.15, n.1, p.65-69, 2009.

PIZZI, J.; RITTMANN, F. C. Bioética como ética aplicada: um novo desenho para a ética. **Revista de Estudos Universitários**, Sorocaba, SP, v.33, n.2, p.61-75, dez. 2007.

PORTAL COFEN. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem**. Em 06 mai. 2015. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem\\_31258.html](http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html)>. Acesso em 15 abr. 2017.

PORTOCARRERO, M. L. Bioética e Filosofia: o princípio da autonomia e os desafios da fragilidade. **Revista filosófica de Coimbra**. n.44, p.397-416, 2013.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N.O. Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.65, n.4, p.621-629, 2012.

QUINTANA, C. **Justicia sanitária y Bioética**, 2013. Disponível em: <<http://www.bioeticadesdeasturias.com/2013/05/ante-la-situacion-de-crisis-economica-y.html>>. Acesso em 17 mar. 2017.

QUINTANA, O. El consentimiento informado. **Rev Calidad Asistencial**. v.14, p.73-75, 1999.

RAMOS, F. R. S. et al. Motivações e experiências do ensino da ética/Bioética em enfermagem. *Avances en Enfermería*. Bogotá, v.28, n.2, 2010.

REICH, W. T. **Encyclopedia of bioethics**. New York: Macmillan, 1995.

RHODES, R. Bioethics: looking forward and looking back. **The American Journal of Bioethics**, v.13, n.1, p.13–16, 2013.

RIBEIRO, G. K. et al. Profissionais de enfermagem habilitados para o mercado de trabalho de Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v.18, n.1, p.15-20, jan/mar, 2104.

SAAVEDRA, J. E. C. Alcances y límites de la dignidad humana en el contexto de la bioética: una reflexión crítico-antropológica. **Universitas Humanística**. Bogotá, n .69, p.259-280, 2010.

SANCHEZ, L. S. et al. Ética y moral. Teoría y práctica. Introducción a la Medicina general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. 68p.

SANDMAN, L.; MUTHE, C. Shared decision-making and patient autonomy. **Theoretical Medicine and Bioethics**. v.30, p.289-310, 2009.

SANTOS, M. F. O.; SANTOS, T. E. O.; SANTOS, A. L. O. Confidencialidade médica na relação com o paciente adolescente: uma visão teórica. **Revista Bioética**. v.20, n.2, p.318-325, 2012.

SANTOS, R. M.; VIANA, I. R. M. N.; SILVA, J. R.; TREZZA, M. C. S.; LEITE, J. L. A enfermeira e a nudez do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.6 p.877 – 886, 2010

SARLET, I. W. **Dignidade humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 8. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SCHLAIRET, M. C. Bioethics mediation: the role and importance of nursing advocacy. **Nursing Outlook**. v.57, n.4, p.185-193, 2009.

SCHMIDT, A. V.; TITTANEGRO, G. R. A Autonomia principialista comparada a autonomia do libertarismo. **Rev.Pistis Prax., Teol. Pastor**, Curitiba, v.1, n.1, p.173-198, jan./jun.2009.

SCHOPP, A. et al. Perceptions of informed consent in the care of elderly people in five european countries. **Nursing Ethics**. v.10, n.1, p.48-57, 2003.

SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.949-956, 2001.

SCLIAR, M. A história do conceito de saúde. **PHYSIS Revista Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41, 2007.

SHANNON, B. E. The Nurse as the patient advocate: a contrarian view. **Hasting Center Report**. set-out, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27649920>>. Acesso em 10 maio 2017.

SIEGLER, M. **Las três edades de la Medicina e la relacion medico-paciente**. Barcelona: Fundacion Victor Grifols i Lucas, 2011. 73p.

SIEGLER, M. The Progression of Medicine: from Physician Paternalism to Patient Autonomy to Bureaucratic Parsimony. **Arch Intern Med**. v.145, p.713-715, 1985.

SILVA, B. M.; LIMA, F. R. F.; FARIA, F. S. A. B.; CAMPOS, A. C. S. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v, 15, n.3, p.442-448, 2006.

SILVA, F. G. Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicologia da Educação**. São Paulo, v.28, n.1, p.169-195, 2009.

