

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

JOCELDA GONÇALVES OLIVEIRA

**A COMUNICAÇÃO COMO UM DOS FATORES DE AUXÍLIO AO
PACIENTE CIRÚRGICO NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO
SOBRE A SUA SAÚDE**

Rio Grande, dezembro de 2003

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM E SAÚDE

**A COMUNICAÇÃO COMO UM DOS FATORES DE AUXÍLIO AO PACIENTE
CIRÚRGICO NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO SOBRE A SUA SAÚDE**

JOCELDA GONÇALVES OLIVEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde

Orientador: Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho

Rio Grande , dezembro de 2003

SUMÁRIO

RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	viii
RESUMEN.....	ix
LISTA DE FIGURAS.....	x
1. DECIDINDO COMEÇAR.....	13
1.1. Objetivos.....	19
1.1.1. Objetivo Geral.....	19
1.1.2. Objetivos Específicos.....	19
2. DECIDINDO POR UM APORTE TEÓRICO QUE FUNDAMENTE O ESTUDO.....	21
2.1. A palavra emergindo como fator de socialização entre os Seres humanos....	21
2.2. A tomada de decisão emergindo como potencialidade de Ser humano consciente e livre frente às múltiplas escolhas.....	29
2.3. A comunicação emergindo como um dos fatores de auxílio ao paciente cirúrgico no processo de tomada de decisão sobre sua saúde.....	38
3. CONSTRUÍNDO UM MARCO TEÓRICO ATRAVÉS DA ESCOLHA DE CONCEITOS QUE ENTRELACEM O COMUNICAR E O DECIDIR.....	45
3.1. A comunicação interpessoal: uma relação dialógica que leva à autonomia do decidir.....	49
3.2. Habermas, Travelbee e Freire: Interligados através de um núcleo comum – a interação.....	51
- COMUNICAÇÃO: bem mais do que uma simples transmissão de idéias.....	54
- O DIÁLOGO: um ir e vir através da palavra.....	55
- SER HUMANO: emergindo como sujeito no contexto social.....	57
- DECIDINDO com AUTONOMIA.....	59

4. DECIDINDO COMO DESENVOLVER O ESTUDO.....	63
4.1. Caracterizando o local do estudo.....	63
4.2. Caracterizando os métodos e técnicas utilizados na pesquisa.....	64
4.3. Caracterizando os sujeitos da pesquisa.....	67
4.4. Procedimentos utilizados para a análise dos dados.....	69
5. TRATANDO OS DADOS OBTIDOS NO ESTUDO.....	71
5.1. As análises emergentes da observação e das entrevistas.....	71
5.1.1. A falta de identificação dos profissionais de saúde junto ao paciente: quem são esses seres de branco?.....	71
5.1.2. Informações dadas ao paciente a respeito de exames e procedimentos a serem realizados.....	76
5.1.3. A inexistência de solicitação e/ou de permissão para que o paciente participe de seu cuidado.....	78
5.1.4. (Des)consideração das queixas e temores do paciente e o (des)respeito à decisão do paciente em recusar algum procedimento.....	80
5.1.5. A tomada de decisão na busca de auxílio para atender a uma queixa manifesta e quanto à internação hospitalar.....	81
5.1.6. A subestimação da capacidade e inteligência do paciente.....	85
5.1.7. A percepção do paciente como sendo apenas um caso cirúrgico.....	86
5.1.8. A informação como fator indispensável à tomada de decisão sobre o seu corpo, saúde e cuidado.....	89
6. FINALIZANDO.....	92
7. REFERÊNCIAS.....	99
8. ANEXOS.....	105
Anexo 1. Termo de consentimento livre e esclarecido.....	106
Anexo 2. Roteiro de observação.....	108
Anexo 3. Roteiro de entrevista.....	109

Dedico esse trabalho a meu pai, João Baptista de Deus Pinto de Oliveira (in memoriam), por tudo que significou e que significa para mim

AGRADECIMENTOS

“O rio atinge os seus objetivos, porque aprende a contornar obstáculos”. (Lao- Tse)”.

Para que toda essa trajetória pudesse ser, por mim, percorrida, primeiramente, idealizei um sonho: o de fazer mestrado. Sendo assim, não medi esforços para que o mesmo se tornasse realidade. Porém, não posso deixar de agradecer àqueles que, de uma forma ou de outra, contribuíram significativamente para isso. A todos, agradeço, sinceramente:

À Deus, Pai de todos nós. Aquele a quem elevo meu pensamento nos momentos difíceis e também agradeço pelas lutas vencidas e pelas vitórias alcançadas.

À minha família, que está sempre junto a mim nos momentos de alegria e de aflição. Agora, compartilha comigo, este momento da chegada.

Ao professor, doutor Wilson D. Lunardi Filho, pelo carinho e dedicação com que me auxiliou durante toda a caminhada: é através da humildade que o homem revela toda a sua sapiência.

À banca examinadora, representada pelos professores Antônio Carlos, Mara e Hedi, pelo carinho com que me acolheram, aceitando contribuir de maneira construtiva e enriquecedora à presente pesquisa .

Aos demais professores do curso, pela contribuição significativa de cada um, no que tange à troca de saberes experienciados durante os encontros realizados.

Aos colegas do curso, pela convivência harmoniosa durante um período pequeno, em relação aos meses passados, mas grande, quanto o carinho expresso por cada um.

Aos sujeitos da pesquisa, uma vez que, sem estes atores em cena, o espetáculo jamais aconteceria.

Aos colegas profissionais da Unidade de Internação Cirúrgica: enfermeiros e auxiliares de enfermagem que torceram por mim, desde à seleção de mestrado, acompanharam a trajetória e apostaram na minha chegada.

Enfim, a todos que, sinceramente acreditaram e torceram por mim, dedico essa vitória.

“Se não morre aquele que escreve um livro e planta uma árvore, com mais razão, não morre o educador que semeia vida e escreve na alma”.

(Bertold Brecht).

Ficha: Maria da Conceição Holmann
Bibliotecária – CRB 10/745

616-089 OLIVEIRA, Jocelda Gonçalves.

048c

A comunicação como um dos fatores de auxílio ao paciente cirúrgico, no processo de tomada de decisão sobre a sua saúde / Jocelda Gonçalves Oliveira. – Rio grande: FURG / Universidade Federal do Rio Grande, 2003

104 p.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2003.

Orientador: Wilson Danilo Lunardi Filho.

1. Comunicação humana. 2. Tomada de decisão. 3. Autonomia. 4. Ser humano. 5. Diálogo. I. Lunardi Filho, Wilson Danilo. II. Fundação Universidade Federal do Rio Grande. III. Título.

CDU: 616 - 089

OLIVEIRA, Jocelda Gonçalves. A comunicação como um dos fatores de auxílio ao paciente cirúrgico no processo de tomada de decisão sobre a sua saúde. Rio Grande, 2003. 104.p, mais anexos. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

RESUMO

A COMUNICAÇÃO COMO UM DOS FATORES DE AUXÍLIO AO PACIENTE CIRÚRGICO NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO SOBRE A SUA SAÚDE

Este estudo teve sua motivação em quase quinze anos de trabalho da autora em Instituição Hospitalar, em que pôde observar, empiricamente, que as relações de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes ocorrem de maneira verticalizada, nas quais o profissional transmite o seu saber, impondo e negando o direito à voz do outro e, em consequência, negando-lhe, também, a autonomia de decidir. Transformando essa assertiva em uma questão hipotética, foi constatada a sua confirmação, por ocasião do desenvolvimento da presente pesquisa, cujo objetivo geral foi compreender como vem se dando a participação do cliente/paciente no processo de tomada de decisão. Visando atingir o objetivo pretendido, foi desenvolvido um estudo qualitativo em uma Unidade de Internação Cirúrgica, de um Hospital Universitário, público, do Estado do Rio Grande do Sul. Os sujeitos da pesquisa foram os clientes/pacientes de cirurgia eletiva e os profissionais de saúde (médicos e membros da equipe de enfermagem). A coleta de dados deu-se por meio do uso das técnicas de observação e entrevista. Ambas as técnicas seguiram um roteiro pré estabelecido. A análise dos dados emergentes permitiu comprovar que é o paciente quem decide procurar auxílio médico e que os profissionais parecem percebê-lo somente como um caso cirúrgico, não se identificando perante ele nem fornecendo informações a respeito de exames e procedimentos realizados. Também não permitem ou incentivam a sua participação no seu cuidado. Além de não considerarem queixas e temores, não respeitam o direito à recusa a qualquer procedimento prescrito. Comprovou-se, assim, que subestimam a sua capacidade e inteligência. O Ser humano, portanto, desde o momento em que interna no hospital, aos poucos, é destituído da sua condição de sujeito. Passando a emergir como objeto, perde o comando de seu próprio corpo, a autonomia, sendo-lhe negada a sua capacidade de reflexão e, portanto, de decisão. Assim, nesse contexto, a comunicação, centrada na verticalização das relações, não possibilita a tomada de decisão por parte daquele que teria de ser o legítimo decisor sobre questões que envolvem o seu corpo, saúde e cuidado.

Palavras chaves: Comunicação humana; Tomada de decisão; Autonomia; Ser humano; Diálogo.

ABSTRACT

COMMUNICATION AS ONE OF THE HELPING FACTORS FOR THE SURGICAL PATIENT IN THE DECISION PROCESS ABOUT HIS/HER HEALTH

Working almost fifteen years in a hospital institution, I observe, empirically, that the communication relationship between health professionals and patients occurs in a formal basis, in which the professional communicates his forced knowledge, also, the autonomy. Transforming this assertion into a hypothetical question, which it was confirmed, by occasion of the development of the correct research, whose general objective is to understand how is the participation of clients/patients in the decision-making process. Looking to reach the intended objective, I developed a qualitative study in a Surgical Internation Unit, at the public University Hospital, in the State of Rio Grande do Sul. The research subjects involved were the elective surgery patients and the health professionals (Doctors and the Nursing team), so that the data-collection was given through the techniques of observation and interviews. Both of the techniques followed the pre-established plan. The analysis of the emerging data permitted me to confirm that is the patient who decides to solicit for medical aid and the professionals, apparently, perceive him only how a surgical case. They don't inform about the examinations and the procedure prescribed. They also don't consent his participation in yourself care. They still don't take into consideration the complaint and the fears, don't respect the right to the refuse anyone procedure prescribed. His capacity and intelligence are despised. Therefore, since the moment the human being is admitted to the hospital, he is slowly relieved from his subject condition, turning to be treated as na object. He loses the command (control) of his own body, his autonomy, being denied his capacity of reflection (thought) and therefore his power of decison. So, in this context, communication, centralized on a "formal" basis of relationships, doesn't let the possibility of the taking a decision on the part of the person who shoud have the legitimate power to decide about questions which involve his/her body, health and care.

Key words: Human communication; Decision-making; Autonomy; Human being; Dialogue

RESUMEN

LA COMUNICACIÓN COMO UNO DE LOS FACTORES DE AUXILIO AL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL PROCESO DE TOMA DE DECISIÓN SOBRE SU SALUD

Trabajando há casi quince años en institución hospitalar, observo, empíricamente, que las relaciones de comunicación entre profesionales de salud y pacientes ocurre de manera aplomatizada, en la cual el profesional transmite su saber impuesto, negando el derecho a voz del otro, y, en consecuencia, negando le, también, la autonomía del decidir sobre cuestiones que envuelven su cuerpo, su salud y su cuidado, transformando esa assertiva en una cuestión hipotética, fue comprobada su confirmación por ocasión del desenvolvimiento de la presente pesquisa, cuyo objetivo general fue comprender como viene se dando la participación del cliente/paciente en el proceso de decisión. Visando atingir el objetivo pretendido, desenvolví un estudio cualitativo en una Unidad de Internación Cirúrgica, de un Hospital Universitario, público, del Estado do Rio Grande do Sul. Los sujetos de la pesquisa involucrados fueron los pacientes de cirugía electiva y los profesionales de salud (médicos y equipo de enfermagem), siendo que la colecta de datos se dio transversalmente del uso de las técnicas de observación y entrevista. Ambas las técnicas siguieron un rotero pré establecido. La análisis de los datos emergentes permitiendome comprobar que es el paciente quien decide solicitar auxilio médico y que los profesionales percibenlo solo como un caso quirúrgico, non se identificando para el paciente. Al mismo tiempo que no informan sobre exámenes y procedimientos desarrollados. También no lo permite participar de su cuidado. Al mismo tiempo que no prestan atención a las quejas y los miedos, también no respetan lo derecho a recusa de quienquiera procedimiento recetado. Comprueba se, así, lo menosprecio a la capacidad y inteligencia. El ser humano, portanto, desde el momento en que interna en el hospital, a menudo, se destituye de su condición de sujeto, pasando a emerger como objeto. Perdiendo el comando de su próprio cuerpo, pierde la autonomía, siendo negada su capacidad de reflexión y, portanto, de decisión. Así, en este contexto, la comunicación, centrada en la aplomación de las relaciones, no posibilita la tomada de decisión por parte de aquella que tendría de ter el poder legítimo para decidir sobre cuestiones que envuelven su cuerpo, salud y cuidado.

Palabras claves: Comunicación humana; Proceso de decisión; Autonomía; Ser humano; Diálogo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esquema representativo da efetivação ou não do processo de comunicação.....	24
Figura 2. Esquema resumido utilizado como marco teórico neste estudo.....	62
Figura 3. Distribuição da equipe de enfermagem por turno de trabalho.....	64
Figura 4. Distribuição dos participantes da pesquisa conforme o sexo.....	68
Figura 5. Distribuição dos participantes da pesquisa conforme a escolaridade.....	68
Figura 6. Distribuição dos participantes da pesquisa conforme a idade.....	69

1. DECIDINDO COMEÇAR

“...nesta investigação, como em qualquer outra do gênero, não se chega a resultados que já não tivessem sido parcialmente previstos desde o início. [...] é que os contornos gerais do objeto por conhecer já são mais ou menos dados por anterioridade; o que se vai investigar é a natureza mais íntima daquilo que a prática já mostrara, a relação entre os seus diversos aspectos que conformam um todo estruturado e vivo”.

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves.

A cada instante de nossas vidas, tomamos decisões, ainda que, às vezes, inconscientes desse processo: decidir o que vestir, que comida preparar, se é mais conveniente mandar consertar o microondas ou a máquina de lavar, enfim. Chiavenatto (1993, p. 562) diz que o processo decisório pode ser definido como “um comportamento que envolve escolhas de alternativas ou seleção de determinadas ações a serem implantadas”. Complementando, Muron (1998, p. 13) enfatiza que “as decisões são tomadas em resposta a algum problema a ser resolvido, a alguma necessidade a ser satisfeita ou a algum objetivo a ser alcançado”.

Quando identificamos um problema, pensamos logo em solucioná-lo. Essa solução buscada pode ser uma, em meio a diversas alternativas possíveis de serem selecionadas. Daí a necessidade de acionarmos nosso raciocínio e, dentre elas, identificar prioridades envolvidas no problema, disponibilidade de recursos, entre outros.

Reportando-nos, então, ao dilema do conserto do microondas ou da máquina de lavar, poderíamos refletir sobre as seguintes questões, antes de tomar a decisão sobre o que fazer: qual dos dois eletrodomésticos sairá mais caro para consertar? Qual deles tem mais utilidade no momento?

As respostas a essas duas questões, talvez, auxiliariam a tomada de decisão, frente à problemática imposta. Porém, ao sair do cotidiano doméstico e adentrar no meio social, em uma relação de dominação/submissão ao capital e à política do Estado, o homem freqüentemente é alienado de sua

capacidade para tomar decisões mais complexas, como decidir, por exemplo, sobre o salário o qual necessita (ou merece) ganhar.

As relações de poder estabelecidas na sociedade fazem com que os mais fortes subjuguem os mais fracos, ou seja, os transformam em objetos manipuláveis sem qualquer autonomia¹, destituídos de consciência e mesmo vontade própria. Contribui para esse processo a educação tradicional centrada no professor, que concebe o aluno como uma *tábula rasa*, que nada sabe.

Nesse tipo de relação, a comunicação é unilateral, sendo que o professor transmite o conhecimento ao aluno que simplesmente recebe, não lhe sendo permitido questionar, refletir, ficando atrelado ao “saber imposto e alienante”. Mas todo o ser humano nasce livre, capaz de refletir e agir, quando estimulado. Logo, para que se exerça essa capacidade, penso que deve ser repensada a concepção de comunicação, como um instrumento de libertação dos indivíduos. A linguagem dialógica² deve ser a mediadora entre o homem e o mundo.

A linguagem é tão antiga quanto o é a humanidade. Ela foi desenvolvida para atender à necessidade de comunicação entre os povos. É a capacidade de nos comunicar que nos aproxima de nossos semelhantes, que nos permite estabelecer relações sociais. A comunicação é um tema abrangente, complexo e apaixonante, visto que transita tanto em abordagens lingüísticas, quanto em todas as áreas do saber. É um poderoso instrumento de poder, de agregação ou desagregação, de libertação ou alienação, dependendo do uso que se faça dela. Reforçando sua grande relevância, Stefanelli (1993, p. 19) diz que “a comunicação é também uma necessidade básica, sem a qual a existência do ser humano seria impossível”.

Ao abordar a comunicação no cotidiano do trabalho em saúde, esta autora menciona que a mesma foi preocupação dos organizadores do XXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, já em 1969, embora, desde essa época até o início dos anos 90, poucos trabalhos tenham sido dedicados a esse assunto em nível nacional. No entanto, Stefanelli (1993, p. 20) menciona que, recentemente, observa-se uma “retomada dos estudos sobre esse tema por várias enfermeiras pesquisadoras interessadas na área”.

¹ A autonomia constitui um dos princípios éticos e, conforme Silva (2000) pode ser entendida como sendo “a liberdade de uma pessoa agir conforme seus valores, prioridades, desejos e crenças próprias”. Portanto, negar a autonomia do outro é destituí-lo como um sujeito ético.

² Habermas (1989, p.43) diz que a dialogicidade de trocas não concebe A ou B como sabedores de tudo ou não sabedores de nada, mas, sim, como possuidores de saberes que compartilhados, contribuem para o enriquecimento das relações sociais.

Atuando há quase quinze anos em uma instituição hospitalar pública de saúde como enfermeira, comecei a interessar-me por questões relativas à comunicação, após reflexão acerca da prática assistencial neste contexto, no qual nossos usuários praticamente não conhecem seus direitos, porque aparentemente ninguém os informa. Sem informações, o usuário não tem autonomia nem sobre seu próprio corpo, ficando a decisão sobre sua saúde a cargo dos profissionais de saúde.

Uma vez entregue à instituição de saúde, parece que sua voz é silenciada em total submissão ao(s) profissional(is) de saúde que, apoderando-se de seu corpo, não o considera(m) como um sujeito, mas sim como um mero objeto manipulável. Nesse sentido, concordo com Leopardi (2001, p. 19), quando menciona que

“há uma lenta e contínua desintegração do ser humano, quando ele se torna, diante dos meios diagnósticos e terapêuticos, débil em si e debilitado pela disciplina institucional, pelo saber imposto e não informado, pela auto-entrega do sujeito possuidor de carência de saúde na internação. Situação constrangedora, que, na linguagem cotidiana, perdeu seu sentido original, encobrendo a perda da autonomia e domínio sobre a própria vida, porque internar significa excluir do exterior, como se lá fora dos muros institucionais ficasse, não a vida daquele corpo atendido, mas um drama cujo personagem não é levado à cena, porque o ator está impedido de atuar”.

No capítulo II da lei n.º 8080 (BRASIL, 1994) que trata dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), vemos que nele está escrito que as pessoas têm direito à informação sobre a sua saúde. Porém, na prática, muitos profissionais não informam, sequer, a medicação que o paciente está fazendo uso, nem mesmo seus sinais vitais ou, ainda, se sentem “constrangidos” ou demonstram total desinformação, quando o paciente pergunta. Isto pode ser melhor compreendido ao se ler o seguinte relato de Testa, [Ca. 1995, p.62], enquanto ele próprio vivenciou a situação de ser paciente em uma UTI:

“na primeira noite uma enfermeira deu-me um comprimido que, ingenuamente tomei. No dia seguinte, estive sonolento e enjoado sem saber porque, durante todo o dia. Quando, à

noite, novamente deram-me a pastilha perguntei de que se tratava, a enfermeira respondeu: ignoro”.

Por sua vez, ainda, a comunicação pode não ser efetiva, mesmo que não seja essa a intenção, quando o profissional usa a linguagem técnica, ao se dirigir ao paciente, ignorando seu universo lingüístico, desconsiderando, assim, que “os símbolos só têm significados por causa do compartilhamento ou experiências que damos a eles” (FARIA, 1998, p. 28), ou ainda, quando, intencionalmente, para que a mensagem transmitida não seja realmente compreendida, livrando-nos, com isso, do compromisso de detalhar explicações, esclarecer dúvidas, enfim, formas para conservá-lo na sua passividade e alienação.

O relato a seguir, observado em uma Unidade de Internação, na qual um paciente portador de um abcesso inguinal pós herniorrafia é transferido de uma enfermaria coletiva para uma de isolamento, ilustra notavelmente a aparente falta de preocupação, por parte dos profissionais, com a comunicação enquanto “um compreender mútuo”:

Auxiliar de enfermagem: “- O Sr. não pagou o aluguel e lhe expulsaram do quarto?

Paciente: - Disseram que era por causa dos “bichinhos”... Só que, até agora, eu não vi bichinho algum...”

Nesse exemplo, pode-se deduzir que a imagem mental que representa alguma coisa (o significante) não é compreendida da mesma forma pelo emissor e o receptor. Quer dizer, para o emissor, “bichinhos” significam bactérias, portanto, imperceptíveis ao olho nu. Para o receptor, ao contrário, representam bichos pequenos, mas que supõe possa-se ver (provavelmente, ele desconhece o fato de que possam existir “bichinhos” que não se possa ver). Mostrava-se, portanto, curioso uma vez que ainda não havia visto nenhum bichinho.

Para que a comunicação, então, pudesse se efetuar, o emissor deveria informar que os tais “bichinhos”, indicativos de infecção, não podiam ser vistos pelo olho humano, a não ser com a ajuda de aparelhos especiais (microscópios), mas que sua presença se fazia perceber, devido ao pús encontrado na ferida operatória, acompanhado de vermelhidão, endurecimento local, além da presença de febre.

Ainda, problematizando o fazer assistencial, observo que o setor público vem sobrevivendo e agonizando à luz de uma política de saúde falida, com um

discurso na teoria e outro na prática. Na realidade, o discurso em que versa a tríade **igualdade, integralidade e universalidade** da assistência (leis e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS), em minha opinião está longe de acontecer. Na prática, o setor público vem exibindo profissionais mal remunerados, obrigados a produzir serviços em péssimas condições (ambientes precários, falta de material e equipamentos, escassez de recursos humanos e tecnológicos, dentre outros).

O resultado disso é o aprofundamento de um “fazer mecânico” sobre alguém que é visto, apenas, como um “corpo doente” e não como um ser humano que, entre seus direitos, está o direito à voz. A comunicação, portanto, está afetada, deixando de ser uma relação dialógica para firmar-se como relação unilateral: o profissional transmite o seu conhecimento ao paciente que, “pacientemente” o recebe, sem direito de questionar, negociar, etc.

