

## Consentimento Informado em Pacientes da Clínica Cirúrgica

### **Kênia Antunes Ribeiro**

Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências  
Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem,  
kenia\_antunes@yahoo.com.br

### **Orlene Veloso Dias**

Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências  
Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem,  
orledias@yahoo.com.br

### **Simone Melo Costa**

Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências  
Biológicas e da Saúde, Departamento de Odontologia,  
smelocosta@gmail.com

### **Luís Paulo Souza e Souza**

Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências  
Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem,  
luiz.pauloss@hotmail.com

### **Geosmar Santana**

Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências  
Biológicas e da Saúde, Departamento de Odontologia,  
geosmarsantana@yahoo.com.br

**Resumo:** *Este estudo qualitativo de caráter descritivo teve como objetivo descrever como os pacientes submetidos à cirurgia, internados em Hospital de Minas Gerais, receberam e compreenderam as informações referentes aos procedimentos clínicos e cirúrgicos. A coleta de dados foi feita por entrevistas semi-estruturadas com os pacientes, sendo estas gravadas, transcritas na íntegra e analisadas. Observou-se que, era mínimo o conhecimento da maioria dos pacientes sobre os procedimentos realizados, sendo que alguns não eram capazes de dizer nem o nome da patologia que possuíam. Concluiu-se que, o consentimento esclarecido não está sendo realizado de forma clara e completa pela equipe multiprofissional da instituição estudada. Espera-se que este trabalho instigue uma reflexão bioética e que novos estudos surjam a partir deste, visto que existem poucas publicações sobre o ato e direito de consentir no campo da saúde, principalmente sobre o consentimento para os cuidados em saúde.*

**Palavras-chave:** *Consentimento esclarecido. Informação. Autonomia.*

## Assent Informed in Patients of the Surgical Clinic

### Informed Consent in Patients of Surgical Clinic

**Abstract:** *This was a descriptive qualitative study aimed to describe how patients undergoing surgery at the Hospital of Minas Gerais - MG, received and understood the information regarding medical and surgical procedures. Data collection was done by semi-structured interviews with patients, which were recorded, transcribed and analyzed. It was observed that the knowledge was minimal on most of these procedures, and some were not even able to say the name of the disease they had. It was concluded that informed consent is not being conducted in a clear and complete by the multidisciplinary team of the institution studied. It is hoped that this paper instigates a bioethical reflection together with society and that new studies emerge from this, since there are few publications on the act and the right to consent in the health field, especially on the consent to health care.*

**Keywords:** *Clarified assent. Information. Autonomy.*

### Introdução

As inovações tecnológicas das últimas décadas no campo das ciências da saúde trazem um enorme poder de intervenção sobre a vida e a natureza, obrigando a profunda reflexão bioética. Esta se refere ao estudo da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, examinada à luz dos valores e princípios éticos e morais (Segre & Cohen, 2002). Dentre os princípios éticos, considerou-se relevante neste estudo o princípio da autonomia que, conforme Fortes (1998), é o poder de se tomar decisões sobre sua própria vida, saúde, integridade físico-psíquica e relações sociais.

A oficialização do princípio da autonomia ocorre através do consentimento livre, informado e esclarecido. A decisão é voluntária, devendo ser realizada por uma pessoa capaz de entender as informações (competente), embasada em adequada informação e capaz de deliberar, tendo compreendido a informação fornecida (Auricchio & Massarollo, 2007).

A conscientização dos usuários de serviços de saúde em relação a seus direitos originou conflitos que nem sempre podem ser resolvidos com os meios tradicionais do campo da ética. Surge, então, a Bioética, que permitiu novos enfoques dos conflitos de valores, baseados nos princípios morais de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (Schramm, 2006).

Segundo Engelhardt e Tristram (1998), a finalidade do princípio da beneficência é o de alcançar bens e evitar os prejuízos. Junto a esse princípio, está o de não maleficência, que se relaciona a não fazer aos outros um mal ao qual o indivíduo não se opõe para evitar danos e para justificar a necessidade de controlar a imposição de riscos.