SILVA, J. A. C. **Autonomia versus paternalismo médico: perfil bioético dos egressos do laboratório de cirurgia experimental do curso de Medicina da UEPA**. 2013. 133f. Tese (Doutorado em Bioética). Universidade do Porto, Porto, 2013.

SILVA, L. C. P.; JULIANI, C. M. C. M. A interferência da jornada de trabalho na qualidade do serviço: contribuição à gestão de pessoas. **Revista de Administração em Saúde**. v.14, n.54, p.11-18, 2012.

SILVER, M. H. W. Patients' rights in England and the United States of America: the patient's charter and the New Jersey patient bill of rights: a comparison. **Journal of Medical Ethics**, v.23, p.213-220, 1997.

SOARES, N.V. **A problematização dos direitos dos clientes como desencadeadora da problematização dos direitos dos profissionais de enfermagem**. 2000. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SOARES, N.V.; DALL'AGNOL, M. C. Privacidade dos pacientes: uma questão ética para a gerência do cuidado de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.24, n.5, p.683-688, 2011.

SOUZA JÚNIOR, C. R. **A crise da democracia no Brasil**. Rio de Janeiro: Forense, 1978.

TANNEBERG, A.; CIUPITU-PLATH, C. Nurses' weight bias in caring for obese patients: do weight controllability beliefs influence the provision of care to obese patients? **Clinical Nursing Research**. p.1-19, 2017. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1054773816687443>>. Acesso em 27 abr. 2017.

TARIMAN, J. D. et al. Oncology nursing and shared decision making for cancer treatment. **Clinical Journal of Oncology Nursing**. v.20, n.5, p.560-563, 2016.

TARIMAN, J. D.; SZUBSKI, K. L. The evolving role of the Nurse during the cancer treatment decision-making process: a literature review. **Clinical Journal of Oncology Nursing**. v.19, n.5, p.548-556, 2015.

TAYLOR, J. H. Issues involved in promoting patient autonomy in health care. **British Journal of Nursing**. v.12, n.22, p.1323-1330, 2003.

TRINDADE, E. S. et al. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico de câncer avançado. **Rev.Assoc. Med. Bras**. v.53, n.1, p.65-74, 2007.

TUBAU, J. M. El respeto a la autonomía, según Beauchamp y Childress, en la obra Principles of Biomedical Ethics. **Bioética e Debat**. v.7, n.62, p.7-10, 2011.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. 2005. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/undh.htm>>. Acesso em 26 mar. 2017.

VALENTE, G. S. C.; VIANA, L. O.; NEVES, I. G. As especialidades e os nexos com a formação contínua do enfermeiro: repercussões para a atuação no município do Rio de Janeiro. **Enfermería Global**. n.19, jun, 2010.

VEATCH, R. M. Models for ethical medicine in revolutionary age. **The Hasting Center Report**. v.2, n.3, p.5-7, 1972.

VIANA, R.A.P.P.et al. Perfil dos enfermeiros de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. **Texto & Contexto**. Florianópolis, v.23, n.1, p.151-159, 2014.

VILA, V.S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Revista latino-americana de Enfermagem**. v.10, n.2, p.137-144, 2002.

VILLAFRANCA, R. C.; GUILHEM, D.; PÉREZ, K. B. Paternalismo médico. **Rev.Med. Electrón** [Internet]. v.35, n.2, p.144-152, 2013. Disponível em: <<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol2%202013/tema06.htm>> . Acesso em 20 mar. 2017.

WALDOW, V.R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.24, n.3, p.414-418, 2011.

WALDOW, V.R.; BORGES, R. F. O processo do cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Revista latino-americana de Enfermagem**. v.16, n.4, 2008.

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

WEMPE, E. P. Advanced Practice: roles of the Advanced Practice Nurse in the Interventional Radiology Clinic Setting. **Radiology Nursing**. v.34, n.3, p.175, 2015.

WOODWARD, V.M. Caring, patient autonomy and the stigma of paternalism. **Journal of Advanced Nursing**. v.28, n.15, p.1046-1052, 1998.

WOOGARA, J. Patients' rights to privacy and dignity in the NHS. **Nursing Standard**. v.19, n.18, p.33-37, 2005.