Consciente de que é preciso repensar a qualidade da assistência prestada ao paciente nos serviços de saúde (já que ele paga por isso, não devendo, então, ser injustamente penalizado), é que venho preocupando-me com seu o bem estar.

Há cerca de dois anos, realizei um curso de Especialização em Projetos Assistenciais, cuja prática assistencial desenvolvida por mim junto à equipe da Unidade hospitalar em que atuo (Unidade de Internação Cirúrgica), destinou-se a fornecer condições para o paciente cuidar-se eficientemente, em casa, após a alta hospitalar de modo a evitar complicações futuras. Por exemplo, o paciente era ensinado e estimulado a cuidar de sua colostomia, da sonda nasojejunal, reconhecer sinais de infecção precoce na ferida operatória, dentre outros. Esse trabalho resultou na monografia de conclusão do referido curso e foi intitulada como **“A preparação da alta hospitalar do paciente pós cirúrgico: uma proposta para prevenir complicações e reintegrá-lo mais rapidamente ao convívio social”** (OLIVEIRA, 2000). Porém, durante a implantação da referida prática, apesar de termos conseguido bons resultados (pacientes menos ansiosos, procurando sanar dúvidas em relação a procedimentos, tratamento etc.), verificou-se que alguns pacientes não manifestavam um comportamento satisfatório em relação às orientações prestadas, como, por exemplo, em um caso em que uma paciente referiu sentir fortes dores durante toda a noite.

Quando perguntei porque ela não solicitou medicação analgésica, a mesma relatou que *“uma auxiliar havia dito que a medicação que estava prescrita [dolantina] tinha muitos efeitos colaterais e que ficaria dependente dela”*. A paciente ficou com tanto medo, que preferiu ficar com dor e não solicitar a

analgésia. Esse caso ilustra, claramente, que a comunicação não foi eficiente, servindo para gerar pânico, não contribuindo em nada para o seu bem estar.

Logo, diante desses exemplos e muitos outros que poderiam ser apresentados, observo que falta, não só tratar a doença, mas principalmente, ouvir o outro, considerá-lo na condição de Ser humano que sente, que pensa e que age. Portanto, nós, profissionais, precisamos nos despir do papel de detentores do poder sobre o nosso usuário. Além de fazer ouvir a nossa voz, é preciso aprender a ouvir a voz do outro. Tudo isso transita pela necessidade de refletir e repensar o papel da comunicação entre profissionais e o cliente: a comunicação como instrumento de libertação e autonomia.

Conforme Stefanelli (1993, p. 20), “é pela comunicação estabelecida com o paciente que podemos compreendê-lo em seu todo, sua visão de mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir. Só assim poderemos identificar os problemas por ele sentidos, com base no significado que ele atribui aos fatos que lhe ocorrem e tentar ajudar a encontrar meios para manter ou recuperar sua saúde”.

Nesse sentido, para o desenvolvimento dessa pesquisa, cuja questão norteadora visa saber **qual a participação do cliente/paciente como livre decisor sobre os cuidados relativos a sua saúde**, parto do pressuposto de que as relações de comunicação estão seriamente afetadas, contribuindo para conferir ao usuário um papel submisso em relação à vontade (decisão) do outro (profissional).

Finalmente, cabe salientar que, apesar dos problemas enfrentados no cotidiano de trabalho, o hospital, pela peculiar característica de ser de ensino, conta com um número bastante expressivo de profissionais de nível superior, técnicos e docentes com pós-graduação (no mínimo especialistas, além dos mestres e doutores). Com certeza, esses profissionais estão procurando se aperfeiçoar, com o objetivo de adquirir novos conhecimentos, melhorando, assim, seu desempenho em relação à prática assistencial ou docente.

Todos precisam ter alguma proposta transformadora, na teoria. Entretanto, torna-se necessário vincular essa teoria à prática. O discurso deve estar aderido à ação. Nesse sentido, a habilidade de comunicação nos aproxima dos outros, faz de todos nós seres sociais. Acredito, portanto, ser o desenvolvimento dessa habilidade o marco inicial para toda e qualquer transformação.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVO GERAL:

- Compreender como vem se dando a participação do cliente/paciente no processo de decisão sobre questões relativas ao seu corpo, saúde e cuidado.

1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Fornecer subsídios para que os profissionais de saúde possam refletir sobre a importância da comunicação, no sentido de contribuir para que o cliente/paciente possa ser um livre decisor sobre questões relativas ao seu corpo, saúde e cuidado.
- Fornecer subsídios para que os profissionais de saúde possam refletir, também, sobre a importância da interação e do diálogo como um caminho para a sua autonomia.

Com a pretensão de atingir os objetivos propostos, confirmar ou rejeitar a hipótese formulada é que busquei, através do diálogo com diversos autores um referencial teórico-conceitual que pudesse fundamentar as questões levantadas, por ocasião do presente trabalho, cujas bases práticas resultam de minhas reflexões acerca do trabalho dos profissionais de saúde.

Para coletar os dados, que a seguir seriam analisados, optei pelas técnicas de observação e entrevista, sendo que a observação iniciou precocemente, objetivando averiguar as relações de comunicação entre os profissionais de saúde e pacientes, servindo a mesma, ainda, de base para a formulação das perguntas aplicadas, em um outro momento, na entrevista realizada com 13 pacientes em pré operatório de cirurgia eletiva, com o intuito de compreender se a comunicação entre estes e os profissionais de saúde poderia contribuir para que pudessem tomar decisões a respeito de seu corpo, saúde e cuidado.

A etapa seguinte, refere-se à análise dos dados coletados. Essa análise levou em consideração a satisfação dos objetivos anteriormente formulados, e também o referencial bibliográfico utilizado.

Finalmente, nas considerações, fiz um fechamento calcado nas minhas impressões acerca da pesquisa realizada. Referencio, em seguida, todos os autores, os quais busquei auxílio na sustentação teórica desse estudo.

3. CONSTRUINDO UM MARCO TEÓRICO ATRAVÉS DA ESCOLHA DE CONCEITOS QUE ENTRELAÇAM O COMUNICAR E O DECIDIR

“Quanto mais se adquire conhecimento estruturado (ciência) ou cotidiano (experiência), mais se terá capacidade de escolher dentre novas possibilidades que aparecem com este saber acumulado, tornando a todos mais livres para decidir: Assim, a pesquisa em saúde é mais do que uma absorção de conteúdos científicos ao saber cotidiano, é um aprender a perceber, a sentir e a pensar”.

(Maria Tereza Leopardi).

O homem, desde a era primitiva necessitou adaptar-se ao mundo em que estava inserido, ou seja, teve de aprimorar seus métodos de caça, pesca, plantação, defender-se dos predadores, organizar as primeiras sociedades, quer dizer, um modo de vida que acabou por evoluir até a época atual. Todas as conquistas da evolução humana só foram possíveis devido à busca incessante do conhecimento, isto é, quanto mais o homem sabe sobre o mundo que o cerca, mais se mune de ferramentas para adaptar-se a ele de uma maneira mais eficiente. Da descoberta do fogo à era do computador, podemos dizer que a humanidade avançou incomensuravelmente em relação ao saber (PRADO, 1996).

Segundo Maçada e Maçada [2000? p. 2], Piaget diz que “conhecer é atuar sobre a realidade modificando-a mediante esquemas de ação e esquemas representativos, de forma a lhe dar sentido. Refletir sobre a ação leva a novas relações, provocando a reestruturação do pensamento e conseqüentemente, à estruturação dos conhecimentos”.

Nesse sentido, através de uma maneira simplificada, Alves (2002, p. 50) afirma que “conhecer é reduzir o desconhecido ao conhecido”. O conhecimento humano evolui graças a determinações históricas, econômicas, políticas, sociais, religiosas, culturais, etc.

A essência do conhecimento, quer dizer, essa necessidade do homem de explicar o mundo, chamamos ciência. Assim, conforme Prado (1996, p. 4) “ciência é um conhecimento metodicamente adquirido. É, pois, um conhecimento humano, uma tentativa do homem compreender e explicar os fenômenos que cercam a sua existência”. Convém ressaltar que a ciência é caracterizada por um caráter metódico (método científico).

Logo, o método científico constitui um conjunto de regras e procedimentos utilizados para construir o conhecimento científico. Nas sociedades primitivas, a explicação dos fenômenos que cercavam a existência humana era baseada na mitologia: o mito explicava o mundo. Na Grécia antiga, começaram as primeiras tentativas de explicar o mundo racionalmente, através do pensamento científico-filosófico. Eis que surgem os grandes filósofos, como Platão, Sócrates, entre outros.

Já na Idade Média, a Igreja assume papel relevante na produção do conhecimento, no monopólio e na disseminação do saber. O conhecimento estava baseado na fé (iluminação divina).

No período seguinte, caracterizado pela transição entre o feudalismo e o capitalismo, temos o dinheiro como símbolo da riqueza, assim, o conhecimento tinha a função de fornecer ao homem instrumentos para o desenvolvimento econômico. Nele, o teocentrismo medieval (Deus é o centro do universo) foi substituído pela visão antropocentrista (o homem é o centro do universo). Isso determinou a valorização da capacidade do homem de conhecer e transformar a realidade. Cientistas e pensadores, então, começaram a ter primazia sobre os filósofos. Nesse contexto, se inseriram Galileu, Newton, entre outros.

Na fase a seguir, chamada período das revoluções (séculos XVIII e a primeira metade do século XIX), o pensamento foi marcado pela ascensão econômica e política da burguesia, expressando os valores básicos da sociedade burguesa: a liberdade, o individualismo e a igualdade. Esses valores determinaram diferentes correntes do pensamento, representadas por grandes pensadores da época como Voltaire, Kant, Marx, Comte, entre outros.

Ao longo do século XX, com a expansão do capitalismo e a industrialização, encontramos um forte confronto filosófico-ideológico na construção do conhecimento. O grande embate entre essas diferentes correntes se deu no papel

da objetividade e da subjetividade como elementos fundamentais na construção do conhecimento, determinando os diferentes métodos para se chegar “à verdade”.

Contudo, convém lembrar que a verdade sobre algum fato é sempre relativa, pois, o que hoje se explica de tal maneira, amanhã poderá ser explicado de outra, conforme a aquisição de novos conhecimentos.

O conhecimento é algo ilimitado. Embora a ciência goze, nos dias de hoje, da hegemonia de detenção do conhecimento acerca do mundo e dos fenômenos atrelados a ele, não constitui, em realidade, uma única forma de saber. Ela representa uma das formas de conhecimento.

Nesse sentido, Leopardi (2001, p. 50) compartilha esse pensamento, ao afirmar que “a ciência é apenas uma forma de conhecimento interessada em um grupo particular de fenômenos, de fatos. Assim, sempre que alguém se atreve a perguntar diante de algo ‘o que é isto, como isto acontece, por que acontece’, a resposta poderá ser de forma mágica, religiosa, filosófica, ou científica, ou ainda, com o denominado *senso comum*¹⁰ como forma simplificada e eclética de explicação do real, útil na prática cotidiana”.

Baseada em meu cotidiano profissional, após intensa reflexão sobre a questão “em que se orienta o conhecimento no cotidiano do trabalho em saúde”, penso que os profissionais privilegiam a técnica e a destreza manual como forma de conhecer e “dominar” a profissão. Ou seja, quanto mais parece saber sobre patologias, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, mais respeito e credibilidade o profissional acredita transmitir a seus pacientes e mesmo a outros colegas.

Sem dúvidas, este tipo de conhecimento é necessário, como sendo um dos requisitos para um bom desempenho profissional. Porém, na prática, isso contribui também para a hegemonia desses profissionais sobre o corpo doente: o profissional imprime seu saber imposto a um corpo objetificado, “um monte de carne”, provavelmente tratado como sem alma e sem sentimentos. A esse corpo não é dado o direito de questionar, de interagir, de decidir.

É clara a hegemonia do conhecimento científico por parte do profissional sobre o conhecimento (saber) do paciente. Conhecimento esse, proveniente do cotidiano, da experiência de vida, igualmente importante, que valoriza o indivíduo.

¹⁰ Por *senso comum* entende-se o conhecimento não científico, mas aquele advindo do cotidiano, da experiência e cultura de cada ser humano, devendo, portanto ser respeitado e reconhecido como um outro tipo de saber.

Com base no exposto, penso que o profissional deve estruturar uma filosofia de trabalho, na qual haja o resgate das relações humanas, mediada pela comunicação, através de uma interação sujeito-sujeito, que busque levar o Ser à autonomia. Para isso, é necessário, primeiramente, que os profissionais de saúde desenvolvem seus próprios conceitos (concepções) a respeito das práticas e teorias que defendem no cotidiano de trabalho.

Assim, se o profissional conceber o Ser humano como sendo único, reflexivo, consciente e autônomo vai, com certeza, direcionar sua ação em busca de uma relação dialógica, comprometida com a autonomia desse Ser, estimulando-o a participar do seu cuidado. Mas, se ao contrário, como se observa em grande parte dos serviços públicos de saúde, o profissional mantiver uma relação vertical, no sentido de transmitir e impor o seu “saber”, através de ações puramente prescritivas, concebe este Ser humano como sendo um objeto manipulável, irracional e que, portanto, nada sabe. Logo, é incapaz de decidir por si mesmo.

Enfatizando o exposto até agora, a teoria (constituída pelos vários conceitos que temos acerca de certas coisas) é desenvolvida para ser posta em prática. Na verdade, teoria e prática devem caminhar juntas no desenvolver da nossa prática assistencial, pois, para uma boa teoria, é essencial a prática e, para uma boa prática, é essencial a teoria (DEMO, 1985, p. 54).

Não existe uma singular maneira de explicar a realidade. Cada Ser é capaz de interpretar os fenômenos à luz de sua visão de mundo, de suas experiências de vida etc. Todas as possíveis explicações acerca do mundo advém de uma prévia reflexão sobre a realidade.

Nesse sentido, ao concordar com as reflexões de Triviños (2001, p. 42), concebo teoria como sendo “uma forma particular de perceber a realidade descrevendo-a, interpretando-a e explicando-a. É uma maneira de compreender o mundo que nos cerca”.

No entendimento de Gil (1994, p. 89), a palavra teoria pode ser entendida de maneiras diversas. Na linguagem popular, é identificada freqüentemente com especulação.

Lakatos e Marconi (1994, p. 89), porém, afirmam que teoria não é especulação e a definem como sendo “um conjunto de princípios fundamentais que se constituem em instrumento científico apropriado na procura e, principalmente, na explicação dos fatos”.

Gil (1994, p. 37), apoiado em Trujillo Ferrari, destaca a importância das teorias no processo de investigação em ciências sociais, ao enfatizar que elas proporcionam a adequada definição de conceitos, bem como o estabelecimento de sistemas conceituais, além de indicar lacunas no conhecimento, auxiliar na construção de hipóteses, explicar, generalizar, sintetizar os conhecimentos e, finalmente, surge a metodologia apropriada para a investigação.

Neste contexto bastante amplo, as teorias também são compreendidas como sendo um conjunto de conceitos articulados entre si, que vão nortear um estudo ou mesmo uma filosofia de trabalho.

King (1988, p. 23), apoiada em Kaplan, diz que um conceito “é uma imagem mental de uma coisa, uma pessoa ou um objeto. É uma idéia na mente de alguém formada por uma generalização de experiências concretas específicas”. Os conceitos são compartilhados através de palavras.

Esses conceitos, porém, vão assumir determinada significação para cada indivíduo, de acordo com aquilo no qual acreditam, filosofia de vida, visão de mundo, cultura etc. Por exemplo, o diálogo, numa concepção autoritária, assume o papel de um mero repasse de informações, de uma maneira vertical, do chefe aos subordinados. O mesmo visa simplesmente o cumprimento de ordens. Já, em uma instituição democrática, observa-se que o diálogo constitui-se em uma relação recíproca, no qual todos têm direito à voz, opinam, sugerem.

3.1. A comunicação interpessoal: uma relação dialógica que leva à autonomia do decidir

Ao refletir sobre o cotidiano do trabalho em saúde, principalmente institucional, o qual tenho mais vivência, observo que as relações entre profissionais e usuários são estabelecidas de uma maneira um tanto tradicional, ou seja, o profissional parece reservar-se o poder de impor ao paciente o que julga melhor a este, cujo papel se resume a aceitar esse saber imposto sem nada questionar.

Ao observar, portanto, o usuário passivo e não informado, penso que uma proposta transformadora para esta realidade passa pelas relações de comunicação, com ênfase na informação, visando torná-lo (esse usuário) mais crítico, reflexivo e

proporcionando o que lhe é direito: a autonomia na decisão consciente sobre seu corpo, cuidado e saúde. Acredito no alcance desse objetivo, visto que tenho como pressupostos que:

1. Os indivíduos são singulares quanto as suas particularidades e sociais em suas relações com o mundo.
2. A linguagem é social, servindo como mediadora entre os seres e o mundo.
3. Os indivíduos nascem livres, portanto se incentivados a exercer sua autonomia, são capazes de refletir a sua realidade, decidindo transformá-la quando julgarem necessário.
4. A verdadeira comunicação é centrada no diálogo, no qual emissor e receptor são sujeitos da ação.
5. Quanto mais informados forem os indivíduos, melhores instrumentalizados estarão para decidirem com segurança e autonomia sobre questões relativas ao seu corpo, cuidado e saúde, bem como todas as questões sociais.
6. Não há verdade absoluta e nem alguém que tudo saiba. Somos todos possuidores de um saber relativo e aprendizes de outros saberes relativos.

Mais uma vez, resgatando o fundamento dessa pesquisa, salienta-se que a mesma objetiva à reflexão de que a conquista da autonomia e do poder de decisão passam pelas relações de comunicação, ou seja, a informação deve ser veiculada por meio de uma relação dialógica entre os participantes. Todos devem ser sujeitos das ações.

Para a compreensão desse estudo, foi necessário buscar apoio em autores interacionistas, cujas teorias por eles defendidas visam à emancipação do Ser humano como indivíduo livre e autônomo.

Entre esses autores, os quais decidi referenciar, devido minha identificação com suas idéias e correntes de pensamento, estão Jürgen Habermas, Joyce Travelbee e Paulo Freire, sendo que, apoiada em suas teorias, resolvi trabalhar conceitos, os quais dentro dessa linha (interacionistas) julgo importantes. São eles: **comunicação, diálogo, tomada de decisão, Ser humano e autonomia.**

Com o propósito de propor uma abordagem transformadora, a qual os profissionais devam refletir sua postura tradicional em relação a uma postura mais humanizada, observo que esses autores satisfazem esse objetivo, visto que eles apresentam aproximações entre si, isto é, respeitam o indivíduo em sua

singularidade e complexidade, defendem uma relação dialógica, emancipatória, através da qual esse indivíduo possa emergir como Ser humano e exercer seu pleno potencial de autonomia.

3.2. Habermas, Travelbee e Freire: interligados através de um núcleo comum – a interação

Jürgen Habermas, teórico alemão, nasceu em 18 de junho de 1929, em Düsseldorf. O nome desse autor está intimamente ligado à Escola de Frankfurt. Com a morte de seus fundadores, em especial Adorno, Horkheimer e Marcuse, Habermas é considerado o último representante da teoria crítica da sociedade (FREITAG; ROUANET, 1993, p. 9-10).

Essa teoria crítica da sociedade (da qual faz parte a teoria do Agir comunicativo) procura reconstruir os processos de formação, os princípios de organização e as crises pelas quais passam as formações societárias no decorrer dos tempos[ROCHA, 1999? p. 4].

A Teoria do Agir (ou da ação) Comunicativo prioriza a interação humana, diferenciando-se, com isso da abordagem prescritiva, a qual, apoiada em regras morais de caráter normativo, só admite a “verdade” com base nestas normas, consistindo, portanto, em enunciados, em prescrições seguidas segundo um comportamento imposto e não por compartilhamento de significados, como sugere a ação comunicativa. Nesse sentido, Habermas (1989, p. 76) diz que “o componente central do significado consiste, então, no fato de que o falante, por meio de um *enunciado*¹¹ normativo recomenda ou prescreve a um ouvinte uma determinada escolha entre alternativas de ação, sendo que recomendações (prescrições) se baseiam, em última análise, em princípios que o falante adota arbitrariamente”.

Nessa mesma linha de pensamento, Freire (1987, p. 34) reforça que “um dos elementos básicos, na mediação opressor (dominador) e oprimido (dominado) é a prescrição. Toda a prescrição é a imposição de uma consciência à outra. Daí o sentido alienador das prescrições, que chamamos consciência hospedeira da

¹¹ Esse enunciado corresponde a regras previamente estabelecidas, através de modelos institucionais, tomadas como verdade, devendo, portanto, serem seguidas por obrigação moral e não pelo compartilhamento consciente de quem é obrigado a obedecer.

consciência opressora. Por isso, o comportamento dos oprimidos é um comportamento prescrito. Faz-se com pautas estranhas a eles – as pautas dos opressores.

Representando uma visão aposta ao comportamento prescritivo, a teoria do agir comunicativo é definida por Triviños (2001, p. 64) como sendo uma teoria que “se baseia na racionalidade comunicativa”. Habermas, no entendimento de Triviños (2001, p. 65), busca as bases de sua teoria, principalmente nos atos de fala desenvolvidos por Searle e Austin, a quem interessam a linguagem comum, que serve de comunicação direta entre as pessoas. A teoria do agir comunicativo acumula conceitos de interesse nesse estudo, tais como: linguagem, interação, diálogo, fala, discurso.

Ainda, segundo Triviños (2001, p. 66), a teoria do agir comunicativo teria como tarefa “identificar e reconstruir as condições universais de entendimento, as quais são postuladas da seguinte maneira:

- 1.º Usar expressões inteligíveis para comunicar algo.
- 2.º Procurar dar-se a entender.
- 3.º Conseguir entender-se com as outras pessoas.

“Ou bem a gente diz o que é o caso ou o que não é o caso ou bem a gente diz algo para outrem, de tal modo que ele compreende o que é dito [...]. Compreender o que é dito a alguém, exige a participação no agir comunicativo...”
(HABERMAS, 1989, p. 40).

O objetivo desse processo é chegar a um acordo, sendo que esse acordo permitirá aos participantes decidir ou chegar a um consenso sobre algo que interesse a ambos.

Joyce Travelbee, americana, nasceu em 1926, foi enfermeira psiquiátrica, além de docente e escritora. A questão central, para ela, é responder como se estabelecem as relações enfermeiro-paciente, que é uma relação pessoa-pessoa e com qual propósito.

Para ela, a enfermagem é um processo interpessoal entre dois seres humanos, no qual um deles precisa de ajuda e o outro fornece ajuda (LEOPARDI,

1999, p. 85). A autora chama atenção ao fato de que o compromisso emocional reforça a relação enfermeira-paciente, mas que o mesmo deve ser entendido como um processo que não pode ser ordenado ou prescrito. Deve ser espontâneo. Para tanto:

“Los requisitos previos incluyen el reconocimiento y la aceptación de si misma (enfermera) como entidad distinta y la capacidade concomitante para perceber a otros como seres humanos únicos”. (TRAVELBEE, 1979, p. 42).