O princípio da justiça determina uma participação equilibrada entre os benefícios e ônus, a fim de se evitar discriminações e injustiças nas políticas e intervenções sanitárias (Bellino, 1997).

Neste estudo, adotou-se o princípio da autonomia, uma vez que se pretende analisar o ato de consentimento dos clientes frente à intervenção dos profissionais sobre sua saúde.

O princípio da autonomia estabelece o respeito pela liberdade do outro e das decisões do paciente e legitima a obrigatoriedade de um consenso livre e informado. Porém, ao longo da história, os profissionais de saúde privilegiaram o princípio da beneficência, fazendo o bem ainda que contrariamente à vontade do paciente (Fortes, 1998).

Dentro deste contexto verifica-se a importância de se obter o consentimento informado dos clientes, garantindo a capacidade de deliberar acerca de sua saúde. Assim, Miranda et al. (2009) afirmam que o consentimento livre e informado é justificado tanto pelo respeito à liberdade dos indivíduos bem (também) como pelo objetivo de atender a seus melhores interesses.

Para Zoboli & Massarollo (2002), há o consentimento como evento ou como processo. Como evento, é dado geralmente antes de algum procedimento; as informações são passadas de forma completa, porém, sem levar em consideração a compreensão do usuário, apenas para fins legais. Já o consentimento como processo integra o usuário na tomada de decisão, configurando um ato de respeito à autonomia das pessoas. O presente estudo faz uma reflexão em torno do conceito de consentimento como processo em ambiente hospitalar.

Nessa perspectiva, a pessoa deve ser devidamente esclarecida da natureza, finalidade, metodologia e de todos os aspectos presumíveis de ocorrer, em relação a danos e benefícios; a discussão deve ser transparente e livre para afastar as formas de pressão autoritárias e de convencimento, objeto de interesse alheio à idéia do bem comum e da justiça; linguagem acessível que possibilite uma boa comunicação; os riscos envolvidos e os benefícios; o sigilo; o direito de recusa ou de abandono do tratamento (Auricchio & Massarollo, 2007). Mas para que haja um consentimento esclarecido, a informação deve ser compreendida e não apenas transmitida (Engelhardt & Tristram, 1998).

Nas ações de assistência à saúde, a pessoa autônoma tem o direito de consentir ou recusar o que lhe é proposto, tanto para atos de caráter preventivo quanto para ações curativas (Miranda et al, 2009). O consentimento deve ser livre, esclarecido, renovável e revogável; não pode ser obtido através de práticas de coação, cabendo ao profissional de saúde exercer apenas persuasão. Uma prática comum observada, nas instituições hospitalares, é que o termo de responsabilidade fornecido na admissão, muitas vezes, é imutável e tende a violar a vontade autônoma da pessoa, que não costuma se recordar do que assinou no momento da sua entrada (Fortes, 1998).

A capacidade dos pacientes de escolherem livremente dependerá de quanto eles sabem sobre seu tratamento, o que inclui conhecer os riscos e benefícios (Engelhardt & Tristram, 1998). Além disso, os profissionais estabelecem especial relação de confiança com seus pacientes, tendo, conseqüentemente, absoluta obrigação de passar-lhes estas informações (Auricchio & Massarollo, 2007).

Ainda, no que diz respeito ao princípio da autonomia, observa-se, também com frequência,

que os usuários dos serviços de saúde tomam decisões sem esclarecimentos prévios e claros do seu quadro de saúde e doença, e por isso aceitam o tratamento proposto sem convicção de sua decisão. Diante deste fato, chegou-se à questão norteadora: Como os pacientes a serem submetidos à cirurgia recebem e compreendem as informações referentes aos procedimentos terapêuticos?

Para responder ao problema deste estudo foi proposto o seguinte objetivo: descrever como os pacientes submetidos à cirurgia e internados em Hospital de Minas Gerais, Brasil, receberam e compreenderam as informações referentes aos procedimentos clínicos e perioperatórios.

## **Material e Métodos**

A pesquisa é de abordagem qualitativa. A opção por esta metodologia se deu porque a pesquisa qualitativa compreende as representações sociais na vivência das relações objetivas pelos atores, atribuindo-lhes significado. Ademais quando se deseja compreender um problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, o objeto é essencialmente qualitativo e requer uma abordagem que responda a tal necessidade (Minayo, 2000; Leopardi, 2002).