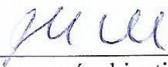
## ANEXO 1



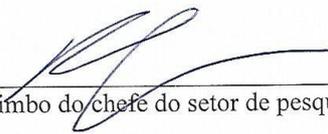
UnB | HUB

Ministério da  
Educação**Termo de Ciência da Instituição co- Participante**

O Hospital Universitário de Brasília está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do projeto de pesquisa intitulado **“Percepção dos Enfermeiros acerca de sua atuação ante a autonomia do paciente”** do pesquisador **Andreia Alves Ramos**, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Declaro conhecer e cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012, mediante submissão e aprovação pelo CEP da instituição proponente.

  
Assinatura e carimbo do responsável institucional

Prof. Dr. Maria Valdeu Campião Carvalho  
MD, MSc, PhD  
Superintendente HUB/UnB/EBSEERH  
Matrícula SIAPE 1220677

  
Assinatura e carimbo do chefe do setor de pesquisa e inovação tecnológica.

Prof. Dr. Rafael Mota Pinheiro  
Chefe do Setor de Pesquisa e  
Inovação Tecnológica  
GEP/HUB/EBSEERH  
SIAPE: 1645960

## ANEXO 2



UnB | HUB

Ministério da  
Educação

## TERMO DE CONCORDÂNCIA

O Sr. Hervaldo Sampaio Carvalho, superintendente do hospital universitário de Brasília, está de acordo com a realização, neste Setor, da pesquisa “Percepção dos enfermeiros acerca da sua atuação ante a autonomia do paciente”, de responsabilidade da pesquisadora Andreia Alves Ramos, para Elaboração de Dissertação de Mestrado, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília.

O estudo envolve realização de entrevistas com enfermeiros e tem duração prevista de 6 meses, com previsão de início em marco de 2016.

Brasília, 28 / 12 / 2015

Diretor responsável do Hospital/ Faculdade:

Assinatura/carimbo

Prof. Dr. Hervaldo Sampaio Carvalho  
M.D., M.Sc., Ph.D.  
Superintendente-HUB/UnB/EBSEERH  
Matrícula SIAPE: 1220677

Chefe do setor de pesquisa e inovação tecnológica:

Assinatura/carimbo.

Prof. Dr. Rafael Mora Pinheiro  
Chefe do Setor de Pesquisa e  
Inovação Tecnológica  
GEP/HUB/EBSEERH  
SIAPE: 1645960

Chefia responsável pela Unidade Clínica / acadêmica:

Assinatura/carimbo

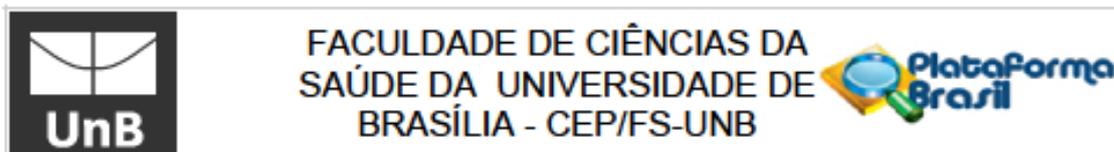
Solange Baraldi  
Chefe da Divisão de Enfermagem  
HUB/EBSEERH/MEC  
Matrícula: 1014868  
COREN DF: 082.944

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa:

Assinatura.

Andreia Alves Ramos.

## ANEXO 3



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Percepção dos Enfermeiros acerca de sua atuação ante a autonomia do paciente

**Pesquisador:** ANDREIA ALVES RAMOS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 54476416.5.0000.0030

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.484.752

**Apresentação do Projeto:**

"A autonomia é a capacidade do sujeito de deliberar sobre questões relacionadas ao seu próprio ser e se opõe ao modelo assistencial paternalista ainda vigente nas relações assistenciais em saúde. A autonomia deve ser valorada, protegida e promovida na área de saúde. Os enfermeiros podem e devem contribuir para a construção da autonomia do paciente e a participação da pessoa na tomada de decisão sobre suas necessidades de

atenção e cuidado. Esta pesquisa objetiva conhecer a percepção do enfermeiro acerca de sua atuação ante a autonomia do paciente. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório. Será realizada em um Hospital de Ensino de Brasília-DF. Serão entrevistados, minimamente, 129 enfermeiros selecionados por amostragem aleatória simples. Serão aplicados dois instrumentos de coleta de dados: o primeiro para dados sócio demográficos e o segundo um instrumento validado que verifica a percepção quanto aos direitos dos pacientes respeitados pelos enfermeiros. Serão inferidas análise estatísticas descritiva, de regressão e de variância. A partir desse conhecimento espera-se disseminar uma cultura de valorização da autonomia em detrimento as ações paternalistas ainda presentes na assistência em saúde."