Paulo Reglus Neves Freire, nasceu em 19 de setembro de 1921, em Recife. Faleceu em 02 de maio, de 1997, em São Paulo. Foi um verdadeiro educador de seu tempo, incompreendido, exilado, reconhecido e enaltecido no mundo e, na volta ao país, reconstruiu e continuou sua obra em prol da educação, sempre buscando ultrapassar as barreiras que obstaculizam a busca do “ser mais” (SAUPE, 1998, p. 248-249).

Esse fascinante educador, com notório reconhecimento tanto no país quanto fora dele, revolucionou a educação tradicional¹², ao desenvolver sua pedagogia transformadora, centrada na interação humana, no binômio educador-educando, na qual ambos se educam. Não há, portanto, sabedores ou ignorantes absolutos. Logo, os indivíduos nesta abordagem, são providos de sua condição de seres conscientes e reflexivos, portanto, sujeitos da ação.

COMUNICAÇÃO: bem mais do que uma simples transmissão de idéias

De acordo com a sua teoria da ação comunicativa, Habermas, define comunicação como sendo “o meio em que os indivíduos participam de uma identidade moral comum, baseada em expectativas recíprocas”. Nesse sentido, Habermas compreende que a comunicação consiste em uma forma de agir interativa entre as pessoas, devendo, para se efetuar, ter significado tanto para o emissor quanto para o receptor (INGRAN, 1993, p. 26).

Sendo a mensagem transmitida através de uma linguagem clara (entendida) para todos, vai ser, então, possível chegar ao entendimento (compreensão) mútuo.

A comunicação, portanto, leva à compreensão mútua através do saber compartilhado entre emissor e receptores.

Travelbee desenvolveu em sua obra denominada **Intervención en enfermería psiquiátrica**, um capítulo especialmente dedicado à comunicação com os pacientes. Logo, a comunicação é, para Travelbee, a essência da relação pessoa-pessoa. Sobre isso, ela menciona que “la habilidad para comunicarse permite que el ser humano se relacione, llegue a otros, se entregue y comparta con los demás” (TRAVELBEE, 1979, p. 59).

Esta autora refere, ainda, que se comunicar vai além da transmissão-recepção de uma mensagem por meio de um canal adequado para a compreensão dos envolvidos, advertindo, também, quanto à atenção que deve ser dada a essa relação dialógica, que consiste, entre muitas coisas, em ser receptivo às críticas, sejam elas construtivas ou negativas, pois essas experiências nos permitem refletir e amadurecer.

Em nosso cotidiano, estamos muito acostumados a criticar, mas bem pouco acostumados a receber críticas com a mesma naturalidade com a qual as fazemos, pois o Ser humano procura, de certo modo, impor as suas verdades.

Enquanto Habermas enfatiza o processo comunicativo como um processo que motive uma ação de adesão em que ambos indivíduos devem se colocar em prévio acordo na consecução de um objetivo, Travelbee acredita que, para haver comunicação, nem sempre significa que as pessoas devam estar sempre de acordo, pois cada um reflete o mundo e os problemas nele contidos à sua maneira, conforme a sua realidade.

¹² A educação tradicional é entendida como sendo aquela em que o professor, sendo a figura dominante,

Freire (1983, p. 29) diz que “não podemos nos colocar na posição do ser superior que ensina um grupo de ignorantes, mas, sim, na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo”.

Ainda em seu discurso, Freire (1983, p. 28) afirma que “o homem não é uma ilha. É comunicação”. Portanto, como Habermas e Travelbee, percebe o processo comunicativo como sendo um fenômeno socialmente vivido. Para ele, a comunicação, através do diálogo, deve ser um instrumento de libertação e não de opressão, contribuindo, sistematicamente, para a reflexão, recriação ou transformação da realidade.

Reforça essa idéia, ao dizer que “o trabalhador social que opta pela mudança não teme a liberdade, não prescreve, não manipula, não foge da comunicação, pelo contrário, a procura e vive” (FREIRE, 1983, p. 51).

O DIÁLOGO: um ir e vir através da palavra

Conforme Andrade (1985, p. 1), o diálogo pode ser definido como sendo “uma conversação alternada entre duas ou mais pessoas. O processo de uma estrutura verbal em direção à verdade. O exercício do diálogo baseia-se fundamentalmente na idéia do homem como ser racional, livre, igual e consciente”.

Essa verdade, supostamente aceita pelos participantes, na concepção de Habermas, é chamada entendimento mútuo. Esse autor diz que diálogo é parte do processo comunicativo e, portanto, envolve a participação de todos na ação. Ao apoiar-se em Alexy, Habermas (1989, p. 112), nesse sentido, diz que:

- Todos os sujeitos, sem exceção, devem participar com seus argumentos.
- A esses participantes são asseguradas chances iguais de contribuir para a argumentação.
- Todos têm acesso universal ao discurso, não devendo sofrer repressões, por mais sutis e dissimuladas que sejam.

Travelbee também reconhece a importância do diálogo nas relações de comunicação. Segundo essa autora, o diálogo pode ser entendido como sendo uma relação de troca entre os Seres humanos, pois, através das experiências vividas,

todos influenciam-se mutuamente. Percebe-se claramente essa concepção, quando refletimos acerca de suas palavras, quando apresenta que

“el relacionarse es una experiencia o serie de experiencias que se caracterizan por un dialogo significativo entre os seres humanos – cuando los seres humanos se relacionan, ambos se influyen y cambian irrevocablemente, y no olvidan fácilmente la experiencia” (TRAVELBEE, 1979, p. 70).

Esta autora ainda chama a atenção que, para uma relação dialógica efetiva, é necessário escolher o momento oportuno para falar, para calar-se, o que dizer e, ainda, como dizer. O diálogo se estabelece, portanto, com base em dados significativos para quem está dialogando: Esta fala apresentada por Travelbee (1979, p. 70) ilustra perfeitamente uma situação em que o diálogo não se dá da forma esperada.

“Estaba tan deprimida y preocupada por mis hijos que podría haber llorado; sin embargo, la enfermera continuaba preguntándome acerca de la canasta que hice en la clase de terapia ocupacional. Quería hablar sobre mis hijos, pero ella (la enfermera) estaba más interesada en la canasta”.

Como se pode observar, nessa tentativa de diálogo entre uma paciente e a enfermeira, não foi estabelecida uma relação efetiva, pois enfermeira e paciente não estavam falando sobre assunto de interesse comum, ambas preocupavam-se com assuntos de interesse próprios.

Freire (1987, p.78), em sua pedagogia transformadora, também confere importância fundamental à relação dialógica, como fator principal de interação. Portanto, em sua acepção, “diálogo é o encontro dos homens mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, então, na relação eu-tu”. Estende-se, ainda, na relação nós-eles. Apoiado nas idéias de Jaspers, Freire (1987, p. 61) diz

que “o diálogo nasce de uma matriz crítica e gera criticidade – é por isso que o diálogo comunica”.

Esse caráter crítico do diálogo, Freire concebe a todos participantes. Estes participantes trocam experiências e conhecimentos diante de um fato. Portanto, o ponto de vista de cada um é respeitado. O Ser é respeitado na sua individualidade e insere-se em um contexto, enquanto membro social.

SER HUMANO: emergindo como sujeito no contexto social

Nestas teorias interacionistas, cujos fundamentos baseiam-se nas relações interpessoais, não se pode deixar de conceber um novo conceito de Ser humano¹³ fora do contexto tradicional, no qual o poder e o conhecimento costumam ser centrados em uma pessoa ou em um grupo seletivo de pessoas. O Ser humano, pertencente à nova concepção, vai ser representado pelos indivíduos imersos em cada contexto social, fazendo parte dele, rumo à reflexão e a transformação da realidade.

O Ser humano, na concepção de Habermas (1989, p.165), é um Ser participante, cujo agir (ação) é orientado (a) para o entendimento mútuo. Ele prioriza a participação igualitária de todos no processo. Obviamente (ainda que implicitamente) confere a todos os indivíduos o papel de Ser reflexivo, livre, capaz de exercer sua própria ação. Logo, conforme o autor, verificamos que “o acordo¹⁴ não pode ser imposto à outra parte, não pode ser extorquido ao adversário, por meio de manipulações”

É importante ressaltar que, para Habermas, essa emancipação do Ser humano em busca de sua condição de indivíduo interativo a atuante passa, sem dúvidas, pelas relações de comunicação. Assim, conforme Freitag e Rouanet (1993, p. 13), “o conhecimento comunicativo o impele (o homem) a emancipar-se de todas as formas de repressão social (ou de seus representantes intrapsíquicos)”.

¹³ A palavra Ser, referida no contexto como um substantivo, é destacada propositadamente durante todo o referencial teórico em letra maiúscula, conferindo a este uma destacada importância. A palavra ser aparece em minúsculas, quando representa o verbo, ou ainda substantivo, mas quando é retirada de fragmentos de textos elaborado por outros autores.

¹⁴ A palavra acordo, aqui, é empregada com o mesmo valor de “entendimento mútuo”, que é o propósito da teoria comunicativa de Habermas.

Leopardi (1999, p. 85), ao abordar o conceito de Ser humano, sob a ótica de Travelbee, diz que “Serres humanos são irrepetíveis e únicos. Os seres humanos são seres racionais e únicos e são mais diferentes que semelhantes”. (...) Como seres sociais, podem conhecer, amar e responder aos outros, compreendendo sua unicidade”.

A preocupação com o pleno desenvolvimento do Ser humano faz-se presente na teoria da relação pessoa-pessoa, desenvolvida por Travelbee, possivelmente, devido ao paciente psiquiátrico (sujeito de seu estudo) encontrar maiores dificuldades de integrar-se à sociedade (sendo, muitas vezes, excluído dela). A autora levou, entretanto, em conta, a condição de Ser humano tanto do profissional quanto do paciente. Enfatiza a unicidade do Ser humano e seus sentimentos.

Observo uma grande aproximação com Habermas, no sentido em que o caráter das relações humanas passam por relações de comunicação, conforme pode ser entendido, quando apresenta que,

“ Por lo tanto, la comunicación es importante por el efecto que tiene en la formación de la personalidad y la estructura del carácter individual. Los fundamentos de la percepción que tiene el individuo de si mismo, del mundo y del lugar que ocupa se desarrollan en parte como resultado de todos los mensajes que le comunicaron las personas importantes de su vida: cuando, por quien y com qué objeto” (TRAVELBEE, 1979, p.63).

Freire também desenvolveu seu estudo sob a ótica da participação do Ser humano. Saube (1998, p. 250), apoiada em Freire, diz que “o homem é entendido como ‘ser inconcluso’, que é e está sendo no tempo que é o seu, um ser histórico, vocacionado para ‘ser mais’”. Por ser este homem inacabado, ou inconcluso, é que ele procura se educar, adquirir conhecimentos para interagir no mundo: agindo, transformando.

Portanto, Freire, ao criticar a educação tradicional (opressora) e concebendo uma educação emancipatória, está compreendendo o indivíduo como sendo um Ser

livre, reflexivo e consciente, frente aos problemas cotidianos, sendo capaz de interferir neles, se estimulado a agir assim. Essa capacidade de conscientização e reflexão pode ser buscada através de uma educação emancipatória e não alienante, calcada em um discurso também emancipatório. Sobre isso, Freire diz que:

“Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio desta realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e, com seu trabalho, pode criar um mundo próprio” (FREIRE, 1979, p. 30).

DECIDINDO com AUTONOMIA

De acordo com as teorias interacionistas, as relações humanas estão centradas na comunicação dialógica, fazendo com que cada indivíduo seja partícipe na recriação de sua realidade e transformação de sua história. Para o efetivo exercício dessas potencialidades, as relações interativas preconizam a liberdade de expressão e a autonomia para decidir, pois somente o indivíduo, na sua condição de Ser livre, será também autônomo para tomar decisões conscientes sobre questões políticas, sociais e econômicas.

Parece óbvio que os homens relacionam-se entre si através da comunicação, sendo esta caracterizada pelo dialogicidade, fazendo de todos partícipes dos processos sociais. Nesse sentido, baseados nas idéias de Habermas, dizem que “o conhecimento comunicativo o impele (o homem) a emancipar-se de todas as formas de repressão social – [...] pois somente através da crítica, compreendida como auto reflexão e auto questionamento, é que os momentos reprimidos, ocultos, distorcidos pelo processo histórico do conhecimento, podem ser recuperados, reelaborados e conscientizados, permitindo redescobrir o interesse fundamental, o da emancipação” (FREITAG e ROUANET, 1993, p. 13).

Ao emancipar-se, o homem liberta-se e, ao libertar-se, torna-se um Ser autônomo, isto é, dotado de vontade própria. Ingran (1993, p. 37) sustenta essa afirmativa e, apoiado em Habermas, apresenta que:

“o interesse humano pela autonomia e a responsabilidade não é mera fantasia, porque pode ser apreendido *a priori*. O que eleva acima da natureza é a única coisa cuja natureza podemos conhecer – ‘a linguagem’. Pela sua estrutura, a autonomia e a responsabilidade nos são dadas. Nossa primeira fase expressa, de forma inequívoca, a intenção de um consenso universal e sem limites... só uma sociedade emancipada, realizada a autonomia e a responsabilidade de seus membros, a comunicação poderia desenvolver-se no diálogo não autoritário e universalmente prático, do qual derivam sempre implicitamente, tanto nosso modelo de ego – identidade reciprocamente constituída, como nossa idéia de um consenso autêntico”.

Leopardi (1999, p. 85), apoiada na teoria proposta por Travelbee, diz que “as pessoas experienciam conflitos e fazem escolhas”. Isto é, decidem que conduta tomar diante de cada situação vivenciada. O ato de decidir, portanto, faz parte do dia-a-dia de cada Ser humano.

Quando afirma que o paciente deve participar ativa e não passivamente das experiências da vida, Travelbee não está concebendo outra coisa, senão um ser humano capaz de decidir sobre questões pertinentes a seu viver, devendo apenas ser ajudado a fazer isso, através do fortalecimento de sua capacidade de reflexão e conscientização. Isso pode ser conseguido, por meio da informação e da educação.

Nos objetivos da enfermeira, traçados em sua teoria, destacam-se alguns, que reforçam aquela idéia:

“La enfermera ayuda el enfermo a percibir su participación en una experiencia. La enfermera procura ayudar al paciente a verse a sí mismo como un participante activo en la vida y su acontecer”. (TRAVELBEE, 1979, p. 54). “La enfermera ayuda al enfermo a discinar alternativas” (TRAVELBEE, 1979, p. 55).

Travelbee considera importante a relação de ajuda estabelecida entre paciente e enfermeira, no sentido de torná-lo participante. Decidir, envolve participação, ou seja, tornar-se sujeito da ação. Nesse sentido, aos profissionais de saúde cabe o papel de fortalecer os indivíduos, instrumentalizando-os para uma decisão segura em relação a questões sobre sua saúde. Esse poderoso instrumento é a informação honesta e comprometida com a autonomia do Ser humano.

Freire (1983, p. 31) diz que “o homem deve transformar a realidade para ser mais”. Apoiada nas idéias desse autor, Mizukami (2001, p. 91) diz que .

“a elaboração e o desenvolvimento do conhecimento estão ligados ao processo de conscientização. O conhecimento é elaborado e criado a partir do mútuo condicionamento, pensamento e prática. Como processo e resultado, consiste ele na superação da dicotomia sujeito-objeto”.

Portanto, a autonomia do decidir faz o homem emergir na condição de sujeito, deixando de ser um simples objeto moldado, manipulável. Nesse sentido, pode-se dizer que Freire, então, concebe “decisão”, como sendo a condição em que o homem deixa de ser objeto para ser o sujeito de suas ações, sendo que estas ações se desenvolvem a partir de uma consciência crítica, em que este homem seja capaz de refletir e transformar sua realidade, pois

“na medida em que o homem cria e decide, vão se formando as épocas históricas. E é também criando e recriando e decidindo como deve participar nessas épocas. É por isso que obtém melhor resultado toda vez que, integrando-se no espírito delas, se apropria de seus temas e reconhece suas tarefas concretas”
(FREIRE, 1983, p. 64).

Para terminar, é apresentado, a seguir, um esquema (figura 2) que justifica o marco teórico que orientou este estudo. Os conceitos de **comunicação, diálogo, Ser humano, decisão e autonomia** foram trabalhados com base na visão de Jürgen Habermas, Joyce Travelbee e paulo Freire. Autores que, segundo o meu ponto de vista, têm como elo comum uma concepção interacionista das relações humanas, respeitando o homem como um ser livre e autônomo.

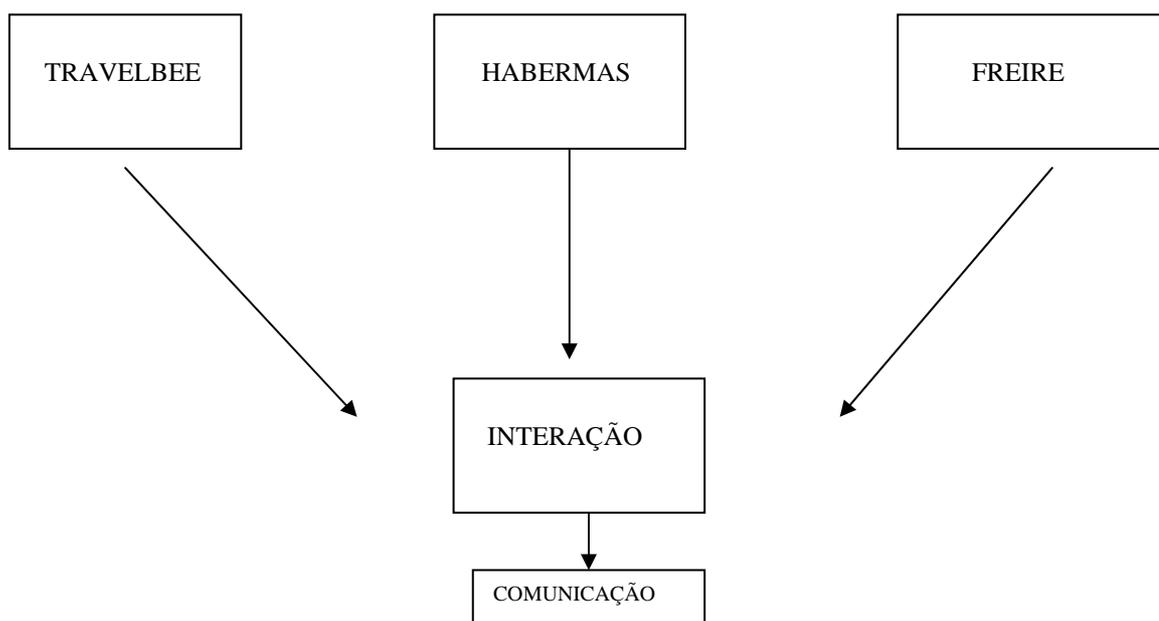




Figura 2: Esquema resumido do marco teórico utilizado nesse estudo.

2. DECIDINDO POR UM APORTE TEÓRICO QUE FUNDAMENTE O ESTUDO.

2.1. A palavra emergindo como fator de socialização entre os seres humanos

“A palavra se orienta em função do interlocutor. Na realidade, a palavra comporta duas faces: precede de alguém e se dirige para alguém. Ela é o produto da interação do locutor e do interlocutor; ela serve de expressão a um em relação ao outro, em relação à coletividade. A palavra é uma espécie de ponte lançada entre mim e os outros”.

Maria Celeste Said Marques

Conforme Bérnago (1999, p. 181), os primeiros escritos sobre comunicação surgiram no final do século IX, com o intelectual europeu A Korzybsky. No início do século XX, Russel e outros escritores publicaram as primeiras obras sobre o assunto, mas foi, a partir da II guerra mundial, que o ocidente despertou o interesse para a comunicação, visando sua aplicação na prevenção de novos conflitos entre os Estados.

Assim, a comunicação assumiu importante papel na administração dos sistemas de governo e de corporações científicas e militares. Igualmente importante, tornou-se a comunicação nas relações interpessoais, em que se baseia não só o processo de trabalho, mas, também, outras formas de crescimento e desenvolvimento das civilizações. Quando falamos em comunicação, imediatamente vêm a nossa mente idéias como “informar, transmitir” alguma coisa a alguém. Mas será esse um processo tão simples?

Examinaremos alguns conceitos, os quais ajudarão pouco a pouco a esculpir as reflexões acerca dessa temática, tão significativa no cotidiano do ser humano. **Comunicação** pode ser definida como sendo “a estrutura de sinais e símbolos importantes que dão ordem e significado às interações humanas. É o processo dinâmico fundamental para a existência, crescimento, desenvolvimento e trocas”. (LEOPARDI, 1999, p.91-2).

Bérgamo (1999, p.184), reforça que a visão de Leininger de comunicação aparece quando a mesma a considera como um sistema aberto, parte de uma cultura em constante interação com as demais culturas que a cercam. Ambos os conceitos completam-se em suas idéias e pode-se dizer que o ponto-chave comum entre eles reside, principalmente, nas idéias de **interação e sociabilidade**. George (1993, p.172) define **interação** como sendo “comportamentos observáveis de duas ou mais pessoas na presença mútua”. Ou seja, a interação vai consistir em uma troca efetiva entre os indivíduos.

Como o ato de interagir e comunicar pressupõe, no mínimo, o envolvimento de dois indivíduos, é mister, então, apreender o caráter social da comunicação. Sobre essa afirmativa, Faria (1998, p. 27) refere que “o homem passa todo o seu tempo interagindo com os outros homens, a tal ponto que somente se pode entender a conduta social do indivíduo, no contexto de sua interação com os outros indivíduos”.

A primeira instituição social, como sabemos, é constituída pela família. Neste sentido, o homem, desde o nascimento, já é concebido no seio desta sociedade com a competência para se comunicar. Ainda que a linguagem falada não esteja desenvolvida, ele já expressa a necessidade de afeto, o frio, a fome, a dor através de um outro tipo de linguagem (não verbal), representada pelo choro. Qual a mãe (com algumas exceções) que não distingue a necessidade de seu bebê através do tipo de choro manifestado por ele?

Ao refletir sobre o que seja comunicação, observamos, ainda, mais dois conceitos, a seguir:

A **comunicação** caracteriza-se por “ser aquilo que alguém ou grupo faz com símbolos ou sinais em face a outra pessoa. Coincidem com as transações de um indivíduo com seu meio ambiente”. (THAYER, 1967, p. 95).

Meerloo (1967, p. 167) acrescenta que **comunicação** representa “um acúmulo de funções transacionais, mediante as quais um estado do corpo e espírito é transmitido de uma pessoa a uma outra e são provocadas respostas”.

Novamente, nesses conceitos, estão presentes o caráter interativo e social da comunicação. O termo **transação**, utilizado por ambos os autores, aqui parece ter o mesmo significado de interação. King, porém, faz distinção entre **interação/transação**, sendo que define esta última como sendo o intercâmbio social para o alcance dos objetivos, ou seja, dizemos que ocorre a transação somente quando os comportamentos demonstram o alcance dos objetivos.

Transportando esse exemplo para o universo da comunicação, podemos dizer que, quando se tem uma reação (resposta) em relação à informação (mensagem) enviada, ocorreu o que chamamos transação, isto é, houve comunicação, de fato.

Como a comunicação implica “um ir e vir”, envolve sempre a emissão de uma resposta por parte de quem recebe a mensagem. Assim, podemos dizer que ela tem um caráter bilateral, pois envolve sempre uma relação de trocas entre emissor e receptor, sendo que estes papéis se alternam constantemente.