A coleta de dados foi realizada, em 2006, na Clínica Cirúrgica de um Hospital de Minas Gerais, sendo denominado neste estudo de Hospital A. A escolha da clínica cirúrgica se deve por ser um local onde o consentimento livre e esclarecido é de fundamental importância.

O estudo foi conduzido com sete pacientes internados no Hospital de estudo. A abordagem utilizada para a escolha da amostra da pesquisa é justificada por Triviños (1994), na pesquisa qualitativa a composição da amostra pode ser feita utilizando-se recursos intencionais, na busca de uma representatividade do grupo dos sujeitos que participarão do estudo.

Quanto ao tamanho da amostra, salienta-se que, em pesquisas qualitativas isso não é um fator de significância, uma vez que se trabalha com amostras relativamente pequenas (Santos, 1999), pois o propósito não é trabalhar com extensão e sim com profundidade.

Identificou-se o número suficiente de entrevistados através do critério: entrevistar um número de indivíduos que permita certa reincidência de informações (Minayo, 2006). Na pesquisa qualitativa pode-se falar de “exemplaridade”, no sentido de que a manifestação de um comportamento pode refletir o comportamento de muitos outros (Demo, 2004).

Foi utilizada a entrevista individual semi-estruturada, que está localizada entre a entrevista livre e a dirigida (Minayo, 2000). Nesse tipo de entrevista, o pesquisador está presente e o pesquisado tem todas as perspectivas possíveis de responder a questionamentos com liberdade e espontaneidade. São feitos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, e, à medida que os informantes respondem, surgem novas interrogativas (Triviños, 1994). As perguntas utilizadas na entrevista semi-estruturada deste estudo resultaram da teoria que alimenta a ação do investigador, como também das informações já reunidas sobre o assunto de interesse.

As entrevistas foram gravadas, a fim de contar integralmente com as informações fornecidas. Alguns acreditam que o gravador iniba o informante, entretanto, isso ocorre

no início da entrevista. Posteriormente, o sujeito faz caso omissivo do aparelho e atua espontaneamente (Trivinões, 1994). Para Leopardi (2002) o uso do gravador dá a certeza da reprodução fiel e íntegra da fala, evitando, assim, interpretações equivocadas. Foi esclarecido ao entrevistado que não se preocupasse em dar respostas corretas, pois o que se deseja é captar a sua maneira de pensar e perceber o tema abordado.

Anteriormente às entrevistas, foi realizado o pré-teste na clínica médica B do mesmo hospital, com dois pacientes, a fim de assegurar a validade e a precisão do mesmo (Gil, 1994).

As respostas foram transcritas na íntegra para garantir a fidelidade e veracidade das informações. Após transcrição e leitura detalhada, fez-se a análise e interpretação de dados. As falas foram pós-categorizadas em temas, sendo que para cada um foram escolhidas as “falas” mais significativas, que, em seguida, foram transcritas de forma narrativa, utilizando-se o método da análise de conteúdo (Minayo, 2006).

O presente estudo encontra-se de acordo com a Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, que estipula normas éticas para pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 1996), com parecer consubstanciado número 411. Para que fosse garantido o sigilo e o anonimato da identidade dos sujeitos, cada entrevistado foi identificado com a letra P – referente à paciente – mais o número arábico (1, 2, 3...) na sequência das entrevistas realizadas.

## **Resultados e Discussão**

Três dos pacientes entrevistados eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino, sendo que a idade variou entre 19 e 62 anos. Apenas um relatou ser analfabeto, enquanto dois entrevistados declararam possuir ensino superior completo.

As “falas” foram agrupadas nas seguintes categorias: Informações sobre a doença ou estado de saúde; Consentimento esclarecido para a cirurgia; Esclarecimento sobre o pós-operatório; Equipe de Enfermagem e informações sobre a cirurgia.