" O público alvo da pesquisa serão enfermeiros que atendam aos seguintes critérios de inclusão: ter no mínimo 2 anos de formação e atuação profissional na assistência e estar desenvolvendo

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 1.484.752

atividades assistenciais diretas ao paciente. Serão excluídos da pesquisa os enfermeiros do setor de pediatria, pelo fato de que lidam com pacientes de autonomia limitada sendo esta determinada por seus responsáveis legais, e, os enfermeiros do centro cirúrgico, pois neste setor os pacientes em sua maioria estão sob efeito de sedação ou anestesiados, incapacitados de exercer a autonomia. O valor da amostra a ser utilizada foi determinado por cálculo de amostragem aleatória simples, considerando um erro de 5% e por consequência um intervalo de confiança de 95%. A partir do quantitativo total de 281 enfermeiros, foi encontrado valor amostral de 129 participantes. A coleta de dados ocorrerá por meio de aplicação de questionário já validado por Alves et al (2008) (ANEXO A). O questionário é auto administrado, conta com 13 questões fechadas, subdivida em quatro constructos, operacionalizado em uma escala tipo Likert de 5 pontos, variando de 1 para nunca a 5 para sempre. As questões estão relacionadas a ações que determinam a atuação do enfermeiro ante a autonomia do paciente. Foi solicitada autorização prévia aos autores para utilização do instrumento. Será também aplicado um questionário com perguntas sócio demográficas para caracterização dos participantes da pesquisa (APÊNDICE A). Os dados, organizados em planilhas, serão analisados por meio do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20. As análises realizadas incluirão análises descritivas de frequência, tendência central e dispersão, análise de regressão e análise de variância, serão avaliados quais construtos do conceito de autonomia são mais respeitados pelos enfermeiros e quais tem maior efeito na percepção dos enfermeiros, além de verificar a variação das percepções conforme elementos presentes na caracterização da amostra."

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

**Objetivo Primário:**

Conhecer a percepção do enfermeiro acerca da sua atuação ante a autonomia do doente

**Objetivo Secundário:**

Relacionar a atuação do enfermeiro ante a autonomia do paciente com suas características sócio demográficas e de formação profissional;

Analisar quais construtos do conceito de autonomia são mais valorizadas pelos enfermeiros diante doente.

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

Nas palavras das pesquisadoras:

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cep@sunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 1.484.752

**"Riscos:**

A pesquisa oferece riscos mínimos podendo ocorrer constrangimento moral dos participantes durante o processo reflexivo de sua conduta profissional, se ocorrer será solicitado apoio da equipe de psicologia do Hospital Universitário de Brasília, e será restringida a participação do sujeito na pesquisa.

**Benefícios:**

A pesquisa beneficiará a assistência de enfermagem e reforçará a defesa dos direitos dos pacientes, fortalecendo o modelo assistencial autonomista em detrimento ao modelo paternalista."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de projeto de Mestrado do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem, da aluna Andreia Alves Ramos, sob orientação da Profa. Dra. Luciana Neves da Silva Bampi.

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

Foram apresentados os seguintes documentos:

- Cronograma (CRONOGRAMA.docx em 11/03/2016) - prevendo o início da coleta de dados para maio de 2016.
- Orçamento (ORCAMENTO\_DETALHADO.docx em 11/03/2016) - prevendo gastos de R\$5.168,00, com materiais de papelaria, transporte, estatística, revisão do texto e publicação científica.
- Folha de Rosto (FOLHA\_DE\_ROSTO.pdf em 11/03/2016) - assinada pela diretora da FS.
- TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência (TCLE\_REVISADO2.docx em 23/03/2016) - adequado em termos de linguagem e conteúdo.
- Projeto Detalhado / Brochura Investigador (PROJETO\_ANDREIA\_MESTRADO\_CEP.docx em 23/03/2016)
- Declaração de Pesquisadores (CARTA\_DE\_ENCAMINHAMENTO\_EDITAVEL.docx em 22/03/2016 e CARTA\_DE\_ENCAMINHAMENTO.pdf em 19/03/2016)
- Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador responsável (TERMO\_RESPONSABILIDADE.pdf em 11/03/2016 e TERMO\_RESPONSABILIDADE\_EDITAVEL.docx em 22/03/2016)
- Termo de concordância da Instituição coparticipante (TERMO\_COOPARTICIPACAO.pdf em 11/03/2016 e TERMO\_DE\_COOPARTICIPACAO\_EDITAVEL.doc em 22/03/2016) - assinado pelo superintendente do HUB.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.484.752