Em relação à parte inicial deste texto, onde se afirmava que comunicar significava transmitir e / ou informar alguma coisa a alguém, pode-se concluir, que a referida idéia é muito pobre. Na verdade, comunicar consiste em algo bastante complexo, pois envolve o repasse mútuo de informações (interação), em um código conhecido, dentro do meio social em que acontece o processo, ocorrendo a transação quando algum objetivo (resposta) é alcançado, podendo-se afirmar que o processo da comunicação se dá efetivamente, por meio da linguagem.

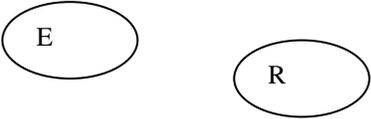
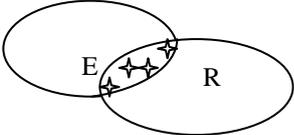
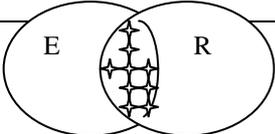
O processo de comunicação é bastante complexo, uma vez que envolve uma interação efetiva entre as partes envolvidas, ou seja, a mensagem enviada/ recebida deve obedecer ao

mesmo código, conhecido tanto pelo emissor como pelo receptor.

Os elementos que integram o processo de comunicação consistem num emissor, um receptor, uma mensagem, um canal e um código. O emissor é o indivíduo que transmite a mensagem a um receptor que vai recebê-la. Esta mensagem (constituída pelo conteúdo das informações transmitidas) é enviada através de um canal (via de circulação da mensagem). Esse canal pode ser constituído de meios sonoros (voz, ondas sonoras, ouvido...), meios visuais (excitação luminosa, percepção da retina...).

O código é um conjunto de signos e regras de combinação destes signos que o emissor lança mão para elaborar a sua mensagem. Esse elemento é de extrema importância para que o processo de comunicação ocorra efetivamente. Logo, é preciso que o código utilizado seja comum; isto é, conhecido por ambos, emissor e receptor. O código, em outras palavras, consiste na linguagem utilizada para se comunicar. Nesse sentido, Benveniste apud Vanoye (1983, p. 29), diz que “a linguagem é um sistema de signos socializados”. Ao mencionar a expressão “sistema de signos”, define linguagem como um conjunto cujos elementos se determinam em suas interrelações. Logo, cada parte não tem função isolada, mas atuam em função dos outros elementos.

Portanto, para que se processe uma situação comunicacional, os signos devem ser comuns aos elementos envolvidos neste processo: emissor (E) e receptor (R). Os diagramas a seguir (figura 1) ilustram, conforme cada situação representada, condições que favoreçam ou mesmo dificultem a comunicação entre os indivíduos.

	<p>A comunicação não se realizou. A mensagem é recebida, mas não é compreendida. O emissor e o receptor não possuem nenhum signo em comum. Ex. falantes de diferentes línguas.</p>
	<p>A comunicação é restrita. São poucos signos comuns. Ex. um indivíduo que estuda inglês há pouco tempo e outro indivíduo, inglês, de fato.</p>
	<p>A comunicação é mais ampla, entretanto, a inteligibilidade dos signos não é total. Certos</p>

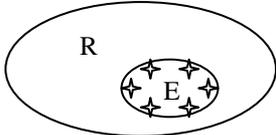
	<p>elementos da mensagem proveniente de E não serão compreendidos por R. Ex. um falante da língua culta e outro, da coloquial.</p>
	<p>A comunicação é perfeita. Todos os signos emitidos por E são compreendidos por R (o inverso não é verdadeiro, mas estamos considerando o caso de uma comunicação unidirecional.</p>

Figura 1. Esquema representativo da efetivação ou não do processo de comunicação.

Fonte: Vanoye (1983, p.16-17)

Neste sentido, Lopes (1995, p. 41) sustenta que

“para que a linguagem cumpra seus fins, é necessário que os membros de uma comunidade, que compartilham as mesmas experiências coletivas, coloquem-se previamente de acordo quanto ao sentido que vão atribuir às partes da corrente sonora que emitem e ouvem. Em outras palavras, é preciso que concordem em atribuir a determinados conjuntos fônicos produzidos em certas situações, o poder de traduzir um determinado elemento da sua experiência histórica”.

Torna-se evidente que a comunicação se faz por meio da linguagem. Segundo Souza [200?] apoiada em Chomsky, “a linguagem é apresentada como o atributo, talvez maior do que qualquer outro, que nos diferencia dos animais. Portanto, para entender a natureza humana, é preciso entender a natureza da linguagem que nos faz humanos”.

Marques (2001) em seu discurso, apoiado em Bakhtin, afirma que este autor concebe a linguagem “não só como um sistema abstrato, mas também, como uma criação coletiva, integrante de um diálogo cumulativo entre o ‘eu’ e o ‘outro’, entre muitos ‘eus’ e muitos ‘outros’. Portanto, ainda conforme a autora, as palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama a todas as relações sociais em todos os domínios”.

Logo, sendo constituinte do processo comunicativo, a linguagem é social, e sua função é servir para comunicar. Daí, torna-se vital compreender o caráter mediador da linguagem, no que tange à aproximação entre homens do mundo inteiro. Souza [2000?] chama atenção, ao referenciar Chomsky, “que considera a linguagem como um atributo inato, um dom do ser humano”.

O Ser humano é complexo em sua abordagem, pois numa comunhão “mente e corpo”, tem suas particularidades e singularidades, embora conviva em sociedade e interaja com ela. Essa interação entre homem e mundo se faz através da linguagem. Nesse sentido, Silva (2002, p. 22) nos diz que “a comunicação interpessoal ocorre no contexto da interação face a face. Entre os aspectos envolvidos nesse processo, estão as tentativas de compreender o outro comunicador e de se fazer compreendido”.

Conforme Chanlat (1994, p. 28), “um dos traços característicos da espécie e de todo ser humano é pensar e agir. A reflexão e a ação são duas dimensões fundamentais da humanidade concreta. Negar a reflexibilidade do humano é jogar o homem no mundo pavloviano³ onde os reflexos condicionados exercerão a tarefa de socialização”.

Por sua vez, negar a capacidade de reflexão do homem é, também, negar sua autonomia e liberdade diante do mundo que o cerca. Todos nascemos livres, imersos em uma realidade, a sociedade a qual fazemos parte. Temos, portanto, necessidade de atuar sobre essa realidade, adequando-a às nossas necessidades de sobrevivência. Porém, essa efetiva interação do homem com a sociedade só se dá frente à reflexão do mundo para, a partir daí, desenvolver uma consciência crítica a respeito desse mundo.

Reforçando tudo o que foi exposto, Loureiro (2000, p. 17) apoiada em Mizukani, diz que “o homem chegará a ser sujeito através da reflexão sobre seu ambiente concreto: quanto mais ele reflete sobre a realidade, sobre sua própria situação concreta, mais se torna progressiva e gradualmente consciente, comprometido a intervir na realidade para mudá-la”. Enfim, o homem precisa ser visto como um ser **biopsicosocial**, mas não de forma fragmentada, pois o homem é formado de um todo: corpo e mente. Não se pode separar, na prática, este corpo desta mente.

“O indivíduo é, por definição, um ser biopsicosocial, tríplice origem que lhe confere uma complexidade singular” (CHANLAT, 1994, p. 35). E essa tríplice origem não pode ser dissociada, pois é parte integrante de cada ser humano. A idéia de ser humano como ser biológico materializa-se através de um corpo composto de vários órgãos como, coração, cérebro, pulmão, rins, dentre outros. Também, é possível distinguir-lhe características físicas, como a cor dos olhos, da pele, dos cabelos, a altura, o peso, a raça. Já a sua dimensão psíquica,

³ Ivan Pavlov, fisiologista russo (1849 à 1936). Formulou a teoria do reflexo, na qual diz que é possível

representada pelo pensamento e a capacidade de reflexão mental, manifesta-se no indivíduo por meio de diferentes sentimentos como amor, ódio, compaixão, angústia.

A concepção do ser humano, já ao nascimento, pertencente à instituição familiar, mostra que ele vive em sociedade. Ao se desenvolver e crescer, ele vai ampliando seu convívio social, através da escola e do trabalho, por exemplo. Logo, ele constitui-se de um “corpo físico”, dotado de sentimentos e valores, que convive junto a outros de sua espécie, e tudo isso concomitantemente. Daí, a inutilidade de se tentar separar a tríplice concepção.

Essa visão integrada do homem soma-se ao fato de que cada ser humano é único, isto é, com particularidades próprias. Capella e Leopardi (1999, p. 85) chamam a atenção quanto ao fato da preocupação excessiva, por parte de alguns autores, com o social, deixando de lado o aspecto individual e singular. A esse respeito, elas dizem que “o fato dessa construção social ter tido primazia sobre a individualidade, tem causado afeitos funestos sobre a compreensão do ser humano em si mesmo”.

Quer dizer, o “eu” fica suprimido em relação ao “nós”. O indivíduo vive em sociedade, mas cada um tem suas particularidades. Heller, citado por Leopardi e Capella (1999, p. 92), diz que “o ser humano torna-se indivíduo, na medida em que produz uma síntese de seu EU, em que transforma, conscientemente, os objetivos e aspirações sociais em objetivos e aspirações particulares de si mesmo e em que, desse modo, ‘socializa’ sua particularidade”. Logo, particular e social caminham juntos na construção do ser, além dos aspectos biológico e psicológico. Ainda neste plano, é pertinente considerar o homem, também, sob seu aspecto concreto e abstrato.

Quando observamos o homem biológico, quer dizer, o corpo que anda, que trabalha, o corpo saudável ou doente, o ser único, mas que vive em sociedade, temos aí, um ser concreto, material, objetivo. Também é objetivo em relação aos papéis que representa perante à sociedade: pai, mãe, profissional.

Ao analisarmos o homem na sua dimensão psicológica: que pensa, reflete, se conscientiza, que carrega dentro de si os mais variados sentimentos, temos a concepção de homem abstrato, subjetivo. Também é subjetivo quanto a sua intelectualidade.

Neste sentido, não podemos dissociar o ser “objetivo concreto”, do ser “subjetivo abstrato”, pois ambas as concepções coexistem. Concreto e abstrato interagem e constroem a realidade através do pensamento (abstrato) e da ação (concreto). Somente desta forma é que o homem se constrói como sujeito. Portanto, a mente projeta, enquanto o corpo arquiteta.

Conforme Capella e Leopardi (1999, p. 91), “para aliar a sua força física à capacidade de pensar e reagir, chegando assim ao ponto de objetivar suas ações, ou seja, aliar o concreto ao abstrato, o ser humano, utilizando todos os seus sentidos (físicos e psíquicos), desenvolveu a linguagem”.

Segundo estas autoras, a “linguagem é, assim, a mediação entre a sua dimensão biofísica e sua dimensão espiritual”. Ou seja, as idéias que serão expressas adquirem significado, primeiramente, na mente e, só após, passam para o plano real, através da linguagem.

Mais especificamente, neste caso, não esquecendo outros tipos de expressão da linguagem (por exemplo, a linguagem simbólica), estamos falando da palavra como mediadora da interação entre os indivíduos, de modo que os mesmos possam, por meio dela, expressar sua impressão acerca do mundo e da sociedade.

A interação humana, por meio da palavra, se dá através do discurso. Conforme Marques (2001, p. 3), “é na relação entre sujeitos, ou seja, na produção e na interpretação dos textos, que se constroem o sentido do texto, a significação das palavras e os próprios sujeitos”. Dessa forma, verificamos que esse discurso é social, à medida que envolve, no mínimo, dois indivíduos.

É importante ressaltar que a linguagem não pode ser reduzida a um meio que leve a uma mera condução de informações, uma vez que cada ser humano interpreta e reage a tais

informações e a partir daí, parte para a ação, quer dizer, coloca em prática sua “idealização de mundo”.

É pertinente lembrar que a informação para o conhecimento constitui uma das inúmeras funções da educação. Mizukami (2001, p. 94) na sua abordagem sócio cultural sobre a educação diz que “toda a ação educativa para que seja válida, deve, necessariamente, ser precedida tanto da reflexão sobre o homem, como de uma análise do meio concreto, a quem se quer ajudar para que se eduque. O homem se torna, nessa abordagem, o sujeito da educação⁴”.

É preciso que se faça, pois, da tomada de consciência, o objetivo primeiro de toda a educação: provocar e criar condições para que se desenvolva uma atitude de reflexão, crítica, comprometida com a ação”.

Previamente de acordo com o pensamento da autora supracitada, penso que se torna urgente a reformulação da concepção de comunicação tradicional, em que o emissor é o sujeito e o receptor, o objeto, em favor de uma concepção transformadora, na qual ambos, emissor e receptor, são sujeitos do processo, sendo, portanto, esses papéis alternados constantemente.

Neste sentido, as relações devem se dar através da interação, mediada pelo diálogo. Apoiada em Beltrão, Faria (1999, p. 135) diz que a comunicação, nesse sentido, “implica o estabelecimento de uma cadeia recíproca de opiniões e comportamentos.

Andrade (1985, p.1) afirma que o diálogo é “uma conversação alternada entre duas pessoas, à procura de uma estrutura verbal em direção à verdade, sendo que o exercício do mesmo baseia-se fundamentalmente, na idéia do homem como ser racional, livre, igual e consciente”.

Freire (1987, p. 68) nesse sentido, apoiado em Jasper, referencia diálogo como sendo “uma relação horizontal de A com B. Nasce de uma matriz crítica e gera criticidade. Nutre-se de amor, de humanidade, de esperança, de fé e de confiança. Por isso, somente o diálogo comunica”. Isso nos faz refletir o seguinte questionamento feito por Aktouf (1996, p. 132): “Como esperar do estrito ‘homem certo no lugar certo’ (a quem sempre se solicitou executar, simplesmente),

⁴ Quanto a isso, Freire (1987, p. 28) acrescenta que “o homem deve ser o sujeito de sua própria educação”.

capacidades e atitudes propícias à inventividade, à iniciativa, à imaginação e ao engajamento criador no que faz?”

Somente o diálogo propicia a interação e de que se constitui a interação se não da participação dos indivíduos no meio social? Partícipes, os indivíduos se tornam mais humanos, mais sujeitos. Resumindo, conforme Andrade (1985, p. 2) “participação e diálogo se conjugam no caminho da interação social”.

2.2. A tomada de decisão emergindo como potencialidade do Ser humano consciente e livre, frente às múltiplas escolhas

“A tomada de decisão é uma máquina do tempo que sincroniza num só presente uma grande série de intervalos de tempo divergentes... Só podemos tomar decisões no presente e, no entanto, não podemos tomar decisões somente para o presente; a decisão mais conveniente, a mais oportuna – sem contornos, a decisão de não decidir nada – pode nos comprometer por muito tempo, talvez de modo permanente e irrevogável”. (DRUCKER)

Segundo Berto e Cunha (2000, p. 742), “etimologicamente, a palavra **decisão** é formada pelo prefixo **de** (prefixo latino que significa parar, extrair, interromper) anteposto à palavra **caldere** (que significa cindir, cortar). Ao pé da letra, a palavra decisão significa parar de cortar, deixar fluir”.

Analisando esse segundo significado (deixar fluir), penso poder associá-lo à idéias, como “emergir, nascer livremente”. O vocábulo “livre” está associado ao vocábulo “liberdade”⁵. E “liberdade”, por sua vez, nos remete à “autonomia”. Portanto, para decidir, pressupõem-se que o sujeito deva ter consciência de sua autonomia e fazer uso dela.

Conforme Kast e Rosenzweig (1973, p. 4.), “o homem é um animal que se organiza, sendo, portanto, o termo social aplicado aos seres humanos, uma vez que eles tendem a estabelecer relações cooperativas e interdependentes”. Ao

⁵ Figueroa (1997, p.136), apoiada em Tugendhat, diz que “a liberdade corresponde a um fenômeno gradual: somos tanto mais livres quanto mais amplamente conhecemos os fatores que determinam nosso ser e nosso atuar,

estabelecer relações sociais, o homem evidencia comportamentos que, em conjunto, se orientam em direção a metas e/ ou objetivos estabelecidos.

Esses objetivos e metas se fazem presentes de maneira consciente ou inconsciente em nosso convívio. Logo, de uma maneira ou de outra, estamos sempre decidindo, desde aparentes ações cotidianas (ex. que comida preparar) até as mais complexas, como, por exemplo, que profissão seguir.

Por que devemos tomar decisões? Conforme Adizes (1998, p. 123) “as decisões são necessárias porque estamos sempre enfrentando mudanças. Se nada mudasse em nosso meio ambiente, não precisaríamos tomar decisão alguma”. No dizer de Silva (1991, p. 32) “de modo geral, o processo decisório, na literatura especializada, tem sido visto sob vários prismas. Termos, tais como: decidir, deliberar, determinar, resolver são tidos como sinônimos em nossa língua”.

Na busca de um conceito didaticamente elaborado, menciono o de Chiavenatto (1993, p. 562), que diz que o processo decisório pode ser definido como sendo “um comportamento que envolve escolhas de alternativas ou seleção de ações a serem implantadas”. Para Simon (1965, p. 6), conceituado expoente no que tange à teoria da decisão racional, “decidir consiste em implementar objetivos previamente estabelecidos”. Muron (1998, p. 13) acrescenta que a tomada de decisões constitui uma seqüência de passos ou fases que se sucedem.

Trata-se, então, de um processo complexo, que envolve competências, tais como a reflexão e a racionalização sobre o(s) problema(s) o(s) qual(is) se quer solucionar. Nesse sentido, antes de decidir sobre a realização de determinada cirurgia, por exemplo, com certeza, deveria haver, por parte da pessoa envolvida, uma prévia reflexão sobre riscos, benefícios entre outras condições julgadas importantes.

Teixeira [1999?] apoiado no modelo de Simon, afirma que o processo decisório desenvolve-se em sete etapas interdependentes descritas a seguir:

- 1.º Percepção da situação que envolve algum problema: O indivíduo está consciente de que existe um problema, o qual precisa ser solucionado, ou um objetivo que deseja atingir.
- 2.º Análise e definição do problema: Nessa etapa, é definido claramente o problema a ser resolvido.

3.º Definição dos objetivos: Segue-se uma reflexão sobre qual seria a finalidade ou os resultados, oriundos da resolução do problema.

4.º procura de alternativas de solução ou de cursos de ação: Munido da consciência racional e autonomia, o indivíduo seleciona as possíveis maneiras para solucionar o problema.

5.º Avaliação e comparação dessas alternativas, afim de eleger a que melhor solucione o problema.

6.º Escolha (seleção) da alternativa mais adequada ao alcance dos objetivos: Após levar em conta fatores, tais como, disponibilidade de recursos, custos, benefícios, etc., é selecionada, finalmente, a alternativa julgada mais adequada..

7.º. Implementação da alternativa escolhida: Trata-se, finalmente, de se colocar em prática o que foi decidido (escolhido).

As etapas acima citadas apresentam-se de maneira mais simplificada no modelo de Hatch (1997, p. 273), como versa abaixo:

1.º Definição do problema.

2.º Produção e avaliação de alternativas.

3.º Seleção de uma das alternativas.

4.º Implementação da alternativa escolhida

5.º Monitorização dos resultados.

Os esquemas de tomada de decisão acima mostrados são oriundos da teoria racional, ou seja, aquela em que as decisões tomadas se originam na racionalidade. Neste sentido, Elster (1994, p. 38) diz que “a escolha racional é instrumental: é guiada pelo resultado da ação. As ações são avaliadas e escolhidas não por elas mesmas, mas como meios mais ou menos eficientes para um fim ulterior”.

Silva (1991, p. 35) acrescenta que os precursores da teoria organizacional afirmam que “um homem inteligente é aquele que toma decisões certas, ou seja, decisões racionais. Esse conceito, conforme a autora, é, de certa forma, reforçado no modelo burocrático de organização, fundamentado

basicamente na racionalidade que adequa os meios aos fins pretendidos e pretende a maximização da eficiência no alcance das metas organizacionais”.

Assim, nas ações cotidianas citadas no início do texto, parece bastante óbvio utilizar mecanismos de decisão racional, mas convém lembrar que esse tipo de decisão pode não se aplicar em algumas situações como, por exemplo, ao atendermos um paciente, vítima de parada cardíaco-respiratória. Logicamente, que, se os profissionais de saúde envolvidos, no momento, puderem reunir um maior número de informações quanto à patologia do paciente, melhor chance poderão ter de instituir uma terapêutica posterior, caso ele sobreviva. Porém, no momento, não há tempo para reunir muitas evidências. O que está em jogo é a parada cardíaco-respiratória, independentemente do que possa tê-la causado. A ação imediata é a ressuscitação mecânica concomitante à terapêutica medicamentosa. Não há tempo para planejar a otimização plena dos resultados. O objetivo é tirar o paciente dessa situação, sendo a cura ou controle de sua patologia um objetivo secundário.

Portanto, embora a teoria racional se fundamente na certeza do acerto, Elster (1994, p. 50) também chama a atenção de que tal racionalidade pode falhar, pois, em certos casos, é difícil prever se a alternativa escolhida será a melhor, a mais acertada. Para ilustrar tal fato, ele nos cita o exemplo de uma pessoa que experimente o dilema da escolha profissional, entre ser um advogado ou um engenheiro florestal.

Pode-se estimar algumas “prováveis vantagens” ao escolher uma delas. Por, exemplo, entre esses dois cursos, optar por uma faculdade que lhe propicie não se distanciar muito da família ou que pareça fornecer melhores oportunidades financeiras, no futuro. O fato é que, segundo o autor, na realidade, o que se sabe é pouco acerca dos dois cursos para

tomar uma decisão racional. Portanto, torna-se impossível tomar uma decisão informada a respeito.

Silva (1991, p. 37) também chama a atenção ao afirmar que muitos acertos, embora possam ter tido sucesso e gratifiquem quem os tenha produzido, podem não se aplicar em outras situações. Portanto, a racionalidade de uma decisão precisa levar em conta o contexto, a situação que a envolve. Ainda nessa linha de raciocínio, Silva (1991, p. 34) nos diz que, atualmente

“há na teoria organizacional diversos modelos de processo decisório, além do modelo racional. Essa diversificação reforça a tese de que nem sempre é possível a aplicação do modelo racional nas organizações; há necessidade de se apelar para outros meios, onde os caminhos não são tão precisos e as conseqüências nem sempre são resultantes da racionalização e otimização dos meios. Portanto, ao discutir e analisar processos decisórios, convém lembrar que as decisões não se fundamentam apenas na razão, mas em acertos, negociações e coalizões entre os participantes da organização”.

Assim, no contexto dos serviços de saúde, percebo que a decisão sobre a saúde dos usuários deveria se dar, não só a partir do médico, por ocasião da racionalidade do diagnóstico, mas, mediada pelo diálogo, do compartilhamento de saberes entre médico e paciente, buscando travar uma relação de negociação, de maneira que o médico informe não somente o diagnóstico, mas as alternativas de tratamento, benefícios, riscos, custos, esclarecimento de dúvidas, entre outros. O paciente, inserido em seu contexto social, cultural, econômico, processa essas informações, para, então, decidir, não com 100% de acerto, mas acreditando que sua decisão poderá ser a melhor dentro de suas possibilidades.