### **Informações sobre a Doença ou Estado de Saúde**

A experiência cirúrgica envolve alterações planejadas nas estruturas anatômicas de um indivíduo, com o objetivo de interromper, aliviar ou erradicar um processo patológico. A sua indicação pressupõe riscos e benefícios. De acordo com esta perspectiva, a compreensão das informações sobre a patologia e cirurgia é de extrema importância para o paciente poder optar pelo tratamento, exercendo o princípio da autonomia (Smeltzer & Bare, 2002).

Apesar disso, ao analisar as falas sobre o conteúdo das informações, percebeu-se que a maior parte dos entrevistados cita termos que não conhece e relata que não recebeu nenhuma informação sobre sua patologia.

Explicação sobre a doença? Não, essa explicação eu num recebi não... e a cirurgia eles não me falaram do quê que ia ser não. Eu fui sem saber de nada, né. (P.2)

Eles falaram que eu tinha aderência nas tripa e que tinha que tirar. Se eu entendi... não. Num sei o que que é. Eles não falaram mais o que que eu tinha. Não sei se é isso daí... P.5)

Para Engelhardt & Tristram (1998), o intercâmbio entre os profissionais de saúde e os pacientes é pautado na linguagem do tratamento de saúde, e o que ocorre é que as dores, a patologia e os temores do paciente são traduzidos em um jargão especial das profissões do campo da saúde. É pouco provável que um paciente se apresente com conceitos tão bem compreendidos e analisados como aqueles dos profissionais. Isso é notado na seguinte fala:

Foi o médico que me explicou... porque foi um piercing que eu coloquei na orelha, aí inflamou, só que agora eu num tô lembrando o nome que ele falou [...] (P.6)

Fortes (1998) ressalta que, os profissionais de saúde devem fornecer informações dentro de padrões acessíveis à compreensão do paciente, de forma simples, leal e respeitosa. Quando as informações são indevidas e mal organizadas resultam em desinformação:

Quando a linguagem não é acessível, eu falo... quando eles fala nomes difícil, eu pergunto aí eles falam a minha linguagem...(P.3)

Estabelecer um ambiente de cuidado culturalmente adequado e de respeito começa com uma comunicação eficaz (Tavares, 2003). Segundo Fortes (1998), a informação é a base das decisões autônomas dos pacientes, necessária para que possam consentir ou recusar procedimentos clínicos propostos. A crescente especialização do trabalho de assistência à saúde provocou um progressivo afastamento entre profissionais e pacientes, tornando essa relação cada vez mais distante e impessoal.

A comunicação é importante para a assistência, pois é o principal meio de veiculação do processo de educação em saúde. Assim, a comunicação é uma habilidade necessária e que requer do profissional uma disponibilidade interna de se envolver na interação pessoa/pessoa. Os profissionais de saúde, inclusive os enfermeiros, podem utilizar a comunicação como um instrumento terapêutico, pela aplicação de formas facilitadoras de comunicação como perguntar, escutar e responder, permitindo, assim, compreender as necessidades do cliente para, então, supri-las (Chiesa & Veríssimo, 2001).

A fragmentação dos pacientes em órgãos, divididos entre vários profissionais, faz com que o usuário perca de vista seu cuidador e não saiba a quem recorrer para se informar sobre seu tratamento (Fortes, 1998):

[...] Não. Até hoje eu tenho dúvida. Até hoje umas pessoa fala uma coisa, outras fala outra... e eu não sei. (P.5)

Nas instituições hospitalares também há tratamentos para enfermidades crônicas. Neste



caso, o usuário tem maior contato com os profissionais, podendo ser mais bem orientado. A fala seguinte indica que o usuário já conhece o problema que possui e o tratamento que recebe, embora não saiba informar o termo técnico que designa sua doença:

[...] esse problema aí eu já sei como é que é. Tem anos que eu tenho esse problema aí. É um estreitamento no canal que eu tenho... Aí eu venho eles faz a dilatação e eu melhora. (P.4)

Outros pacientes, no entanto, possuem um grau de compreensão ainda maior, possivelmente relacionado à escolaridade, visto que os entrevistados que demonstraram esta compreensão possuíam ensino superior completo.