- Termo de concordância da Instituição coparticipante (TERMO\_CONCORDANCIA.pdf em 11/03/2016 e TERMO\_DE\_CONCORDANCIA\_EDITAVEL.doc em 22/03/2016) - - assinado pelo superintendente do HUB.

**Recomendações:**

Não se aplica.

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

Não foram observados óbices éticos.

Protocolo de pesquisa em conformidade com a Res. CNS 466/2012 e Complementares.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_643614.pdf	23/03/2016 16:36:54		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_REVISADO2.docx	23/03/2016 16:36:33	ANDREIA ALVES RAMOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ANDREIA_MESTRADO_CEP.docx	23/03/2016 16:36:15	ANDREIA ALVES RAMOS	Aceito
Outros	LATTES_ANDREIA.pdf	22/03/2016 07:36:27	ANDREIA ALVES RAMOS	Aceito
Outros	LATTES_LUCIANA.pdf	22/03/2016 07:36:04	ANDREIA ALVES RAMOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_EDITAVEL.docx	22/03/2016 07:33:33	ANDREIA ALVES RAMOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_RESPONSABILIDADE_EDITAVEL.docx	22/03/2016 07:27:25	ANDREIA ALVES RAMOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_COOPARTICIPACAO_EDITAVEL.doc	22/03/2016 07:07:33	ANDREIA ALVES RAMOS	Aceito
Declaração de Instituição e	TERMO_DE_CONCORDANCIA_EDITAVEL.doc	22/03/2016 07:07:15	ANDREIA ALVES RAMOS	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 1.484.752

Infraestrutura	TERMO_DE_CONCORDANCIA_EDITA VEL.doc	22/03/2016 07:07:15	ANDREIA ALVES RAMOS	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO.pdf	19/03/2016 07:26:35	ANDREIA ALVES RAMOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	11/03/2016 08:29:00	ANDREIA ALVES RAMOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_DETALHADO.docx	11/03/2016 08:21:37	ANDREIA ALVES RAMOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_COOPARTICIPACAO.pdf	11/03/2016 08:16:42	ANDREIA ALVES RAMOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_CONCORDANCIA.pdf	11/03/2016 08:16:20	ANDREIA ALVES RAMOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_RESPONSABILIDADE.pdf	11/03/2016 08:14:02	ANDREIA ALVES RAMOS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	11/03/2016 08:11:50	ANDREIA ALVES RAMOS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 08 de Abril de 2016

---

**Assinado por:**  
**Marie Togashi**  
**(Coordenador)**

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASILIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

## APÊNDICE 1

**Instrumento de Coleta de Dados validado para verificar a percepção quanto aos direitos dos pacientes respeitados pelos enfermeiros, baseado em Alves; et al (2008).**

**Pesquisa:** “Percepção dos Enfermeiros acerca de sua atuação ante a autonomia do paciente”

Para o preenchimento deste instrumento você deve considerar a sua atitude/postura profissional diante das práticas relatadas nas assertivas abaixo. Assinale, por favor, apenas uma alternativa que represente a frequência com que as assertivas são realizadas na sua prática profissional diária.