Tomemos o exemplo em que um médico apresenta a um paciente hipertenso uma possibilidade de tratamento com uma medicação de comprovada eficácia, cuja vantagem principal se

dá no conforto de poder ser tomada apenas uma vez ao dia, embora o custo da mesma seja bem mais elevado em relação às medicações tradicionais. O paciente poderá optar ou não por esse tratamento, dependendo de sua situação financeira, uma vez que se possuir um baixo poder aquisitivo, terá de decidir por aqueles mais baratos, que ele possa comprar, ou mesmo ir buscar no posto de saúde, ainda que tendo de administrá-lo durante 3 ou 4 vezes ao dia.

Este exemplo acima, que envolve diálogo, negociação de decisões que satisfaçam ambos os atores envolvidos, médico e paciente, parece enquadrar-se em outro tipo de modelo organizacional, chamado modelo político.

Conforme Silva (1991, p. 48) este modelo “fundamenta-se nas negociações e coalizões entre grupos para a tomada de decisão entre os envolvidos”. A autora, ao citar Allison, refere-se à análise das decisões através do modelo político da seguinte forma: “as soluções propostas são resultantes de um processo político, e esse processo é um jogo. Os participantes têm prioridades, percepções, objetivos estratégias e táticas, jogando dentro do problema. As decisões são estruturadas em forma de rede e as regras são respeitadas por um tipo de pacto, não declarado, mas consciente em cada participante”.

No entanto, voltando mais uma vez a pensar na realidade dos serviços de saúde, percebo que a grande dificuldade de implantação deste modelo está no fato de que as políticas parecem ser elaboradas para satisfazer a organização e não os clientes, como deveria ser preconizado, pois penso que a razão da existência de uma organização, seja ela qual for, é a satisfação de seus clientes, uma vez que toda a organização existe graças àqueles que utilizam seus serviços.

Nos serviços de saúde, o modelo vigente caracteriza-se por ser o modelo organizacional, quer dizer, aquele caracterizado, conforme Silva (1991, p. 43) por decisões “tomadas com

fundamento nas normas que foram elaboradas pela Instituição e transmitidas a seus integrantes. A interiorização desse sistema de normas faz com que o indivíduo atue nas situações que se apresentam conforme os objetivos e o que está previsto no manual, nos programas e planos operacionais, nas rotinas e procedimentos”.

Portanto, este modelo é caracterizado pela verticalização das relações, não dando espaço ao diálogo, à negociação. É centrado na hierarquia, na qual as relações de poder se dão de cima para baixo. Nos serviços de saúde, os profissionais parecem se colocar no topo e enxergam os pacientes na base. Logo, do topo, transmitem-se, através da relação verticalizada, ordens e prescrições para a base, do tipo: faça cirurgia, faça tratamento, entre outras coisas. Se o paciente deixa de cumprir essas ordens, é freqüentemente taxado de teimoso e/ou irresponsável, porém, não se tenta procurar saber o que possa estar levando o mesmo a agir assim. Ou pelo menos, deve-se respeitar a decisão do paciente de agir desta ou daquela maneira.

Toda essa abordagem faz-me refletir que as relações de comunicação, de diálogo constituem ingredientes indispensáveis na tomada de decisão, já que o viver implica em estar decidindo continuamente, uma vez que esse processo não se esgota.

O homem, porém, exerce essa capacidade, se tiver consciência de si como um Ser autônomo e livre. Por fim, decidir significa escolher, para solucionar algum problema ou satisfazer uma necessidade e, como a satisfação de uma necessidade gera outras necessidades, faz com que a decisão seja um processo contínuo e inesgotável em suas potencialidades.

Portanto, com base nas idéias defendidas anteriormente, percebo que o homem é capaz de decidir, também, porque contextualiza sua realidade e, em conseqüência, interfere nela

para ajustá-la conforme suas necessidades. Como um ser livre, inicia um processo de escolhas, que o conduz à ação.

Porém, embora o homem devesse ser estimulado a refletir e a interagir dentro da sociedade na qual se insere, expressando seu pleno potencial de criatividade, sabemos que o mesmo, à medida que mergulha nas relações sociais, perde, aos poucos, sua liberdade em função do poder⁶, exercido por poucos sobre muitos. Não podemos falar que o homem é desapropriado de sua liberdade sem dizer que também o é de sua autonomia, pois ambas caminham juntas no processo de construção de sujeitos.

A autonomia constitui um dos princípios éticos básicos como, também o da beneficência⁷ e o da não maleficência. Silva (2000) define **autonomia** como sendo “a liberdade de uma pessoa agir conforme seus valores, prioridades, desejos e crenças próprias”. Logo, é lógico deduzir que, se destituído de sua autonomia e liberdade, o homem é menos capaz de tomar decisões, ficando isso por conta do paternalismo institucional.

Se imaginarmos, por exemplo, um paciente que interna para realizar determinada cirurgia, entendemos que já foi tomada uma decisão. Resta-nos, portanto, alguns questionamentos a respeito do processo, tais como: quem decidiu, o paciente? O médico? Em que circunstâncias? Qual a participação do paciente nos aspectos gerais que envolvem o seu cuidado?

Soares e Lunardi (2001, p. 34), nesse sentido, ao refletirem sobre os direitos dos pacientes, problematizando a prática assistencial junto a um grupo de enfermeiros de uma Instituição hospitalar, ilustram brilhantemente essa assertiva, quando relatam que foi possível constatar que, freqüentemente

“os clientes têm seu cuidado comprometido pela falta de recursos humanos e materiais, estão desinformados sobre o que neles é realizado, não sendo solicitados a darem seu consentimento livre e esclarecido para a realização de procedimentos tanto simples como complexos, desconhecendo seus riscos e benefícios, como se não fizessem parte do ato

⁶ O poder é aqui representado pelo status político-econômico-cultural, o qual regula e tece diretrizes para a sociedade em geral, que legisla pelo homem e não para ele.

⁷ Muitas vezes, o princípio da beneficência entra em conflito com o da autonomia. Por exemplo, como reagir respeitando a decisão (autonomia) de um paciente sabedor de ser portador de uma doença terminal em querer dar fim à própria vida, ou interferindo, objetivando a proteção dessa pessoa contra uma ação danosa?.

em si, sendo desprovidos de vontade e opinião, apenas objetos, à mercê do cuidado de outrem”.

Parece ser evidente que o paciente que não é respeitado como um Ser único, consciente, livre e autônomo. Parece, também, que o profissional de saúde representa o poder absoluto, dono de um saber incontestável, transmitido ao paciente através de uma relação unidirecional, ignorando a realidade do outro, sua cultura, suas experiências de vida e seu contexto social. Por isso, lhe é conferido o papel de “paciente”, que deve humildemente se submeter ao que já foi previamente decidido como melhor para ele.

Nessa linha de pensamento, Soares e Lunardi (2001, p. 34) acrescentam que, “a despersonalização do cliente pode ser entendida como uma situação de desrespeito aos seus direitos, na medida em que é tratado como coisa, como objeto a mercê do cuidado dos profissionais de saúde”. Portanto, o paciente não participa de seu cuidado e nem decide sobre o seu próprio corpo.

Faria (1999, p. 149), entretanto, concebe “participação como um momento de escolha, de decisão sobre todas as ações em que pessoas estão envolvidas, para além da questão exclusivamente subjetiva. É um espaço para ser construído mutuamente”. Participar possibilita, certamente, o resgate da condição de sujeito, que é o homem.

Parece que, no Brasil, o estudo sobre a tomada de decisão pelos usuários da saúde seja relativamente nova. Porém, no contexto internacional, existem estudos e ações (sobretudo, no Canadá, Estados Unidos e Inglaterra) direcionadas ao apoio do paciente nas tomadas de decisão. Nesse sentido, O'Connor (1999), afirma que “o aumento do consumo e o fortalecimento do paciente, como cidadão, mudou a ênfase na atuação passiva do mesmo em direção a uma atuação ativa, com base em informações, objetivando a tomada de decisão sobre questões relativas a sua saúde junto aos profissionais”. Segundo essa autora, a atenção para a questão da decisão, baseia-se fundamentalmente na informação e em esclarecimentos sobre custos, riscos, benefícios, que seriam levados em consideração pelos pacientes e os tornariam mais

seguros da decisão. Isso vai além de somente informar o diagnóstico.

Conforme Coulter (1998) os pacientes necessitam estar informados sobre uma série de coisas, tais como, “compreender o que está errado, ter uma idéia real acerca do prognóstico, compreender o processo e prováveis resultados de possíveis testes e tratamentos, participar de seu auto cuidado, conhecer os serviços disponíveis e origem de ajuda, identificar novas informações e grupos de auto ajuda, entre outros”. A autora ainda acrescenta que, sem informações de boa qualidade, as pessoas não podem ser capazes de dar o seu consentimento informado, em relação a tratamentos e cuidados de uma maneira eficaz. São incapazes, portanto, de tomar decisões acerca de questões relacionadas a sua própria saúde.

Coulter e colaboradores, citados no artigo “**evidence based consumer information** [2001?], apresentam um “guia para a tomada de decisões”, no qual fica evidenciado o grau de envolvimento entre o médico e o paciente, como disposto a seguir: **a escolha profissional** (o médico decide e o paciente consente), **o médico como agente** (o médico ouve as opiniões do paciente e a seguir, toma a decisão), **a tomada decisão compartilhada** (ambos, médico e paciente, decidem juntos) e **a escolha do usuário** (o médico informa e o paciente toma a decisão).

Várias diretrizes e práticas defendem uma decisão compartilhada. Rothert, citada por O’Connor (1999), descreve que “os médicos fornecem as informações sobre as opções disponíveis, os riscos e benefícios, os recursos necessários e, os pacientes, por sua vez, expressam o seu julgamento sobre os riscos e benefícios, os recursos pessoais, financeiros e instrumentais disponíveis para ajudá-los a tomar e a implementar a decisão”.

Também no Instituto de Pesquisa em Saúde de Ottawa (Ottawa Health Research Institute) no Canadá (2002) são elaborados uma espécie de “guias”, inclusive eletrônicos (Patient decision aids), contendo informações específicas sobre patologias, como AIDS, diversos tipos de câncer, doenças cardiovasculares, entre outros. Estes materiais são utilizados como coadjuvantes dos profissionais de saúde, no intuito de preparar o paciente para a tomada de decisão, objetivando, portanto, ajudar pacientes a fazer escolhas específicas e deliberativas entre opções resultantes do processamento de informações prévias.

Observa-se, portanto, que para fazer emergir no Ser humano sua capacidade reflexiva e transformadora, tão necessárias à uma tomada de decisão autônoma, é essencial que este indivíduo esteja informado, uma vez que, quanto mais informados sobre determinado assunto ou procedimento estivermos, mais teremos conhecimento e, conseqüentemente, mais instrumentalizados para refletir e decidir de uma maneira segura e responsável.

2.3. A comunicação emergindo como um fator de auxílio ao paciente cirúrgico, no processo de tomada de decisão sobre a sua saúde.

“A comunicação é um processo de interação no qual compartilhamos idéias, mensagens, sentimentos e emoções, podendo influenciar o comportamento das pessoas que, por sua vez, reagirão a partir de suas crenças, valores, história de vida e cultura” .

Lúcia Marta Giunta da Silva.

A internação hospitalar é um fator de angústia para o paciente, visto que, por ocasião da mesma, ele é privado do convívio familiar e social. No paciente cirúrgico, essa angústia poderá ser ainda maior, uma vez que o mesmo perderá (por ocasião da cirurgia) algum elemento que faz parte de seu corpo, representando uma mutilação. Ainda é marcante o fato de que este paciente é submetido à cirurgia, sem, contudo, receber as informações necessárias a uma tomada de decisão autônoma e consciente.

Em nosso cotidiano, o conceito de saúde, como um completo bem estar físico e mental, é o mais conhecido e aceito pelos indivíduos. Portanto, qualquer condição que comprometa esse “bem estar” (ex: a presença de sinais e sintomas de alguma

patologia) constitui-se em um fator gerador de angústia ou ansiedade.

Angústia porque o indivíduo percebe que seu organismo está em desequilíbrio: o mal estar está superando o bem estar e a saúde está dando lugar à doença. Outro motivo pelo qual pode ser explicada essa angústia é a relação (ainda que muitas vezes inconsciente) que as pessoas estabelecem entre doença e morte.

Essa relação é tão dicotômica, que a morte parece ser mais aceitável se a mesma for secundária a alguma doença do que se ela sobrevier como conseqüência de um acidente, por exemplo. Nesse sentido, são comuns reações diferentes de conformidade ou não, de acordo com a situação, como se sucedem os exemplos abaixo:

- “ É lamentável, mas o coitado já estava doente (sofrendo) há tempos... descansou”.
- “ Que coisa estúpida! Uma pessoa com toda a saúde ter esse fim trágico. (acidente)”.

Tal como uma situação clínica, a necessidade de realização de uma determinada cirurgia aponta que alguma coisa “não vai bem”, sendo necessário que seja restabelecida, para que o organismo recupere o equilíbrio.

Com base em minhas reflexões, resultantes do trabalho há muitos anos com pacientes cirúrgicos, acredito que a angústia gerada pela associação doença/morte ainda vem acrescida de um terceiro elemento, que é a mutilação, ou seja, o indivíduo sabe que vai ser retirado algo que, de alguma forma, faz parte do seu corpo : a vesícula, o apêndice, a alça intestinal. Mesmo um tumor ou as pedras estão dentro dele. Tudo isso gera a sensação de perda e perda significa, de alguma forma, morte.

Há, ainda, outras mutilações relacionadas à morte por perda da auto-estima. (Em uma paciente submetida à histerectomia, a perda do útero significa a morte, pela incapacidade de gerar outra vida, a morte do casamento, no caso em que o marido não mais a aceite). Com certeza, é pouco descrever com palavras os sentimentos experimentados por um paciente jovem, ao ter de submeter-se a uma

amputação peniana, conforme um caso recentemente vivenciado em nossa unidade de trabalho.

Frente a essas reflexões, considero que a abordagem do paciente cirúrgico é bastante complexa, pois a subjetividade dos mesmos encontra-se bastante afetada em relação ao problema objetivo que apresentam.

Além dos problemas levantados anteriormente por que passam os pacientes cirúrgicos, ainda convém lembrar que toda a cirurgia só pode ser realizada em alguma Instituição, seja clínica ou hospitalar, o que ainda vai gerar mais ansiedade por afastá-los, temporariamente, do convívio familiar e social.

Patrício e Haas (2000, p. 555), resgatam o conceito de hospital preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em que

“Hospital é o elemento integrante de uma organização de caráter médico e social, cuja função consiste em assegurar assistência médica completa, curativa e preventiva à população e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em um meio; é um centro de medicina e de pesquisa biosocial”.

Porém, não é essa concepção que os indivíduos têm de hospital. Para a maioria das pessoas, ele constitui-se como sendo um ambiente “frio”, no qual convivem o sofrimento e a morte. Há pessoas que não suportam nem entrar nesse tipo de instituição.

Evidencia-se, porém, um claro paradoxo nessa questão, uma vez que as pessoas que aí buscam atendimento objetivam a cura de seus males, ao mesmo tempo em que o concebem como sendo um local de sofrimento e morte. Compartilhando esse pensamento, Silva (2002, p. 16) relata que “o paciente hospitalar age como uma pessoa assustada, pois está em um ambiente desconhecido e, em sua imaginação, tudo pode acontecer”.

Logo, quando admitimos o paciente cirúrgico na instituição, é preciso que tenhamos conhecimento de todas as questões abordadas até aqui. Uma das grandes metas, em direção à melhora da qualidade da assistência prestada, seria

nós, profissionais, tentarmos eliminar a angústia, a ansiedade do paciente, uma vez que esta situação pode ser danosa, também, ao próprio organismo, já sensibilizado pela patologia apresentada.

Nesse sentido, Goleman citado por Loureiro (1997, p. 10) observou os efeitos negativos que podem ser somatizados pela ansiedade, como por exemplo:

- Aumento da pressão sangüínea, promovendo maior sangramento durante a cirurgia.
- Comprometimento imunológico, a ponto de favorecer infecções e acelerações de metástases do câncer.
- Exacerbação da formação de placas, que levem à arteriosclerose e formação de trombos.
- Desencadeamento da asma.
- Ulceração do tratogastrointestinal.
- Danos à memória.

Conforme Oliveira (2000, p. 20), é conveniente lembrar que nem sempre o paciente verbaliza a ansiedade, mas o profissional atento pode perceber esse comportamento manifestado através:

- da solicitação de alguma medicação para dormir;
- da solicitação freqüente pelo paciente de alguém da equipe (médico, enfermeira ou o auxiliar de enfermagem responsável por seu cuidado);
- da preocupação em ficar em companhia de um familiar, durante o período de internação.

A promoção da integração do paciente à instituição pode ser um bom começo, em busca da diminuição da ansiedade. Isso pode ser conseguido através da apresentação de toda a equipe (médica, enfermagem) que vai prestar-lhe assistência, apresentá-lo aos outros pacientes do quarto, fornecer-lhe as rotinas da unidade de internação e permitir que um familiar o acompanhe, além do recebimento de visitas em horário apropriado para tal.

Familiarizado, então, com a instituição e a equipe, dar-se-á o início ao preparo específico em relação à cirurgia, através de

uma contínua interação paciente-equipe, visando levá-lo rumo a uma decisão consciente.

Na unidade de clínica cirúrgica a qual trabalho, são recebidos pacientes que irão submeter-se às mais diversas cirurgias e, ali, permanecem após a realização dos procedimentos, até o momento da alta hospitalar. Percebo que a maioria deles pouco sabe sobre o procedimento a que vão submeter-se, não conhecem as rotinas do setor, nem mesmo, a equipe de saúde que está em contato com ele. Ao que parece, submetem-se, passivamente, à cirurgia mais “conformados” pela justificativa médica⁸ do que por uma decisão própria, ativa e consciente. Não há um efetivo preparo pré operatório, que vise amenizar os problemas já mencionados .

Penso que a base para um pré operatório eficaz, que objetive eliminar a ansiedade, fornecer informações que levem o paciente à reflexão, conscientização, tendo condições de tomar decisões, esteja na reestruturação das relações de comunicação entre paciente e equipe, baseadas na interação, na relação dialógica, em que desapareça o ser-objeto, para emergir o ser-sujeito.

Nesse sentido, Rabelo e Alves (1995, p. 218) afirmam que “a enfermidade, além de ser uma entidade biológica, também se constitui em uma experiência de caráter sociocultural, que reflete o caráter interativo entre os indivíduos, grupos e instituições. [...] Dessa forma, esses indivíduos expressam, comunicam e compartilham com outros suas aflições”. Esses “outros” são representados pela família, amigos e pelos próprios profissionais de saúde.

De um lado, a equipe de saúde possui o conhecimento científico e de outro, o paciente possui sua experiência de vida, suas crenças culturais. Logo, esses dois “saberes” não devem entrar em conflito, mas, sim, complementarem-se no plano da assistência, ou seja, para que uma indicação (através do conhecimento científico) de histerectomia não entre em conflito com as crenças culturais (ex. perda do apetite sexual), é necessário que o profissional, em vez de visualizar só a patologia que justifica a cirurgia (mioma), reveja com a paciente a anatomia e a fisiologia dos

⁸ “O médico, nessa concepção, é percebido, assim, como o grande detentor do conteúdo profissional, não só da prática médica, como também, da prática de cuidados: quem tudo sabe, quem tudo pode, quem tudo decide”. (LUNARDI FILHO, 2000, P.31).

órgãos reprodutores, os hormônios, para conscientizá-la de que aquela crença não tem razão de ser. Deve, realmente, informar à paciente os benefícios que a cirurgia lhe proporcionará, eventuais riscos e as alterações decorrentes da mesma, diferenciando os mitos das verdades.

Para uma melhor aproximação com o paciente, os profissionais devem ser abertos a questionamentos e mesmo às negativas⁹ que poderão ocorrer. A comunicação deve-se dar através de um código que assegure a compreensão pelo outro.

Além de informações seguras e honestas sobre a cirurgia em si, é necessário, no pré operatório, também, explorar medos, aflições que podem cercar o paciente como, por exemplo, o medo de sentir dor, da anestesia, da morte. Durante muitos anos de trabalho assistindo pacientes cirúrgicos, observo, seguramente que, quase todos relatam um medo desesperador em relação à anestesia.

Esse medo se faz presente, tanto em relação às anestesia raquidiana e peridural, quanto em relação à anestesia geral.. Quando relatam medo da anestesia raquidiana/peridural, justificam-no através da crença em ficar “sem os movimentos das pernas” (paraplegia). Esse fato está ligado, provavelmente, com o próprio efeito da anestesia, ou seja, enquanto anestesiado desta forma, o indivíduo perde momentaneamente a sensibilidade dos membros inferiores, condição necessária para que o mesmo não sinta dor, enquanto transcorre o ato cirúrgico. Toda essa insegurança e angústia do paciente ocorre devido à falta de informações corretas e suficientes a respeito dessa técnica. Nesse sentido, é comum o paciente confundir esse tipo de anestesia com a anestesia local, cuja técnica é bem mais simples, uma vez que envolve somente a área afetada e é bastante superficial.

Em relação à angústia manifesta por ocasião da anestesia geral, provavelmente se deva a uma associação (talvez inconsciente) com o ato de morrer, devido aos efeitos, como perda da consciência, dos sentidos. Nesse sentido, alguns profissionais de saúde, na tentativa de esclarecer sobre os

⁹ Negar algo previamente imposto, constitui-se em uma forma de resistência. Muitas vezes, para preservar a autonomia, é preciso resistir, desobedecer.

Sísifo, personagem mitológico, ao negar obediência a Zeus por duas vezes, representa, nessa condição, conforme Lunardi Filho (2000, p.75) “aquele que se mostra sujeito de suas ações, apresentando comportamentos compatíveis com o exercício de sua autonomia”. OBS: para uma melhor compreensão do mito, ver capítulo III: “Da produção da subjetividade”. (LUNARDI FILHO, 2000, P.74 –6).

efeitos dessa anestesia, costumam dizer que o paciente “vai dormir” e, por isso, não sentirá nada. Muitas vezes, essa explicação, bastante superficial, pode não contribuir para amenizar a angústia sentida, pois, todos sabemos que “quando se dorme, não se tem certeza de acordar”. Enfim, pode somar-se a tudo isso, o fato de o paciente encontrar-se em um lugar estranho, em que há bastante ruído e um trânsito de pessoas, cuja máscara que cobre seus rostos, muitas vezes, as tornam irreconhecíveis. O paciente, as vezes, não reconhece o próprio médico. Soma-se, ainda, o fato de não haver nenhum familiar ou amigo próximo a ele, em um momento tão delicado.

Frente a tudo isso, torna-se importante a interação entre médico e paciente. Ambos também poderão discutir o momento ideal para a realização da cirurgia, sendo esta eletiva. Nesse caso, uma amigdalectomia poderá ser mais “confortável”, se realizada no verão, uma vez que a prescrição de gelados no pós operatório torna-se bastante oportuna. Uma cirurgia que vise a corrigir deformidades (ex. quadril), será melhor tolerada no inverno, já que é profundamente incômoda a colocação de gesso no verão, devido ao abafamento local.