[...] que eu tô com uma massa pulmonar, né, fiz uma fibrobroncoscopia, e uma biópsia dela, e eles suspeitam de um tumor benigno. Aí, parece que ia tirar uma parte dessa massa pulmonar para fazer uma biópsia e vou precisar aguardar o resultado.(P.1)

[...] sobre o tratamento, o médico pensa que eu to com um tumor e que vai fazer uma biópsia (...) o médico falou mais ou menos como é que ia ser o tratamento, né, dependendo do que for [...] (P.7)

Fortes (1998) ressalta que, em boa parte das vezes em que os pacientes não compreendem as informações, a causa está na inadequação destas e não na suposta incapacidade de compreensão dos mesmos.

### **Consentimento Esclarecido para a Cirurgia**

Para Zoboli & Massarollo (2002) as ações autônomas são impossíveis sem a cooperação ativa de todos os implicados no processo de consentimento. Os profissionais devem informar e garantir a compreensão, propiciando a tomada de decisões autônomas.

As informações são passadas aos pacientes na busca de conscientizá-los sobre os riscos e benefícios de qualquer tipo de tratamento. Essas informações devem ser completas, visando o esclarecimento antes do tratamento, bem como o durante e o depois. Dentro deste princípio, vimos que quando perguntados se estes se consideravam esclarecidos em relação à cirurgia, apenas um entrevistado relatou que não estava esclarecido.

Não tô esclarecida não, eu não sei de que que eu opere... (P.5)

Eu acho que tá bem esclarecido. Após a cirurgia eles vêm falar, mas num tem condição... né? Aí hoje eu perguntei o que foi feito, e eles explicaram. (P.1)

Fortes (1998) destaca que, o consentimento deve ser esclarecido e por isso requer informações adequadas que sejam compreendidas pelos pacientes. Um usuário pode ser informado sem ser esclarecido, se não houver compreensão das informações.

De acordo com Zoboli & Massarollo (2002), o direito à informação requer o esclarecimento das ações relativas à assistência de enfermagem, à atenção médica e de outros profissionais. Todos os pacientes que relataram estar esclarecidos sobre a cirurgia consideraram apenas a prestação de informação pela equipe médica, como nas falas:

Se eu tô esclarecida? Por parte do médico... sim. (P.6)

O médico me explicou, deu informação da cirurgia porque é eles que sabe mais, né...(P.5)

Também se percebeu que está ocorrendo o que, conforme Fortes (1998), é uma prática comum nas instituições hospitalares: o uso do termo de responsabilidade:

Ah sim aqui no hospital eu assinei um papel que eu estaria me internando, assim eu me internando. Eu num li muito não porque eu confiei, eu confiei, né? [...] (P. 1)

A partir desta fala, fica evidenciado que a obtenção do termo de consentimento não está sendo realizado como preconizado por Auricchio & Massarollo (2007), que é o indivíduo receber as informações e tirar suas dúvidas, para enfim, assinar o documento autorizando a cirurgia ou tratamento. Porém, o que ocorre é que muitos pacientes nem se recordam de ter assinado um termo de responsabilidade na recepção do hospital.

A maioria dos entrevistados entende que a assinatura deste termo é um procedimento essencial para a internação. Assim, eles não o lêem e não sabem do que se trata:

Eu assinei um documento lá pra internar... agora num sei... lá na recepção. Se eu li... não. Assim, achei que era uma coisa de rotina, né? Minha mulher leu, num sei se ela assinou alguma coisa. (P.2)

Nenhum dos entrevistados relatou ter assinado um documento específico autorizando o ato cirúrgico:

*O tratamento sim, assinei uns papéis... assim uns papéis... teve um que eu assinei... o encaminhamento... tudo... Eu não lembro, eu não assinei autorizando a cirurgia. (P.6)*

Se o paciente não pode falar por si ou é incapaz de entender o ato que se pretende executar, estará o profissional de saúde na obrigação de buscar o consentimento de seus representantes legais. Para Garrafa (1994), é importante assegurar-se de que seja um responsável legal, pois nem todo grau de parentesco qualifica um indivíduo como tal. Neste estudo, todos os entrevistados foram considerados sujeitos capazes e, portanto, autônomos para deliberar sobre sua saúde ou tratamento. Contudo, observou-se que mesmo sendo todas as cirurgias eletivas, foram outros parentes dos clientes que a autorizaram, através da assinatura do termo de responsabilidade na entrada:



*Não. Minha filha assinou pra internar; ela não me falou, eu não sei se ela leu não. (P.5)*

*Ó, eu mesma num assinei não, mais só que meu marido foi lá. Porque eles pedem pra gente assinar; mais só que eu não sei o que que é... exatamente. Meu marido num deve ter nem lido esse negócio. (P.3)*

Podemos inferir, através dos relatos obtidos, que as informações sobre a fase pré-operatória são passadas para alguns pacientes, como evidenciado pelas falas:

[...] explicaram. Falaram tudo pra gente. Prepararam a gente. Eles falaram, fizeram pergunta pra gente, né, o procedimento da cirurgia. O médico perguntou o que a gente tava sentindo. Perguntou se eu sentia problema de pressão, se eu sentia problema de come que diz... dor de cabeça, se eu sentia alergia a remédio, medicamento, né, coisa assim [...] (P.2)

[...] eu cheguei na sexta aí eles foram identificar o que que eu tinha, aí eles decidiram fazer a cirurgia, só que eu falei que não ia se eles não falasse o que que eu tinha, que eu num ia deixar eles me abrir sem eu saber, Aí eles falou assim que eu tinha aderência nas tripa e que tinha que tirar. E o médico que me operou eu não vi mais, ele não veio aqui. (P.5)

A capacidade de escolha dos pacientes com efetiva liberdade dependerá de quanto sabem sobre os prováveis riscos e benefícios do tratamento através das informações pelos profissionais de saúde. Ressalta-se a necessidade de total esclarecimento do paciente sobre a cirurgia, para que o mesmo fique mais confiante e seu enfrentamento da situação seja melhor (Engelhardt & Tristram, 1998).

### **Esclarecimentos sobre o Pós-Operatório**

Pacientes submetidos às cirurgias poderão ter suas vidas modificadas provisória ou permanentemente. O esclarecimento correto sobre o pós-operatório dará subsídios necessários para que os mesmos possam se adaptar a esse período.

O consentimento informado pressupõe que o paciente esteja ciente do que vai acontecer, para que ele possa dar o seu consentimento. Percebemos em alguns relatos que esses pacientes não estão de posse de informações sobre como será o pós-operatório:

[...] da última vez que eu fiz a fibro (fibrobroncoscopia), eu tava bem ciente. Dessa vez eu num sabia que ia colocar dreno e esses negócios não. (P.1)

[...] pós-operatório ainda num sei como é que vai ser a dieta, né? Mais ou menos eu sei, mas não assim explicado por ninguém ainda. (P.2)

Segundo Smeltzer & Bare (2002), todos os pacientes na fase pós-operatória precisam

de informação e instrução sobre: o procedimento cirúrgico e quaisquer alterações permanentes; intervenções para adaptação; complicações potenciais e seus sinais e sintomas, bem como medidas preventivas; e regime terapêutico continuado. As falas demonstram que as informações sobre o pós-operatório não estão sendo passadas pelos profissionais de saúde:

Suspenderam minha comida e eu não sabia que tava suspenso. Depois de um dia, eu fui perguntando aí eles falou [...] (P.5)

Eu acho assim... eu acho que depois da cirurgia, o médico deveria vim aqui e explicar, que não acontece, né e a gente fica esperando...(P.6)

E de acordo com o mesmo autor, é na fase pós-operatória que se deve avaliar os efeitos da cirurgia e dos anestésicos, promover conforto e alívio da dor, bem como prevenir as complicações. A participação e o apoio da família neste momento são fundamentais, pois poderiam aprender em conjunto com o paciente a lidar com a situação:

E em casa, né eu não sei como é que vai fazer, né a recuperação em casa... eu não sou daqui, então complica, porque minha família só veio aqui uma vez. (P.1)