Qual setor você trabalha? \_\_\_\_\_

Itens	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Sempre
<b>Categoria: Preservação da individualidade</b>					
Respeito meu paciente de qualquer discriminação.					
Respeito o pudor e a intimidade do meu paciente.					
Asseguro sigilo a toda e qualquer informação pessoal do meu paciente.					
<b>Categoria: Respeito a autonomia do paciente</b>					
Respeito o direito do paciente de consentir ou recusar procedimentos de enfermagem nele realizados.					
Respeito o direito do paciente de consentir ou recusar ações terapêutica a que será submetido.					
Respeito o direito do paciente de ter acesso a seu prontuário.					
<b>Categoria: Identificação Pessoal</b>					
Identifico-me ao paciente que está sob meus cuidados através de uma identificação prévia (informando meu nome, cargo e função).					
Chamo meu paciente pelo nome e sobrenome.					
<b>Categoria: Informação para a tomada de decisão</b>					

Forneço ao paciente informações compreensíveis sobre o nome do medicamento administrado.					
Forneço ao paciente informações compreensíveis sobre possíveis benefícios da terapêutica instituída durante a sua internação hospitalar.					
Forneço ao paciente informações compreensíveis sobre possíveis efeitos dos medicamentos administrados					
Forneço ao paciente informações compreensíveis sobre os possíveis riscos da terapêutica instituída durante a sua internação hospitalar					
Forneço ao paciente informações compreensíveis sobre possíveis riscos das ações diagnósticas durante a sua internação hospitalar.					



- (11) Unidade de Terapia Intensiva Adulto      (12) Unidade de Terapia Intensiva Neonatal  
 (13) Centro Cirúrgico Central                      (14) Centro Cirúrgico Ambulatorial  
 (15) Hemodiálise                                      (16) Hemodinâmica  
 (17) Banco de Sangue                                (18) Centro de Transplantes  
 (19) Centro Obstétrico                              (20) Banco de Leite  
 (21) Alojamento Conjunto (Mãe-Bebê/Mãe Canguru)  
 (22) Centro de Alta Complexidade em Oncologia  
 (23) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**9. Você tem outro emprego além do HUB:**

- (1) não  
 (2) sim. Onde? \_\_\_\_\_

**10. Durante sua graduação você participou de aula, curso ou palestra sobre direitos do paciente (Ética ou Bioética). Marque a(s) alternativa(s) adequada(s).**

- (1) aula teórica  
 (2) curso  
 (3) palestra  
 (4) Outro(s). Qual(is)? \_\_\_\_\_

**11. A última vez que você participou de aula, curso, palestra sobre direitos do paciente (Ética ou Bioética) foi há...**

- (1) menos de 1 mês                      (2) 1 a 6 meses                      (3) 7 meses a 12 meses  
 (4) de 1 a 3 anos                      (5) mais de 3 anos                      (6) nunca

## APÊNDICE 3

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa "Percepção dos Enfermeiros acerca de sua atuação ante a autonomia do paciente". Este projeto pretende analisar se os enfermeiros, em suas atividades assistenciais, fornecem subsídios que estimulem ou auxiliem os pacientes a desenvolverem sua autonomia. No Brasil o modelo assistencial paternalista ainda é fortemente exercitado por profissionais de saúde e conhecer a percepção do enfermeiro com relação a autonomia pode consistir em uma ferramenta para mudança de paradigma assistencial.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de preenchimento de um questionário que busca conhecer dados sociodemográficos e de um instrumento de avaliação, já validado para uso no Brasil, que verifica a percepção quanto aos direitos dos pacientes respeitados pelos enfermeiros. Essa participação ocorrerá em um único momento e terá duração aproximada de vinte minutos.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, e estão relacionados a ocorrência de constrangimento moral relacionado ao processo reflexivo sobre sua conduta profissional, caso ocorra esse constrangimento, o(a) senhor(a) poderá se retirar da pesquisa, e se necessário solicitaremos apoio da equipe de psicologia do Hospital Universitário de Brasília. Se você aceitar participar, poderá contribuir com o fomento das pesquisas sobre direitos do paciente, ética em enfermagem e bioética e conseqüentemente melhorar a assistência em saúde no HUB no que se refere o respeito aos direitos do paciente.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa serão cobertas pelo pesquisador responsável. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, em defesa de dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, poderá entrar em contato por telefone com: Andreia Alves Ramos (61) 3256-7823 ou (61) 8354-3243 e Luciana Neves da Silva Bampi (61) 3307-2515 ou (61) 8178-5584, podendo ligar a qualquer horário inclusive por chamada a cobrar, ou pelos e-mails: [ramos.andreiaalves@gmail.com](mailto:ramos.andreiaalves@gmail.com) ou [lucianabampi@uol.com.br](mailto:lucianabampi@uol.com.br).

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso aceite participar, este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Brasília, DF, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_