Enfim, o pré operatório é o momento ideal para iniciar uma relação dialógica e interativa entre profissionais de saúde e pacientes, com vistas a encorajá-los na escolha entre múltiplas alternativas, tomando decisões conscientes e responsáveis sobre seu cuidado, uma vez que a decisão implica, de alguma forma, em responsabilidade. Quer dizer, no momento em que optamos (decidimos) agir desta ou daquela forma, ou escolhemos uma ou outra alternativa, não só estaremos levando em consideração os benefícios, mas, também estaremos assumindo os riscos os quais toda a decisão implica. Portanto, quem nunca arrisca, não decide.

No entanto, quanto mais informações e ferramentas disponibilizarmos em relação as questões que nos cercam, aumentaremos, com certeza, as probabilidades de acerto, pois, desta forma, reuniremos mais dados que possam auxiliar a racionalização das nossas ações.

4. DECIDINDO COMO DESENVOLVER O ESTUDO

Não, não tenho caminho novo. O que tenho de novo é o jeito de caminhar.

Thiago de Mello.

4.1. Caracterizando o local do estudo:

O presente estudo foi desenvolvido em um Hospital Público, Universitário da cidade de Rio Grande, mais especificamente na Unidade de Internação Cirúrgica, após a obtenção de prévia autorização da Direção do hospital para que se pudesse utilizá-lo como campo de pesquisa.

A Unidade de Internação Cirúrgica caracteriza-se por possuir doze enfermarias, perfazendo um total de quarenta e três leitos. Destes, dois são destinados ao isolamento. A unidade destina-se à internação de pacientes de cirurgia eletiva e urgência, quando necessário.

Entre os tipos de cirurgias eletivas, encontram-se as cirurgias gerais (colecistectomia, herniorrafia, hemorroidectomia...), além de algumas especialidades, tais como cirurgias traumatológicas e ginecológicas.

Os recursos humanos que integram o setor constituem-se pelos médicos residentes em cirurgia e equipe de enfermagem. Os médicos residentes são em número de oito, sendo quatro médicos residentes do primeiro ano e quatro de segundo ano. Estes são subordinados diretamente aos professores (médicos preceptores), que são os chefes da equipe médica. Da equipe médica ainda fazem parte estagiários do 6.º ano de medicina que se revezam nas unidades de internação.

Durante o dia, todos se encontram no hospital e durante à noite permanece um médico de plantão, conforme escala de serviço.

A equipe de enfermagem, constituída por 29 profissionais, trabalha vinte e quatro horas, dividida em três turnos (manhã, tarde e noite), sendo que existem duas turmas noturnas, conforme a figura 3. Os turnos da manhã e tarde trabalham em um regime de seis horas diárias e o noturno trabalha doze horas diárias.

	MANHÃ	TARDE	NOITE 1	NOITE 2
ENFERMEIRA	02	01	01	01
AUX. ENFERM	07	07	05	05

Figura 3: Distribuição da equipe de enfermagem por turno de trabalho.

Por ser este um hospital de ensino, também passam pela Unidade, acadêmicos de medicina e enfermagem de diferentes semestres, além dos docentes dos respectivos cursos.

4.2. Caracterizando os métodos e técnicas utilizados na pesquisa.

O presente estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa qualitativa. Esse tipo de pesquisa procura dar seu enfoque para a subjetividade, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que não podem ser quantificadas (MINAYO, 1999, p.21).

Conforme Triviños (2001, p.18), embora a pesquisa qualitativa tenha começado a ser sistematizada no final da década de 60 e nos primeiros anos da década de 70 do século XX, somente a partir da década de 80, ela alcançou um “nível de igualdade” em relação à pesquisa quantitativa, uma vez que teve reconhecida sua importância teórico-metodológica, no estudo dos fenômenos sociais.

Nesse sentido, concebe-se a **comunicação** como um grande fenômeno social, uma vez que ela funciona como um elo de ligação entre o homem e o mundo. As relações de comunicação, portanto, deverão contribuir para que o indivíduo seja um livre decisor sobre o seu corpo, saúde e cuidado (aliás, a **tomada de decisão** configura-se como a grande questão norteadora desse estudo).

O método utilizado foi o hipotético-dedutivo, idealizado por Karl Popper, filósofo austríaco. “Ele defende o caráter hipotético de todo o conhecimento científico, a possibilidade de estabelecer que hipóteses são mais indicadas que outras, etc” (TRIVIÑOS, 1992. P.39).

Em relação a esse método, Kaplan, citado por Gil (1994, p.30), diz que

“ O cientista, através de uma combinação de observação cuidadosa, hábeis antecipações e intuição científica, alcança um conjunto de postulados que governam os fenômenos pelos quais está interessado. Daí deduz ele as conseqüências observáveis; a seguir, verifica essas conseqüências, por meio de experimentação e, dessa maneira, refuta os postulados, substituindo-os, quando necessário, por outros e assim prossegue”.

A pesquisa realizada partiu do problema de como a comunicação poderá contribuir para que o paciente adquira autonomia, de modo a tomar decisões sobre seu corpo, saúde e cuidado.

Nesse sentido, a hipótese inicialmente levantada é de que os profissionais de saúde poderão proporcionar condições para favorecer a autonomia do paciente, desde que comecem a utilizar a comunicação, não como simples processo de transmissão de informações prescritivas e impostas, mas, sim, no sentido de propor alternativas de escolha, levando em consideração a realidade na qual se insere este paciente. Enfim, proporcionando que os usuários passem de objeto à sujeito da ação.

Os instrumentos utilizados no presente estudo foram a observação e a entrevista. Conforme Gil (1994, p.104) “a observação constitui elemento fundamental para a pesquisa. Desde a escolha e formulação do problema, passando pela construção de hipóteses, coleta e análise de dados, a observação desempenha papel imprescindível no processo da pesquisa”. A observação simples (aquela em que o pesquisador assume o papel de espectador), com base em um roteiro previamente estabelecido (ANEXO 2) iniciou em abril, servindo posteriormente de base para a elaboração do roteiro de entrevista.

A entrevista pode ser definida como “a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção de dados que interessam à investigação” (GIL, 1994, p. 113). A entrevista é, portanto, uma forma de interação social, já que as pessoas colocam-se frente a frente, no sentido de solicitar e obter informações.

As entrevistas realizadas tiveram a duração de, aproximadamente, 60 minutos, iniciando em junho e finalizando em setembro de 2003.

Ambas etapas (observação e entrevista) foram realizadas durante o turno noturno, mais especificamente, nas noites em que fiz plantão. Esse particular cuidado justificou-se, uma vez

que sendo o local do estudo um hospital universitário, sabe-se que, durante o período diurno, estão presentes nas Unidades de Internação, diversos acadêmicos de enfermagem e medicina de diferentes disciplinas, atuando junto ao paciente, além dos próprios servidores da Instituição. Durante este período, os pacientes também são encaminhados à realização de exames. Todas essas ocorrências demandam muito tempo, tornando mais difícil e “constrangedor” a presença de mais um elemento (o pesquisador), além dos tantos que já existem, para abordar, novamente aquelas pessoas (pacientes), durante um período em que, acredito, já se encontrarem cansados, por terem sido examinados e entrevistados muitas vezes.

Ao contrário, durante à noite, não é comum existir tanto fluxo de profissionais dentro do hospital. Logo, os pacientes parecem encontrar-se menos cansados, ficando “mais à vontade” para conversar e responder perguntas, perguntar, etc. Devido ao fato de optar por aplicar os instrumentos durante meu turno de trabalho, foi possível entrevistar, normalmente, um paciente por turno, excepcionalmente dois. A observação, no entanto, foi possível realizar constantemente, durante o turno trabalhado.

Para a coleta de dados, foi aplicado aos sujeitos do estudo uma entrevista do tipo estruturada, uma vez que é desejado que esses sujeitos respondessem às mesmas perguntas. Neste caso, o objetivo visou comparar as respostas obtidas, no que tange à aproximação ou distanciamento das mesmas. Tanto a observação quanto a entrevista foram realizadas de acordo com os objetivos da pesquisa, a fim de, conforme a análise dos dados, confirmar ou refutar a hipótese anteriormente formulada.

4.3. Caracterizando os participantes da pesquisa

De acordo com Triviños (2001, p.84), “a escolha dos sujeitos na amostra própria da pesquisa qualitativa se realiza através de critérios. Um critério é uma idéia ou um conjunto de idéias emanadas dos objetivos da investigação que orienta a seleção dos sujeitos que participarão na pesquisa”.

Conforme Engers (1994, p. 60), a amostra é definida buscando o maior número de informações possíveis relativas ao contexto. Por isso, justifica-se que os sujeitos da pesquisa qualitativa sejam selecionados por meio de amostra intencional.

Os profissionais de saúde:

Os profissionais envolvidos na observação caracterizam-se por ser alguns daqueles que lidam mais diretamente com os pacientes, ou seja: médicos residentes e auxiliares de enfermagem. Auxiliares de laboratório e técnicos do banco de sangue também poderiam ser observados, uma vez que também trabalham durante à noite, mas não houve

oportunidade de fazê-lo durante esse período. Como sou a enfermeira responsável por este turno de trabalho, a observação não envolveu enfermeiros.

Porém, de uma maneira indireta, através do relato dos pacientes (discutido mais adiante na análise dos dados) foi possível deduzir que a relação destes profissionais (e outros, como os auxiliares de nutrição, serviço gerais) com os pacientes também parece ocorrer de maneira paternalista, com ênfase na comunicação verticalizada, prescritiva.

Os pacientes:

A entrevista foi realizada até a exaustão dos dados, junto a treze pacientes, escolhidos intencionalmente, por meio de uma amostra constituída por aqueles que estavam internados para submeterem-se à cirurgia eletiva. Já que, nesta condição, compreende-se que seria possível um envolvimento multiprofissional, objetivando preparar o usuário, através de informações mediadas por uma comunicação dialógica, para decidir conscientemente por submeter-se (ou não) ao procedimento cirúrgico, o que, ao contrário, seria praticamente impossível em relação ao paciente que chega em situação de risco. A estes, infelizmente, resta, somente, a opção de operar ou não, em muitos casos, sem a garantia da própria sobrevivência. Em outras situações, a decisão ainda fica por conta dos familiares, já que o paciente, em estado extremamente grave (em coma...) não tem condições de fazê-lo.

Não esquecendo o componente ético pertinente a toda pesquisa, foi solicitado previamente aos participantes do estudo o consentimento livre e esclarecido. A eles também foram apresentados os objetivos do estudo.

Pode-se perceber, conforme representado pela figura 4, que a maioria dos participantes foram do sexo feminino.

SEXO	
MASCULINO	5
FEMININO	8
TOTAL	13

Figura 4: Distribuição dos participantes conforme o sexo.

Em relação à escolaridade, representada pela figura 5, percebe-se que entre os participantes, predominou aqueles que tinham o fundamental incompleto. Esse número decresce em relação ao aumento da escolaridade. Nesse sentido, não houve nenhum participante com nível superior.

ESCOLARIDADE	
ALFABETIZADA	1

FUNDAMENTAL INCOMPLETO	7
FUNDAMENTAL COMPLETO	1
MÉDIO INCOMPLETO	3
MÉDIO COMPLETO	1
SUPERIOR	0
TOTAL	13

Figura 5: distribuição dos participantes conforme o nível de escolaridade.

Quanto à idade (figura 6), verificou-se que a maior parte dos entrevistados pertencem a uma faixa etária de adultos. Os extremos (jovens e velhos) apareceram em menor número.

IDADE	
ATÉ 20 ANOS	1
21 A 30 ANOS	2
31 A 40 ANOS	1
41 A 50 ANOS	4
51 A 60 ANOS	4
MAIS DE 60 ANOS	1
TOTAL	13

Figura 6: Distribuição dos participantes conforme a idade.

4.4. Procedimentos utilizados para a coleta de dados

Após a obtenção dos dados através da observação e da entrevista, passou-se, então, à análise dos mesmos. Etapa que, segundo vários autores, é bastante trabalhosa e minuciosa, já que tais dados devem ser descritos e tratados para somente depois serem analisados. Apoiada nas idéias de Triviños (2001, p. 91), compreendo que antes de começar a trabalhar as informações reunidas na coleta, foi preciso observar alguns pontos, tais como:

- 1.º A abordagem teórica que orienta o estudo, uma vez que a teoria fornecerá subsídios necessários à interpretação desses dados.
- 2.º A hipótese formulada, a qual poderá ser confirmada ou negada, ou mesmo levar à construção de outra hipótese.
- 3.º Os instrumentos de pesquisa que, no caso da pesquisa quantitativa, são rigidamente elaborados. Na qualitativa, porém, eles podem ser mais flexíveis, de acordo com o comportamento dos sujeitos que participam da pesquisa e da interpretação do pesquisador.

No estudo em questão, após terem sido realizadas todas as entrevistas, procedeu-se a reunião e a categorização dos dados obtidos. A seguir, foi feito um estudo comparativo das respostas obtidas e interpretação das mesmas. Essa análise objetivou verificar se esses dados estavam de acordo com o referencial teórico e os objetivos da pesquisa, além da mesma fornecer subsídios para a aceitação ou refutação da hipótese anteriormente formulada para nortear o estudo.

5. TRATANDO OS DADOS OBTIDOS NO ESTUDO

5.1. As análises emergentes da observação e das entrevistas.

Os dados resultantes da observação do relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes, no intuito de avaliar se a comunicação entre esses contribui para o entendimento seguiu um roteiro previamente estabelecido (ANEXO 2). Com base nos dados que iam sendo obtidos por ocasião das observações, construí um questionário (ANEXO 3), o qual foi aplicado diretamente aos pacientes para que fosse possível compreender, por meio deste, como as relações de comunicação poderiam (ou não) estar contribuindo para serem capazes de decidir sobre questões relativas ao seu corpo, saúde e cuidado. A análise de todos esses dados deram origem às categorias listadas a seguir.

5.1.1. A falta de identificação dos profissionais de saúde junto ao paciente: quem são esses seres de branco?

Em relação a esse aspecto, observou-se que nenhum profissional de saúde apresentou-se ao paciente ou acompanhante. Simplesmente, entravam nas enfermarias, realizavam os procedimentos, tais como: punção venosa, verificação dos sinais vitais, administração de medicações, entre outros (auxiliares de enfermagem), ou examinavam, coletavam dados (médicos e estagiários). As falas abaixo ilustram essa afirmação:

Acompanhante: - *“Onde está a ‘enfermeira’ que atende ao quarto 232? É uma loirinha e alta... Queria avisar que o soro da minha mãe acabou?”*

Paciente: - *“Vem tanta gente aqui, no quarto. Eu acho que a médica é uma moça loira, de óculos”.*

Os pacientes e acompanhantes, então, parece que procuram maneiras de distinguir os diversos profissionais, por exemplo,

pela cor do uniforme usado. Reconhecem a “enfermeira chefe” através de seu uniforme marinho e branco. Mas, como assegurar 100% de exatidão nessas analogias se, nem todos os membros da equipe de saúde utilizam um uniforme e nem a instituição pode exigir, uma vez que a mesma não fornece aos funcionários? De qualquer forma, os pacientes merecem conhecer os trabalhadores que integram o serviço, tanto por sua profissão, quanto pelo nome.

Neste hospital, a equipe cirúrgica é constituída por um preceptor (professor e chefe da equipe), um médico residente do segundo ano (R_2), um médico residente do primeiro ano (R_1), um médico anesthesiologista e estagiários. Conforme as entrevistas realizadas, verifiquei que os pacientes (à exceção de um) não conheciam todos os membros que integravam a equipe médica que iria operá-los, isto é, sabiam o nome de um dos residentes ou do preceptor, embora recebessem a “visita” de outros membros ligados à equipe que, em geral, não se identificavam.

Os médicos, geralmente, não visitam os pacientes no dia da internação. Isso torna-se mais evidente, principalmente, quando os pacientes internam em horário em que eles já não se encontram mais no hospital. Nesse sentido, também foi possível verificar que, mesmo quando avisados por telefone sobre a internação de pacientes, costumeiramente, eles não retornam ao hospital, passando algumas orientações e encerrando a ligação, por exemplo, com um lacônico *“ele vai operar amanhã às 8 horas... Amanhã cedo, eu prescrevo”*.

Esse tipo de conduta é, de certa forma, respaldado pela equipe de enfermagem, que aceita resignadamente vivenciar situações desse tipo. Na verdade, como profissionais presentes nas 24 horas do dia, poderiam solicitar uma outra atitude dos demais profissionais. No entanto, parece ser natural que alguns deles não se façam presentes em tempo integral, principalmente no que tange ao turno da noite, em que não são encontrados profissionais de outras especialidades e formação, dentre eles, os farmacêuticos, laboratoristas etc.

Geralmente, os médicos anesthesiologistas também não costumam, previamente, visitar os pacientes internados. Conduta que, no meu entendimento, contribuiria para diminuir sensivelmente grande carga de ansiedade, já que os pacientes exteriorizam muito medo e fantasias em relação ao procedimento anestésico.

Houve ocasiões em que médicos vieram à unidade prescrever para os pacientes que já estavam internados, muitas vezes, parecendo nem mesmo saber

que determinado paciente seria submetido a determinado tipo de cirurgia, às 8 horas do dia seguinte, conforme marcado na grade de cirurgias agendadas no Centro Cirúrgico.

Ficavam, muitas vezes, “bravos” com a equipe de enfermagem no momento em que eram avisados da internação dos pacientes. Entretanto, obedecer a um roteiro organizado com o agendamento das cirurgias, previamente elaborado pela própria equipe médica que atende o paciente no ambulatório, constitui-se em sua obrigação. Portanto, já deveriam saber quando seus pacientes internariam (salvo a existência de algum imprevisto como, por exemplo, a falta de leitos disponíveis na unidade de internação cirúrgica) e em que dias e horários seriam submetidos às respectivas cirurgias.

Em situações como estas, identifica-se que as relações de comunicação apresentam-se seriamente afetadas. Não somente a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, evidenciada ao longo deste trabalho, mas, também, a comunicação entre a própria equipe multiprofissional, que parece não atuar de forma interdisciplinar.

Parece, também, não estar bem claro quais os papéis a serem desempenhados por cada categoria profissional. Geralmente, não cumprem integralmente seus papéis ou se afastam deles, no que tange às suas atribuições e à organização de seu próprio serviço como, por exemplo, quando é atribuído equivocadamente o papel de “mensageiro” aos profissionais de enfermagem que, também, de forma equivocada, aceitam desempenhar o papel atribuído, permitindo-se levar recados do tipo: *“enfermeira, a cirurgia do Seo Roni foi suspensa. Vá lá no quarto e dê o recado. Amanhã eu venho assinar a alta dele”*.

Os pacientes entrevistados mencionaram, ainda, que outros trabalhadores do setor também não se identificam, tais como, integrantes da equipe de enfermagem, serviços gerais e auxiliares de nutrição. Corroborando essa assertiva, também observei que a utilização de crachá pelos profissionais que atuam neste setor é praticamente inexistente. Alguns estagiários e residentes, entretanto, utilizam um avental com o seu nome bordado no próprio tecido.

Mas, o que será que leva as pessoas a julgarem dispensável o ato de se apresentar, de se identificar como profissional ou, até mesmo, evitar ir ao quarto do enfermo? Permito-me fazer algumas inferências sobre alguns fatores que, em

resposta às exigências do modo de produção capitalista, o próprio modelo biomédico vem condicionando os profissionais de saúde a um fazer mecanicista e cada vez mais impessoal. Em relação a esses aspectos, cabe ressaltar, que

“é importante considerar que, no hospital, o processo de diagnóstico e tratamento está alicerçado na concepção mecanicista do organismo representado pelo modelo biomédico. Tal modelo está firmemente assentado no pensamento cartesiano, que concebe uma separação rigorosa entre mente e corpo, sendo o corpo formado por diversas partes que juntas mantêm o funcionamento do organismo, tal qual uma máquina. A doença é vista como uma “avaria mecânica” que requer manipulação técnica” (CORRÊA e FERREIRA, 1997, p. 298).

Além disso, está em franco processo o sucateamento do setor público. Desse modo, os profissionais de saúde estão sendo obrigados a produzir o máximo, muitas vezes sem condições adequadas de trabalho (falta de leitos, materiais de consumo, recursos humanos) e, no caso deste hospital no qual o estudo foi realizado, seus profissionais estão sendo obrigados a prestar cada vez mais serviços com cada vez menos recursos. Talvez, por isso, haja pressa no atendimento, no rodízio de leitos, não havendo tempo suficiente para uma interação mais humanizada com os pacientes.

Assim como os profissionais de saúde geralmente não se apresentam ao paciente, por outro lado, também não sabem, muitas vezes, o seu nome, sendo comum referirem-se a ele através do número de seu leito: “*como está o curativo da 206 A?*” Por sua vez, a legitimação do poder pelo profissional de saúde pode ser percebida, através do uso de expressões tais como: “*ele é meu paciente... meu caso clínico...*”

Ao agir dessa forma, pode-se inferir que os profissionais de saúde (mais comumente os médicos) julgam-se responsáveis pelo paciente, legitimando-o como objeto, como se ele fosse sua propriedade. Em decorrência do poder de diagnosticar e prescrever as terapêuticas, o médico parece que se percebe como aquele que detém o poder de decidir sobre o que seja mais indicado, pois, nesta lógica, é dele que o paciente depende.

Portanto, o paciente não precisa saber quem ele é. O que importa é que ele irá solucionar o seu caso, realizará a sua cirurgia. Por analogia, parece que os

demais profissionais de saúde também percebem-se como aqueles de quem o paciente depende para solucionar os demais problemas que apresenta, autorizando-os, assim, a adotarem semelhante postura.

Segundo Soares e Lunardi (2001, p. 35), Foucault denomina essa forma de conduta de poder pastoral, na qual, o profissional da saúde representa o pastor, responsável por suas ovelhas, que são os pacientes. Em troca da proteção do pastor, as ovelhas lhe devem obediência. Por sua vez, Cohn (1997, p. 134), apoiando-se em Weber, denomina esse tipo de poder de dominação carismática, ou seja, “o tipo que manda é o líder. O tipo que obedece é o apóstolo. Obedece-se exclusivamente à pessoa do líder por suas qualidades excepcionais”.

Nesse sentido, parece que, na crença de muitas pessoas, o médico é visto quase como um deus, ou seja, aquele cujo poder parece ser ilimitado, o senhor da vida e da morte. Continuando seu pensamento, Cohn (1997, p. 134) afirma que a posição de líder se mantém enquanto o carisma subsiste (as qualidades que lhe são atribuídas). Portanto, quando decai seu “poder divino, mágico”, esse líder é abandonado. Isto parece servir para explicar porque certos pacientes abandonam seu tratamento ao se decepcionarem com o seu médico.

Essa situação pode ser melhor exemplificada, na prática, pelo relato de um dos entrevistados, que se reconhecia hipertenso, conforme o diagnóstico feito por um médico clínico com o qual se sentia *“bastante confiante e seguro, até ser encaminhado por ele a um dos melhores cardiologistas da cidade”*. Porém, teve uma grande decepção ao consultar com este profissional, visto que era *“muito sério, mal humorado, pouco falava e quase não me deixava falar. Além disso, receitou um tipo de medicação bastante cara”*. Decepcionado, mesmo acreditando na competência do médico, não fez o tratamento prescrito, abandonando, inclusive, a medicação que o médico clínico lhe receitara.