### **Equipe de Enfermagem e Informações sobre a Cirurgia**

O cuidado é um processo interativo, dinâmico, de envolvimento e co-responsabilidade entre o enfermeiro e o paciente (Betinelli, 2002). Neste ambiente de relações de cuidado, o enfermeiro poderá, sempre que possível, esclarecer ao paciente sobre a cirurgia, juntamente ou não com a equipe médica (Paixão, 2001). *Quando eu pergunto aí eles falam, os remédios eles não falam [...]* (P.5)

Os enfermeiros são os responsáveis pela implementação do cuidado a cada paciente e têm oportunidade de orientá-los e de prestar-lhes informações completas, precisas e verdadeiras sobre os procedimentos a serem desempenhados (Trevizan, 2002). Os enfermeiros encontram-se em uma posição privilegiada para atuar na troca de informações que permeiam o processo de consentimento, pois mantêm contato mais contínuo, prolongado e intenso com os usuários (Zoboli & Massarollo, 2002).

Porém, observou-se que esta prestação de informações não acontece de forma regular para todos os pacientes. Alguns relataram que só são esclarecidos da finalidade do cuidado de enfermagem quando perguntam, como na seguinte fala:

*O curativo trocam todo dia, mas é óbvio que tem que trocar, né. O medicamento eu to tomando, só vejo chegado e fazendo. Quando eu to com dor... aí eles vem e faz.* (P.1)

Outras vezes a informação é passada para os pacientes para cumprir tarefas:

Explicaram né. Eles falaram do preparo da operação, como é que tinha que ser, o que que tinha de fazer... [...] o curativo, eles falam que sempre tem que trocar o curativo, né, inclusive na hora do banho, as vez molha né, e depois eles troca o curativo, sabe. Os medicamento eles falam pra que que é. (P.2)

Um dos entrevistados possuía a idéia de que é somente o médico quem deve fornecer informações sobre a cirurgia ou o tratamento, como na fala a seguir:

Olha, o tratamento em si, eu acredito que eles só fazem o que o médico escreve. Mas eu acredito que eu sabia. Manda a gente ficar sem comer, em jejum, não sei como é que é, explica o horário, tudo. (P.3)

A participação do enfermeiro neste processo de ensino e esclarecimento do paciente pode ser realizada, através de folhetos explicativos e linguagem simples. Vale ressaltar que o trabalho multiprofissional poderia suprir muitas dificuldades, como desmistificar a visão do enfermeiro ser apenas um cumpridor de ordens médicas.

É opinião corrente na área da saúde que as intervenções de enfermagem são relativamente benignas e que se um paciente consentiu o ato ou intervenção médica estará também consentindo as ações de enfermagem (Zoboli & Massarollo, 2002).

Em relação ao consentimento dos cuidados de enfermagem, a preocupação com o consentimento para a prática médica desvia o seu foco da importância do consentimento para estes cuidados. E, se os pacientes têm o direito de recusar tratamentos médicos ou cirúrgicos, o mesmo se aplica para intervenções de enfermagem (Trevizan, 2002).

### **Considerações Finais**

Ao final desta pesquisa, foi possível concluir que o consentimento informado ou esclarecido, obtido antes da experiência cirúrgica, não está sendo realizado de forma completa pela equipe multiprofissional da instituição estudada. Os clientes têm sido informados sobre o tratamento, porém o uso de termos técnicos pela equipe de saúde dificulta seu entendimento, sendo que a comunicação deveria levar em conta o nível cultural dos pacientes. O objetivo principal do profissional deve ser o de fazer que as informações fornecidas ao paciente sejam compreendidas, para que este possa decidir de forma livre. Ressalta-se que conhecimento do termo técnico não pressupõe necessariamente a compreensão do significado do mesmo.

Percebeu-se, também, que os profissionais, tanto da equipe médica quanto de enfermagem, fornecem as informações a que o paciente tem direito, porém, restringem-se em fornecê-las de forma mais ampla quando solicitados ou perguntados a respeito.

Conclui-se, ainda, que a obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido não segue a determinação legal, que seria a assinatura de um documento pelo paciente após ter recebido todas as informações a respeito do procedimento a ser realizado. Porém, a realização deste estudo possibilitou identificar que a instituição estudada utiliza um termo

de responsabilidade, que é um documento assinado na admissão do paciente, consentindo quaisquer tratamentos que venham a ser realizados. Este termo de responsabilidade viola a autonomia dos clientes, que não se recordam do conteúdo do documento. Além disso, muitas vezes, outras pessoas o assinam e não repassam as informações, mesmo sendo o sujeito capaz de deliberar sobre sua própria saúde.

Quanto ao nível de esclarecimento sobre a cirurgia e o pós-operatório, puderam-se identificar algumas falhas, já que alguns pacientes recebem informações incompletas, gerando ansiedades que poderiam ser diminuídas com esclarecimento sobre o perioperatório. Faz-se necessária uma comunicação terapêutica para obter a cooperação do paciente e, assim, proporcionar uma recuperação satisfatória e minimizar as complicações. O consentimento informado, quando realizado segundo diretriz bioética, estará contribuindo para a melhoria da assistência à saúde, tornando-a mais humanizada.

## Referências

- Auricchio, AM; Massarollo, MCKB. (2007). Procedimentos estéticos: percepção do cliente quanto ao esclarecimento para a tomada de decisão. *Rev Esc Enferm USP*; 41(1): 13-20. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/). Acesso em 15 de junho de 2011.
- Bellino, F. (1997). *Fundamentos da Bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais*. Tradução de Nelson Souza Canabarro. Bauru (SP): EDUSC. 298p.
- Betinelli, LA. (2002). *A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida*, 2002, 200p. Tese (Doutorado). Florianópolis (SC): UFSC.
- Brasil. (1996). Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996*. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS/CNS.24p.
- Chiesa, AM; Veríssimo, M.L.O.R. (2001). *Educação em saúde na Prática do PSF*. Manual de Enfermagem Programa Saúde da Família. Ministério da Saúde. São Paulo: USP. 131p.
- Demo, P. (2004). *Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos*. 2.ed. Campinas: Papirus, 135 p.
- Engelhardt, H; Tristram, J. (1998). *Fundamentos da Bioética*. 2. ed. São Paulo: Loyola. 516p.
- Fortes, PAC. (1998). *Ética e Saúde*. São Paulo: EPU. 119 p.
- Garrafa, V. (1994). Bioética saúde e cidadania. *Rev. Humanidades: Bioética*, 9(4):342-51.
- Gil, AC. (1994). *Métodos e técnicas da pesquisa social*. 4. ed. São Paulo: Atlas. 175p.
- Leopardi, MT. (2002). *Metodologia da pesquisa na Saúde*. 2. ed. rev. e atual.. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem. 290p.
- Minayo, MCS. (2000). O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec. 269p.
- Minayo, MCS. (2006). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec. 406.
- Miranda, VC; Fêde, ABS; Lera, AT; Veda, A; Antonangelo, PV; Brunetti, K; Richelmann, R; Giglio, A. (2009). Como consentir sem entender? *Rev Assoc Med Bras*; 55(3): 328-34.
- Paixão, AO. (2001). Consentimento Informado em laringectomizados: estudo em um hospital escola. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, mar./abr., 9(2):104-109.
- Santos, SR. (1999). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. *J. Pediatr*, 75(6), 401-406.
- Schramm, FR. (2004). *A autonomia difícil*. Disponível em: [www.portalmedico.org.br](http://www.portalmedico.org.br). Acesso em 20 de maio de 2011.
- Segre, M; Cohen, C. (2002). *Bioética*. 3. ed. São Paulo: Edusp. 218 p.
- Smeltzer SC, Bare B.G. (2002). *Brunner/Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9. ed . v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 509 p.

Tavares, MR. (2003). Aspectos bioéticos do consentimento livre e esclarecido. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 31(2), 7-11

Trevizan, MA; Mendes, IAC; Lourenço MR; Shineyashiki, GT. (2002). Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, 10(1) :85-89.

Triviños, ANS. (1994). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas. 175p.

Zoboli, E.L.C.P.; Massarollo, M.C.K.B. (2002). Bioética e Consentimento: uma reflexão para a prática da enfermagem. *Rev o mundo da saúde*. São Paulo, 26(2):65-70..