Ainda, nessa ótica, parece contribuir para o distanciamento entre médico e pacientes, a utilização de mecanismos de proteção da integridade emocional deste profissional. Bird (1987), em seu livro “Conversando com o paciente”, ao estudar a relação entre cirurgiões e pacientes, relata que os cirurgiões, embora operem por amor à profissão, apontam como árdua a tarefa de operar, uma vez que se o procedimento der errado ou mesmo o paciente vier a morrer, eles sentem-se

deprimidos e culpados. Por isso, evitam envolver-se com o paciente, de modo a abafar suas próprias emoções. Ao relatar suas observações, apresenta que

“um dos modos mais efetivos que os cirurgiões usam para se proteger de serem afetados pelo que fazem é colocar uma ‘tela’ entre si mesmos e as reações emocionais de seus pacientes. (...) Se, além de enfrentarem suas próprias emoções, os cirurgiões permitissem ser expostos constantemente ao reconhecimento dos medos e terrores dos pacientes, é razoável acreditar que ficariam completamente abatidos e incapazes de trabalhar. (...) Em termos clínicos, isso pode significar, por exemplo, que um cirurgião qualquer, visando manter-se mental e fisicamente em ordem, permitirá apenas uma percepção mínima das preocupações do paciente. Ou, talvez, vá mais longe, permitindo o mínimo de contato possível com o paciente” (BIRD, 1978, p. 153-4).

Em relação à ocorrência desse distanciamento, tanto durante a observação das interações entre médicos e pacientes quanto o que foi relatado pelos próprios pacientes nas entrevistas, foi possível inferir e até mesmo constatar que isso não só ocorreu como ainda vem ocorrendo: muitas vezes, os pacientes não sabem nem o nome como também não identificam quem seja o seu médico. Creio que não se pode afirmar que as justificativas apresentadas pelo autor possam explicar estas situações observadas por mim ou relatadas pelos pacientes. No entanto, apesar da época em que realizou a sua pesquisa, considereei apropriada a inclusão de alguns de seus achados.

Esses achados correspondem a situações que são vivenciadas ainda nos dias de hoje, embora haja a preocupação cada vez mais presente em vários autores em relação às questões como, humanização, comunicação, ética, respeito humano, dentre outras. Em seu relato, apresenta uma outra possível face do profissional médico: a do homem angustiado pela possibilidade do erro e mostrando-se como um ser humano tão frágil quanto seus pacientes.

5.1.2. Informações dadas ao paciente a respeito de exames ou procedimentos a serem realizados:

Observei que, quando eu informava a determinados pacientes que estes iriam realizar algum tipo de exame (sangue, rx, entre outros), alguns referiam que já estavam sabendo, uma vez que

o médico lhes havia informado. Porém, esses pacientes não haviam sido informados sobre rotinas específicas que certos exames exigiam, que além do NPO (nada por via oral), requeriam o uso de laxantes na véspera, enema, dietas especiais, entre outros.

A maior parte deles, porém, alega que não havia sido avisada sobre a realização de exames. Quanto a isso, um deles referiu que:

“Eu deveria ter feito exames de sangue nesta manhã, mas ninguém me avisou nada. Veio café, e eu tomei”.

Acontecimentos como esses parecem denotar uma certa irresponsabilidade por parte dos profissionais de saúde, uma vez que o retardo na realização dos exames (principalmente pela negligência na falta de informação e orientação aos pacientes sobre os mesmos), além de um maior número de dias de internação pode significar, muitas vezes, o retardo também do diagnóstico e, conseqüentemente, do início do tratamento.

Outro paciente, ao ser perguntado se sabia que deveria ficar em NPO a partir das 24 horas para a realização de uma endoscopia no dia seguinte, pela manhã, referiu não estar sabendo de nada, mostrando-se, inclusive, surpreso com tal fato.

Observou-se que nenhum paciente foi orientado previamente a respeito de procedimentos, tais como: realização de flebotomia ou *intracath*, realização de exames especializados. Por esta razão, eles freqüentemente têm idéias estereotipadas, errôneas, fantasiosas a respeito. Fato que acarreta muita angústia ao paciente internado, como se pode perceber, através dos seguintes relatos:

“Endoscopia é aquele exame, no qual ‘enfiam’ uma mangueira muito grossa até o estômago... intestino? Deve doer muito... não fazem anestesia?”

“O médico disse que, a princípio, a cirurgia vai ser aquela que ficam só uns pontinhos... É à laser, né? Se não der, terá de dar um corte”.

Esse último relato diz respeito a uma paciente que iria submeter-se a uma provável cirurgia videolaparoscópica. É muito comum, no cotidiano da unidade, os pacientes confundirem a técnica de cirurgia videolaparoscópica com a da litotripsia, que consiste na extirpação dos cálculos, por meio de raio laser.

Outro fator, além da ansiedade em relação ao desconhecido, chamo a atenção, também para a questão de alguns procedimentos serem bastante constrangedores, necessitando que seja conversado sobre o mesmo com o paciente, pois além de esclarecer a finalidade, serviria para prepará-lo a uma melhor aceitação e colaboração da melhor maneira possível para a sua realização. Corretamente esclarecido, o paciente também poderá recusar, se desejar, responsabilizando-se por sua escolha. O cuidado e o respeito à privacidade do paciente também torna-se necessário.

Compartilhando essa linha de pensamento, costumo orientar, por exemplo, os pacientes, nos quais irei realizar sondagem vesical, além de solicitar que outros acompanhantes retirem-se do quarto no momento do procedimento. Observo, que agindo dessa forma, obtenho a sua colaboração, além de referirem menos desconforto.

Situação inversa, observei que um médico, em plena enfermaria repleta de pessoas (pacientes e acompanhantes), realizava um toque vaginal em uma paciente idosa que, em meio à vergonha e o constrangimento, cobria o rosto com as mãos. No entanto, parecendo ignorar tal situação, o médico perguntou: “*Não está doendo, está?*”.

5.1.3. A inexistência de solicitação e/ ou de permissão para que o paciente participe do seu cuidado.

Por participação no cuidado, entendo como sendo o incentivo para que o paciente comece, pouco a pouco, a tornar-se mais independente dos cuidados da equipe de saúde, visto que, logo deverá receber alta hospitalar. Isso, no meu entendimento, contribuirá para sua reintegração ao contexto social. Torna-se, portanto, interessante que o paciente, por exemplo, torne-se capaz de tomar banho sozinho, comece a deambular, aprenda a trocar a bolsa de colostomia (desde que esteja em boas condições físicas e psicológicas para isso), entre outros cuidados que se fizerem necessário.

Contudo, o que parece ser observado, nessa ótica, é que a maioria dos profissionais (com frequência da enfermagem) aceitam que eles participem de cuidados, como a realização da tricotomia, a troca da colostomia, num aparente “alívio” por terem menos tarefas para realizar, conforme alguns verbalizaram, muitas vezes, conforme o relato abaixo:

Auxiliar de Enfermagem: “*A paciente mesma quer fazer a tricotomia. Melhor pra mim. Já dei o material pra ela...*”.

A paciente em questão, iria realizar uma perineoplastia. A tricotomia deveria ser feita, portanto, na região perineal. Nestes casos, tenho observado que grande parte das pacientes, ou já internam tricotomizadas ou pedem para que elas mesmas

possam realizar sua tricotomia, devido ao fato de não querer exporem-se, já que, muitas vezes, existem nas unidades de internações, profissionais do sexo masculino. Porém, no turno de serviço observado, há um prévio “acordo” entre os auxiliares de enfermagem, no qual procedimentos constrangedores, do tipo enema, tricotomia de períneo, quando em pacientes do sexo masculino, é realizado pelo auxiliar de enfermagem do sexo masculino, enquanto que esses procedimentos, em pacientes do sexo feminino, são realizados pelas auxiliares de enfermagem.

Entretanto, outras “contribuições” do paciente em relação ao seu cuidado, não parecem ser bem recebidas pelos profissionais como, por exemplo, no caso a seguir, no qual o paciente aguardava uma punção venosa, assim se referiu ao auxiliar de enfermagem:

“ - Moço, no braço esquerdo não vais conseguir pegar a veia. As do braço direito são mais fáceis” (paciente).

“ - Pode deixar, que eu sei o que estou fazendo” (auxiliar de enfermagem).

Embora este auxiliar de enfermagem tivesse conseguido puncionar a paciente no braço esquerdo, desconsiderou sua contribuição e, ao adotar uma atitude aparentemente arrogante, privou-a da autonomia do próprio corpo, de decidir. Fatos como esse apontam a clara destituição do sujeito, transformado em objeto, cuja única prerrogativa parece ser a de sempre ter de submeter-se à vontade dos outros.

5.1.4. (Des)consideração das queixas e temores do paciente e o (des)respeito à decisão do paciente em recusar algum procedimento.

Em relação às queixas referidas por pacientes, observei que recebem uma maior atenção por parte dos profissionais de enfermagem, do que pelos médicos, os quais se limitam, freqüentemente, a questionar a intensidade e/ou a freqüência da dor referida, por exemplo. Geralmente, os médicos, quando solicitados, principalmente de madrugada, para avaliar algum paciente que apresente alguma queixa, limitam-se a “prescrever” alguma medicação verbalmente (por telefone), raramente indo ao quarto do enfermo.

De alguma forma, nós, profissionais de enfermagem, contribuimos para a manutenção desse comportamento, ao aceitar prescrições por telefone, ao invés de exigir que este profissional venha ao setor e avalie o paciente, como é o

preconizado durante o processo de formação profissional, com base na Lei do Exercício Profissional.

Finalmente, foi observado que, se o paciente recusa-se a deixar realizar algum procedimento ou tomar alguma medicação, o pessoal da enfermagem demonstra resignação. Já a equipe médica fica visivelmente indignada e questiona o propósito de tal paciente estar internado.

Em outros tempos, ameaçavam o paciente com a possibilidade de darem-lhe “alta administrativa ¹⁵”. Não foi observado, por parte de nenhum profissional de saúde, no entanto, o uso do diálogo, no sentido de pesquisar “a fundo”, junto ao paciente, as razões de sua “recusa”, as suas dúvidas, os seus temores. A censura transcende o diálogo.

Assim, quando a assistência parece estar centrada única e exclusivamente no cumprimento da prescrição médica, não há espaço para a preocupação com o paciente como Ser humano, Ser sujeito. Para exemplificação, apresento o caso de uma paciente jovem (42 anos), cega, diabética, internada para submeter-se possivelmente a um *by-pass*. Fora-lhe verificado o HGT (haemoglicotest) de seis em seis horas, conforme prescrição médica e, em todos os turnos, a glicemia encontrava-se muito acima dos níveis normais (quando verifiquei, à noite, tive como resultado 550mg%).

Sua acompanhante mostrou-se bastante aflita (estava consciente, inclusive, que a cegueira de sua mãe era conseqüência do diabetes). Disse-me que, ao questionar as outras enfermeiras, fora informada de que não havia “nenhum esquema de insulina prescrito”, por isso, não poderiam fazer nada a respeito. Ciente da gravidade do problema, localizei o médico responsável, que prescreveu o esquema de insulino-terapia regular, que foi imediatamente aplicado.

5.1.5. A tomada de decisão na busca de auxílio para atender a uma queixa manifesta e quanto à internação hospitalar.

Segundo os pacientes entrevistados, eles decidiram procurar auxílio médico, na vigência de situações de desconforto ocasionadas por algum problema sentido

(ex. sensação de peso em portadores de hérnia ou fortes cólicas biliares em portadores de colicistite, entre outros), conforme pode ser evidenciado no relato de uma paciente internada para submeter-se à colecistectomia:

“No começo, eu bem que agüentava as dores... tomava o remédio e passava. Ultimamente, as dores estão piores. Não consigo nem comer... aí, apareceram os vômitos. Vi que não tinha mais jeito e vim consultar”.

Quando esse desconforto afeta inclusive as relações sociais, as pessoas também são impulsionadas em busca de ajuda. Exemplifico essa assertiva, ao apresentar o relato de um paciente portador de hemorróidas:

“Além da dor, eu já não estava conseguindo mais trabalhar. Ir a uma festa, então, nem se fale! Quase não podia ficar sentado, por muito tempo”.

Como se pode constatar, geralmente, um paciente agenda uma consulta no ambulatório clínico ou mesmo no Serviço de Pronto Atendimento para receber atendimento, em decorrência de tais queixas. O médico que o examina, ao suspeitar ou até mesmo constatar que o seu caso requer investigação cirúrgica, o encaminha ao ambulatório de cirurgia.

Nesta ótica, constata-se que a decisão de procurar o auxílio é do paciente, graças à própria reflexão em relação aos problemas apresentados, embora, muitas vezes, não saiba o que possam significar, mas sente que os sintomas o incomodam. Entretanto, quando chega ao ambulatório de cirurgia, o paciente é recebido por uma equipe que, ao constatar a provável necessidade de algum tipo de ato cirúrgico, solicita exames de rotina, tais como Rx de tórax, exames de sangue e urina e ECG, caso o paciente seja idoso ou portador de alguma cardiopatia. Dependendo do caso, poderá solicitar, ainda, ultrassonografia, Rx de esôfago, estômago e duodeno (REED), tomografia, dentre outros possíveis exames.

Após os resultados dos exames e o diagnóstico confirmado ou mesmo ainda hipotético, o médico solicita a sua internação. Em relação a essa forma de atuação,

¹⁵ Por alta administrativa, compreende-se como sendo a saída voluntária do paciente, sem que o mesmo esteja apto para a alta, de fato. Ele, porém, assina um documento isentando o hospital e a equipe de saúde de qualquer responsabilidade.

na qual a participação do paciente parece ser a de mero espectador, desconsiderado como sujeito do seu corpo,

“critica-se o médico e outros profissionais de saúde por não terem maior aproximação com o cliente, não utilizando o momento da consulta como possibilidade do diálogo, onde a vida inteira dos sujeitos usuários possa ser exposta até o ponto desejado e necessário. Na verdade, não são treinados para isso. (...) Assim, os técnicos olham através das pessoas, perscrutam seu corpo por dentro sem ver o homem, a mulher, a criança, enfim, o ser humano como humano. (...) o olhar clínico emudeceu a fala e fechou a escuta para penetrar num pedaço do corpo, seja coração, seja pulmão ou fígado, e estabelecer, aí, o foco de sua atenção” (FARIA, 1998, p. 134).

Assim, com a indicação médica de internação hospitalar, o paciente é encaminhado ao setor de internações, onde é solicitado um leito à Unidade de Internação Cirúrgica. No caso de existência de vaga, será efetivada a internação hospitalar.

Ao perguntar aos pacientes como foi tomada a decisão de internar-se para realizar uma possível cirurgia, a maior parte deles referiu que esta conduta partiu de uma indicação médica. Eles acabaram acatando essa decisão, sob pena de continuarem sofrendo desconforto ou correndo o risco de agravamento dos seus problemas, caso não se submetessem às indicações daqueles que acreditam ter a incumbência e o poder de curá-los.

Não se trata aqui, com tais afirmações, de achar que o paciente deva duvidar ou mesmo contestar as recomendações do médico, uma vez que é função deste investigar a patologia daquele e propor o tratamento, baseado em seu conhecimento e competência profissional. O que tenciono refletir aqui é quanto ao fato de ao paciente ser atribuído um papel passivo, pois, ao internar, parece que se entrega à vontade e decisão médicas e, por extensão, aos demais profissionais da equipe de saúde.

É passivo na destituição de sua própria subjetividade, em que a espera parece ser a sua principal aliada: a espera pela dieta, a espera pelos resultados de exames, a espera pela cirurgia, a espera pela visita de seu médico e equipe. Nesse sentido, percebe-se que, aparentemente, “não há diálogo nas relações entre usuários e profissionais, [pois] o que transparece é um forte distanciamento entre

esses atores sociais" (FARIA, 1998, p. 132). Nessa perspectiva, Testa [Ca. 1995, p. 63], apoiado em Campos, critica "esse modelo de medicina hegemônico, quando diz que o sujeito que sofre algum tipo de intervenção é quase sempre tomado como um objeto inerte, passivo, como um ser incapacitado de esboçar qualquer reação positiva ou negativa, às ações do agente que trata da cura".

Após a internação hospitalar, continua sendo objeto, especialmente, no momento em que se submete passivamente aos procedimentos cirúrgicos, sem informações prévias detalhadas sobre o seu diagnóstico, sem esclarecimentos de dúvidas, dentre outras, que poderiam garantir-lhe a segurança necessária para uma posterior reflexão e tomada consciente de decisão a respeito de questões que envolvam a sua saúde. Uma das entrevistadas, que havia internado para submeter-se a uma safenectomia, deixando transparecer uma visível ansiedade, respondeu:

"Quando o médico disse que teria de operar as varizes, fiquei com muito medo, pois nunca fui operada antes. Perguntei a ele se não teria um remedinho. Ele continuou dizendo que tinha que fazer a operação".

O paciente, na verdade, acaba por entregar-se passivamente frente ao saber imposto e não informado. Concordo com Lunardi (1999, p. 99), quando diz que, "quando as decisões não se fazem predominantemente a partir ou através da vontade da pessoa, fundamentada no diálogo, na palavra e na reflexão, assim como na sua história pessoal, mas a partir da vontade do outro, o cliente não age como sujeito, mas como objeto, como meio, negando sua condição humana como fim".

Voltando às entrevistas realizadas, os entrevistados ainda disseram que, as informações dadas pelo médico/equipe, praticamente, resumem-se à hipótese diagnóstica e a conseqüente probabilidade de operar. Alguns enfatizam sobre os riscos, como uma provável rotura de vesícula, agravamento do tumor etc. Verifica-se, que os profissionais investem-se do papel de decisor sobre questões que dizem respeito ao corpo do outro. Seu fazer está centrado na prescrição tanto de medicamentos como de tratamentos e comportamentos que devem ser respeitados:

Não fume! Não transe sem camisinha! Faça a cirurgia!

Para Lefèvre (1999), a adoção deste tipo de conduta dá mostras que "o profissional de saúde acredita possuir, sob forma de monopólio, o único

conhecimento verdadeiro e legítimo sobre os temas que envolvem a saúde e a doença”. Em outras palavras, parece que os profissionais de saúde não consideram, portanto, que os indivíduos têm diferentes experiências de vida e saberes cotidianos que deveriam ser levados em conta e respeitados.

Desse modo, apoiados em seu saber técnico e científico, preocupam-se em justificar a necessidade de realização de um procedimento cirúrgico, mas esquecem que os pacientes, leigos no assunto, têm muitas dúvidas sobre os benefícios, riscos, cuidados, limitações, tipo de anestesia necessário etc. Enfim, esclarecimentos que possam minimizar a situação de angústia e estresse, que advém de uma hospitalização, por tudo o que ela possa representar .

5.1.6. A subestimação da capacidade e inteligência do paciente.

À exceção de um dos entrevistados¹⁶, o restante deles não conhecia os nomes técnicos das patologias nem das cirurgias a que iriam se submeter. Sabiam, por exemplo, que iriam retirar cálculos da vesícula¹⁷ e retirar o útero, ficando bastante surpresos, quando foram informados que iriam submeter-se a uma colecistectomia ou a uma histerectomia.

Uma das pacientes, ao ser esclarecida que a denominação técnica da patologia da qual era portadora e que ela conhecia como “bexiga caída” era cistocele, para a minha surpresa, disse: *“eu acho mais bonito dizer cistocele do que bexiga caída. Bexiga caída soa muito mal”*. Nesse sentido, Coulter (1998) afirma que “os pacientes são vistos como ‘crianças ignorantes’, no que tange à necessidade de instrução, por parte daqueles que parecem conhecer suas necessidades e preferências”.

Ao omitir determinadas informações, o profissional da saúde está subestimando a inteligência dos pacientes. Ou seja, parece mais cômodo dizer a uma determinada paciente que ela vai retirar o útero ou a vesícula, ao invés de informar o correto nome destas cirurgias, talvez por julgar, de forma preconceituosa,

¹⁶ Das entrevistas realizadas, somente um paciente referiu que faria uma cirurgia denominada herniorrafia inguinal direta recidivada e sabia o que isso significava, pois já havia operado o mesmo local há mais ou menos três anos.

que não será capaz de entender termos “tão complexos”. Por outro lado, as pessoas, conformadas e alienadas perante à hegemonia profissional, parece não perceberem como um direito serem tratadas como seres que pensam, capazes de expressar sua subjetividade e interagir com o mundo a que estão atreladas, desde que adequadamente ajudadas para isso.

A narrativa de Colombi (1999, p. 68), usuária do Sistema de Saúde, ao reportar-se à experiência vivenciada, quando se submeteu a uma cirurgia, contempla exemplarmente esta questão, ao apresentar que “as pessoas do hospital em nenhum momento explicaram como seria a cirurgia e eu pensei que era assim mesmo, que eu não compreenderia nada mesmo”.

Se as pessoas subestimam-se dessa forma, é porque são “estimuladas” a pensarem desta maneira ou desestimuladas a pensarem de forma diferente, pois, quando entregues nas mãos dos profissionais de saúde, deixam de agir como sujeitos. Desse modo, concordo com Faria (1998, p. 35), quando diz que “o processo terapêutico será educativo e cumpre sua finalidade, quando o profissional e o usuário chegam a se conhecer e a se respeitar como pessoas que participam na solução dos problemas identificados mutuamente”.

Nesse sentido, tudo o que puder ser informado a respeito do(s) problema(s) do paciente, tanto melhor será para ele e isso inclui, dentre outros, informar o(s) nome(s) técnicos desse(s) problema(s) e/ou o nome da cirurgia que necessita realizar. Dessa maneira, poderá manifestar-se a respeito, da forma que melhor lhe convier, como no caso da paciente que julgou o termo “cistocele” soar muito melhor aos seus ouvidos do que a denominação de “bexiga caída”. No entanto, com a omissão dessa informação, não lhe havia sido dada a opção de escolha, podendo referir-se ao seu diagnóstico única e exclusivamente como “bexiga caída”.

Finalmente, arrisco-me a afirmar que a informação pode, ainda, constituir-se numa poderosa fonte de estímulo e de encorajamento ao paciente, no sentido de proporcionar maior engajamento e cooperação no seu próprio cuidado, uma vez que entre as expectativas de um paciente cirúrgico, pode-se dizer que estão a pressa de tornar-se independente do cuidado da equipe e dos familiares e de retornar à casa e/ou para o seu trabalho.

¹⁷ A negligência às relações efetivas de comunicação entre médicos e pacientes faz com que muitas coisas não sejam corretamente esclarecidas, a exemplo de vários pacientes portadores de colecistite acharem que vão retirar somente os cálculos, quando, na verdade, a cirurgia (colecistectomia) consiste na retirada da vesícula

5.1.7. A percepção do paciente como sendo apenas um caso cirúrgico.

Conforme relatado nas entrevistas, pouco menos do que a metade dos pacientes (seis) disseram que algum outro membro da equipe de saúde ou o médico perguntaram se eles tinham história pregressa de outras patologias. Os que eram hipertensos ou anginosos, freqüentemente tinham a medicação que costumavam utilizar prescrita pelo médico. Aqueles que relatavam outros problemas, como problemas de coluna e anemia, não contavam com nada registrado a respeito disso no prontuário.

Dos pacientes que disseram não ter sido indagados sobre essa questão (sete), dois relataram ser hipertensos. Um deles estava utilizando a medicação que usava em casa, enquanto que o outro suspendeu sua medicação, alegando seguir somente o que estava sendo orientado no hospital.

Julgo ser do conhecimento dos profissionais de saúde que, para que o paciente submeta-se a qualquer cirurgia eletiva, é necessário que esteja compensado hemodinamicamente. Naturalmente, por essa razão, é que devem ser solicitados exames pré-operatórios (quer no ambulatório ou na unidade imediatamente à internação), com o propósito de identificar qualquer distúrbio metabólico, hemodinâmico (anemia, diabetes, hipertensão arterial descompensada) para, assim, corrigi-los.

O propósito de pesquisar, junto aos pacientes, se eram portadores de alguma patologia prévia e, principalmente, se algum profissional de saúde lhes havia perguntado sobre isso, durante a sua internação, foi por conta de minha preocupação com a assistência dirigida apenas ao “corpo fragmentado”, ou seja, cujo olhar profissional se dirige apenas ao “fragmento doente” (ex. a vesícula), esquecendo de relacionar cada parte ao todo que constitui o ser humano integral.

Essa fragmentação do corpo e a conseqüente fragmentação do cuidado, tão difundida em nosso meio, vem ocorrendo, devida, principalmente, a questões históricas, nas quais o profissional de saúde em sua formação vem impregnado de comportamentos resultantes de um currículo contendo disciplinas desarticuladas entre si, cada uma priorizando uma determinada especificidade. Quando se forma,

escolhe uma área específica de atuação e abandona os saberes oriundos das outras.

Nesse sentido, concordo com Leopardi (2001, p.17) quando afirma “que não se quer dizer que a formação de disciplinas seja condenável, mas sim, que a exagerada compartimentalização do saber na área da saúde resultou em perdas inegáveis de qualidade no tratamento do ser humano como unidade e integralidade”.

Outro fator parece ser reflexo da própria política de saúde, completamente desarticulada: de um lado, o sistema público de saúde, que não consegue atender as necessidades da população. Constitui-se como ideal na teoria, mas longe de se consolidar na prática. De outro lado, o modelo privatista, que atende a uma minoria mais favorecida economicamente, mas igualmente excluída pelo sistema público.

A realidade vivenciada em meu cotidiano de trabalho é que o paciente, de fato, constitui-se, muitas vezes, somente em um caso cirúrgico, devido, por exemplo, à pobreza de comunicação estabelecida entre ele e os seus cuidadores. Prova disso é que, ao observar-se os prontuários dos pacientes, constata-se a existência de anamneses incompletas, nas quais questões como as doenças prévias e/ou concomitantes não aparecem.

Dessa maneira, isto tem ocasionado a suspensão de inúmeras cirurgias mesmo o paciente já estando na sala cirúrgica, quando se identifica, por exemplo, que ele apresenta a pressão arterial elevada, devido ao fato de não estar se tratando no hospital porque, ao ser ignorada sua condição de hipertenso em tratamento de manutenção (porque não lhe foi perguntado), não lhe fora prescrita a medicação que vinha fazendo uso em casa. Isto dá mostras da falta de comunicação, de diálogo, de envolvimento, denotando desconsideração com o Ser humano em sua totalidade.

Esta forma de atuação representa uma visão oposta à concepção na qual o ser humano deve ser entendido e tratado como “sendo uma pessoa valorizada em si e de si, a ser atendida, respeitada, zelada, compreendida, auxiliada, em geral, uma visão filosófica de uma pessoa com um self totalmente integrado e funcional. O ser humano é considerado como maior que a soma de suas partes e diferente delas” (FREITAS, 2001, p.51).

Vale lembrar que se costuma compreender o Ser humano como um ser biopsicossocial, mas, na prática, concebem-se profissionais específicos para cuidar de cada uma de suas “partes”. Alguns se ocupam do cuidado da mente e espírito,

enquanto que outros, do cuidado do corpo biológico (carne e osso). Esquece-se, entretanto, que mente e corpo coexistem num mesmo ser, sendo, portanto, impossível dissociar uma coisa da outra.

5.1.8. A informação como fator indispensável à tomada de decisão sobre o seu corpo, saúde e cuidado.

Em relação à importância da informação como forma de apoio a uma decisão consciente sobre questões que dizem respeito à saúde, praticamente todos os entrevistados foram unânimes em concordar com esse aspecto, porém as respostas foram em nível superficial, ou seja, relataram que “o diálogo (a troca de informações) os deixariam mais seguros para decidir sobre o tratamento”, não havendo uma justificativa mais reflexiva ou elaborada para a questão.

No entanto, constato a relevância da informação, a partir de dois casos relatados, ocorridos com duas entrevistadas: o primeiro caso envolveu uma paciente jovem (29 anos), portadora de tumor de reto, que alegou ter sido devidamente informada pelo médico sobre sua doença, tanto sobre o diagnóstico, quanto sobre os detalhes que poderia envolver o procedimento cirúrgico, dependendo do comprometimento (tamanho e localização) do tumor. A mesma falava com relativa tranquilidade, somente mostrando-se receosa, ante a uma possível necessidade de ter de fazer uma colostomia permanente. Mesmo assim, referiu estar consciente da necessidade da realização da cirurgia. Sabia, também, que poderia ser uma cirurgia grande e que envolveria riscos.

O outro caso, envolveu uma paciente, em dois momentos de internação no hospital. A paciente, quando foi entrevistada pela primeira vez, havia internado devido a ser portadora de tumor em supra renal direita (feocromocitoma). Mostrava-se bastante ansiosa, quer pelos sintomas perturbadores (tensão arterial elevada de difícil controle, dispnéias freqüentes, entre outros), quer pelas muitas dúvidas que

tinha sobre essa doença, recentemente diagnosticada, mas que a mesma nada sabia sobre ela.

Ao tentar explicar-lhe algumas coisas sobre a patologia, também sugeri que conversasse com a equipe médica, porém, a paciente informou que somente conhecia um dos médicos residentes responsáveis, mas que este era muito sério, referindo um “certo medo” de conversar com ele. Como, durante este período da internação, a pressão não conseguia estabilizar em níveis normais, a mesma acabou dando alta hospitalar sem ser operada.

Mais ou menos um mês e alguns dias depois, a paciente reinternou e, para minha surpresa, ao conversar com ela, encontrei-a visivelmente menos ansiosa e muito segura de que precisava realmente fazer a cirurgia. Disse-me que, desta vez, o médico (o mesmo citado anteriormente) conversou com ela, seu pai e seu esposo. Explicou detalhadamente em que consistia sua doença (apesar de não se referir ao termo técnico) e que tais sintomas desagradáveis que sentia só poderiam ser aliviados através da extirpação da glândula supra renal, para que fosse suprimida a liberação em excesso do hormônio que fazia sua pressão subir demais, causando, com isso, outros sintomas igualmente graves, tais como a dispnéia e o edema. A paciente também referiu que fora alertada sobre os riscos cirúrgicos e anestésicos, tendo que assinar um termo de consentimento para realizar a cirurgia.

Ambas pacientes realizaram cirurgia e deram alta hospitalar com um bom estado geral, embora a paciente que extraiu a supra renal, nos primeiros dias de pós operatório referia ainda apresentar dispnéia noturna. A paciente que retirou o tumor de reto não teve necessidade de realizar colostomia. Segundo uma enfermeira do bloco cirúrgico, que assistiu a cirurgia e conhecia o caso dessa paciente, relatou que o resultado da biópsia recebido um tempo depois, revelou que o tumor era benigno.

Conforme Figueroa (1997, p. 140), “o educador em saúde (neste caso, representado pelos médicos), tem um papel essencial, dado que, não se trata somente de dar informações, senão que isto implica realizar um processo educativo que estimule: a percepção, a imaginação, o estabelecimento de relações e a solução de problemas, entre outros. Deve-se, então, favorecer ao usuário a que redescubra a informação entregue, e que, de acordo com seus processos internos, suas necessidades, seu próprio ser, possa processar a informação recebida”. E eu

acrescentaria: “o decidir” consciente, responsabilizando-se por seu ato, uma vez que ninguém vai optar por alguma coisa que julgue pior para si.

Portanto, nesses dois exemplos, ficou bastante evidenciado o compromisso educativo, moral e ético do médico em relação ao paciente: o compromisso de assegurar-lhe informações honestas, através de uma linguagem perfeitamente codificável pelo mesmo. Informações que contextualizem o problema, as possíveis alternativas de solução, os riscos, os benefícios, enfim, instrumentos que colaborem para que o indivíduo possa tomar uma decisão livre e consciente, amparado em fatores que possa julgar melhor para sua saúde. Observo, portanto, que o respeito com que essas pacientes foram tratadas, preservou-lhes a condição de sujeitos, de atores sociais. Em relação à importância da informação, também concordo com Faria (1999, p. 56), quando diz que:

“no processo de trabalho em saúde, o processo informacional que pressupõe um processo comunicacional é um e, talvez um dos instrumentos mais importantes que se interpõe entre trabalhador e o objeto sobre o qual atua, mesmo porque este não é algo inanimado, sem emoções, sem cultura, sem estímulos – é sujeito. [...] Para caracterizá-lo (o usuário) como tal, é mister conhecê-lo como tal e, nesse sentido, pressupõe-se a abertura de um canal de comunicações, onde possam fluir todas as informações necessárias ao cumprimento de uma efetiva inter-relação profissional x cliente, seja individual ou coletivamente. Em outras palavras, é preciso que se constitua um diálogo”.

O diálogo se constitui, portanto, em uma relação democrática entre os indivíduos envolvidos, não havendo imposição de verdades, mas, sim, uma interação entre pontos de vistas, uma relação, no qual os papéis de emissor e receptor alternam-se continuamente, fazendo da comunicação um ir e vir em todas as direções.

6. FINALIZANDO

Impedidos de atuar, de refletir, os homens encontram-se profundamente feridos em si mesmos, como seres do compromisso. Compromisso com o mundo, que deve ser humanizado para a humanização dos homens.

Paulo freire.

Pôde-se concluir que características como a idade, o sexo e o nível de escolaridade dos entrevistados não tiveram influência significativa nos dados obtidos. A pesquisa realizada possibilitou, dentre muitas coisas, a confirmação da hipótese levantada, norteadora deste estudo, ou seja, de que a comunicação entre os profissionais de saúde e paciente não está contribuindo para que ele possa ser um livre decisor sobre o seu cuidado, quer dizer, a comunicação nos serviços de saúde caracteriza-se, na maior parte dos casos, por ser verticalizada, na transmissão do saber imposto e não informado, fazendo com que os indivíduos reneguem sua autonomia e liberdade, no momento em que se tornam objetos.

Acredito, também, ter conseguido contemplar os objetivos propostos, além de ter utilizado um referencial teórico que me proporcionou um grande suporte ao estudo em questão. Os conceitos trabalhados, cujo aprofundamento foi buscado nas

teorias de Habermas, Travelbee e Freire também estão de acordo com a proposta desenvolvida.

Neste estudo, por ocasião dos métodos utilizados na coleta de dados, também ficou evidenciado que a maioria dos usuários se conformam, submetendo-se diante do poder instituído pelos profissionais de saúde, uma vez que, apesar de relatarem que estes, de um modo geral, não se identificam e não fornecem informações adequadas, aqueles não exigem, não reivindicam um tratamento digno e respeitoso.

Além da submissão diante do paternalismo imposto na saúde, constato, ainda, que os usuários desconhecem (porque não são informados) seus direitos. Logo, nesse sentido, entre os vários direitos do paciente relatados na Cartilha dos Direitos do Paciente, apresentados pela Secretaria do Estado da Saúde SP [1995? p.2-3], estão os seguintes:

- O paciente tem direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso por parte dos profissionais de saúde .
- O paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome. Não deve ser chamado pelo nome da doença ou do agravo à saúde, ou, ainda, de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas .
- O paciente tem direito a identificar o profissional por crachá preenchido com o nome completo, função e cargo .
- O paciente tem direito de receber explicações claras sobre o exame a que vai ser submetido e para qual finalidade irá ser coletado o material para exame de laboratório .
- O paciente tem direito a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas a sua condição cultural, sobre as ações diagnósticas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, se existe necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos .
- O paciente tem direito a consentir ou recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticas a serem nele realizadas. Deve consentir de forma livre, voluntária, esclarecida, com adequada informação .

Mantida a sua posição submissa, o paciente apresenta dificuldades em criticar o que percebe como problema. Por exemplo, observei, por ocasião das entrevistas, que normalmente, quando os usuários identificavam falhas no atendimento prestado pela equipe médica, faziam questão de frisar que não tinham queixas, em relação ao serviço da enfermagem, que o mesmo era bom (será porque a pesquisadora é enfermeira?!).

Entretanto, talvez aí exista um outro lado: a equipe de enfermagem, por características de suas tarefas, se faz mais presente, assistindo ao enfermo durante as 24 horas do dia, continuamente. Enquanto os médicos permanecem ausentes na maioria do tempo, a equipe de enfermagem está sempre presente, pelo menos, fisicamente.

Testa [Ca. 1995, p. 64] apresenta elementos que servem como justificas para esse tipo de entendimento, quando diz que “o contato permanente com os pacientes – inclusive físico – constitui, sem dúvidas, uma das razões pelas quais a enfermagem não consegue ter um distanciamento dos pacientes, como o faz facilmente o médico”.

Ainda, no território da hegemonia profissional, no decorrer das entrevistas, deparei-me com duas situações em que os pacientes hesitaram, inicialmente, em participar da pesquisa, expressando receio de que suas falas pudessem ser levadas ao conhecimento da equipe médica, podendo ficarem prejudicados em sua assistência. Somente aceitaram participar, quando lhes apresentei o termo de consentimento esclarecido, informando-os no que consistia.

Um destes pacientes encontrava-se bastante abalado, visto que a sua cirurgia havia sido suspensa por duas vezes, sendo que a segunda justificativa para isso, seria uma pretensa viagem do médico responsável, neste período. Relatou que, ao tentar pedir ao médico uma explicação, o mesmo foi incisivo, dizendo: “*ou você me espera, ou te dou alta, sem operar*”. O paciente, então, contou-me o caso de um outro que esteve na mesma enfermaria e que, ao ter a cirurgia suspensa pela segunda vez, fez queixa ao diretor do hospital. Então, conseguiu ser operado.

Diante dessa realidade, compreendi que o medo do paciente, no cotidiano cirúrgico, não se limitava aos procedimentos cirúrgicos e anestésicos, ao medo de sentir-se sozinho, afastado dos familiares e ao medo de morrer. Esse medo ia além: medo de usar a palavra, de criticar, de reivindicar e mesmo, de exigir uma

assistência adequada, de exercer seus direitos como cidadão. Esse medo impedia as pessoas de expressarem sua subjetividade, calava suas vozes e destituía sua autenticidade.

Assim, a comunicação mostra-se seriamente afetada. A condição do Ser humano/sujeito só vem podendo se dar à força, quando o paciente não se submete e recorre às instâncias superiores de decisão (como na situação do cidadão que só conseguiu ser operado, ao ir se queixar ao diretor do hospital). Que universo estamos, onde o poder suprime o diálogo?

Por fim, alguns entrevistados, apesar de tudo, disseram estar satisfeitos com o atendimento prestado, numa clara e total ignorância¹⁸ em relação à crise pela qual passa o Sistema Único de Saúde (SUS), para o cumprimento de suas diretrizes que contemplam a igualdade, a integralidade e a universalidade do atendimento em saúde .

A triste realidade, na maior parte das vezes, aponta um Ser humano destituído de sua subjetividade e autonomia, cuja voz é silenciada em favor a outras que se investem de poder e dominação. Este Ser humano, que se encontra desempregado ou muitas vezes recebe um salário que mal dá para a sua subsistência e de sua família, que já se acostumou com as “burocracias do sistema”, enfrentando filas para receber “vale disso, vale daquilo”, e que, após algum tempo na fila, também conquistou o “direito” de consultar um médico, para realizar uma cirurgia que “nunca poderia pagar”. Logo, não reclama, não critica, acaba, assim, achando-se um privilegiado, feliz:

“O que penso é que ter uma doença requer esperança, embora pensamentos ruins venham à cabeça. Pensar que pode não acontecer a melhora do problema parece forte. A assistência que recebi de todos foi boa, me trataram bem. Parece que, no final, tudo depende mesmo de cada um, de seu modo de encarar as dificuldades. A necessidade ensina a todos e quando não podemos fazer outra coisa senão confiar, temos de encontrar um caminho para passar bem pela experiência que nos aguarda”. (COLOMBI, 1999, P.69).

¹⁸ O termo ignorância, neste contexto, não é utilizado de forma pejorativa, mas em seu real sentido de que quem ignora, desconhece algo.

Concluo, então, que esta pesquisa traz um recorte do que seja a realidade social em nosso país, ou seja, a sociedade em que estamos inseridos e que tiraniza os homens em uma relação de poder desenfreada. Poder mantido nas mãos de poucos, sendo que esse poder, em parte, vem sido mantido graças à verticalização das relações, quer na sala de aula, quer no local de trabalho, quer nos serviços de saúde.

É preciso que se transmitam ordens, conhecimentos para que alguém cumpra, obedeça e, de preferência, nada conteste. Contudo, quem somente obedece, quem somente cumpre ordens, não decide nada, acabando por delegar essa “missão” ao(s) detentor(es) do poder, do conhecimento. A comunicação, como já foi bastante enfatizado, contribui, no meu entendimento, para isso, quer dizer, dependendo do propósito que vai ser utilizada, ela contribui para alienação ou para emancipação do Ser humano.

Ela aliena, quando serve de veículo para que um indivíduo transmita a sua verdade, negando, portanto, a verdade do outro. Do contrário, emancipa ou liberta, quando, ao invés de apenas transmitir, compartilha conhecimentos.

Por ter clara essa percepção acerca da comunicação, é que penso que um dos caminhos para que todos os homens sejam realmente sujeitos, atores principais, ante o cenário da vida, torna-se necessário refletir e repensar a comunicação como processo. Esse processo deve se dar em todas as instituições sociais a que o homem pertence.

Na família, primeira instituição social, o homem já nasce comunicando, mesmo que de forma rudimentar, através do choro, suas necessidades de proteção do frio, de satisfação da fome, entre outras, aprimorando, aos poucos, a sua comunicabilidade através do desenvolvimento da linguagem falada. Dependendo da relação na família, aos poucos, começará a decidir acerca de coisas que lhe dizem respeito. Infelizmente, na escola, a predominância do pensamento voltado ao ensino tradicional já começa, pouco a pouco, a podar-lhe a criatividade, a capacidade de refletir, de pensar, no momento em que tem de negar sua cultura, suas experiências de vida, para assimilar os valores oriundos de uma cultura social dominante, que lhe é transmitida. Começa, já, aí, a destituir-se como sujeito, e, pouco a pouco, transformar-se em objeto, embora tenha vida, sentimentos e emoções.

Ao inserir-se no mundo do trabalho, caracterizado na sociedade capitalista, parece ser confundido com as máquinas, ou seja, destituída a sua personalidade, somente importa a sua capacidade produtiva. Seu poder de decisão parece reduzir-se a questões domésticas, pois, no trabalho, já está decidido qual será o seu turno de trabalho, o setor, o comportamento esperado e o salário. Mesmo assim, o homem não se dá conta disso, o importante é que tem um trabalho. Se critica algo, o faz consigo mesmo, não chega ao empregador, pois sabe que dificilmente haverá diálogo.

No contexto dos serviços de saúde, essa pesquisa mostrou essa mesma realidade, por tudo o que já foi discutido e refletido, até então. Torna-se urgente repensar a sociedade em que vivemos, devolver ao Ser humano o seu potencial autônomo, livre, para que, sendo sujeito, atue como tal, refletindo, decidindo.

Por isso, penso que a mudança já deveria começar dentro do próprio seio familiar, uma vez que os pais impõem comportamentos, ignorando o diálogo com os filhos pela concepção de que os mesmos somente devem “obedecê-los”, já que julgam saber “o que é melhor para eles”. A seguir, penso que seria necessário reformular a atual concepção de educação tradicional para repensá-la como sendo uma educação voltada para o compartilhar, o ensinar-aprender mutuamente, a formação do pensamento crítico. Para tanto, a comunicação deve ser horizontalizada, compartilhada, deve-se dar mediada pelo diálogo. O uso da informação torna-se muito importante, no resgate dos direitos e deveres do Ser humano, que é, antes de tudo, um cidadão, que trabalha, que paga seus impostos.

Como a comunicação, por ser essencialmente um fenômeno social e transitar por todas as áreas, também, na área da saúde, a concebo como um dos caminhos para a emancipação do paciente, como um Ser humano, que está fragilizado em sua doença, mas que é um Ser de vontades, de desejos, de sonhos. Portanto, não necessita ficar “inerte” numa cama de hospital à mercê da vontade dos outros. Ao contrário, pode decidir, colaborar, inclusive, responsabilizar-se pelas decisões tomadas.

Portanto, para mim, os conceitos de comunicação, diálogo, Ser humano, tomada de decisão e autonomia, relacionam-se aos resgatados em Habermas, Travelbee e Freire, visto que, no meu entendimento, esses autores compreendem o Ser humano como sujeito e cidadão, desempenhando a comunicação dialógica, e,

portanto, horizontalizada, um grande papel na socialização do homem no entendimento e compreensão mútua, na reflexão e na ação.

Apesar da paisagem sombria em que se mostra a realidade levantada neste estudo, senti-me muito gratificada pela escolha do tema e, de certa forma, feliz, ao perceber que muitos autores preocupam-se com a questão da comunicação e seu comprometimento com o diálogo, com o entendimento. Conceber, portanto, a comunicação como um dos instrumentos para auxiliar o Ser humano na tomada de decisões pode ser uma realidade possível também nos serviços de saúde.

Tomemos todos uma decisão: compartilhar o poder, que julgamos possuir, oriundo de nossa profissão, com aqueles que são, antes de tudo, os responsáveis por suas vidas e tudo o que diz respeito a elas, seu cuidado e sua saúde.

Como fora várias vezes, aqui mencionado, esta pesquisa surgiu como fruto de uma prática assistencial. Os resultados desta pesquisa evidenciaram uma triste realidade, a qual o Ser humano, usuário do Sistema de Saúde, portanto, personagem essencial à existência do mesmo, é tratado como objeto neste contexto. Sua submissão passiva ao Sistema começa pela total falta de informação, ou seja, seu corpo é entregue ao saber imposto dos profissionais de saúde.

Porém, espero, sinceramente, que este trabalho, embasado em situações cotidianas, concretas, contribua para que todos nós, profissionais de saúde, possamos direcionar um novo olhar para a nossa prática, que consigamos enxergar, não somente o “monte de carne e ossos”, mas o Ser humano em todas as suas potencialidades, sem esquecer que também somos Seres humanos. A comunicação, competência de todos nós, é, sem dúvidas, um dos caminhos para o entendimento, a aproximação. Portanto, é preciso refletir a nossa prática, no que tange a relação profissional-paciente, juntamente com a nossa concepção de Ser humano, como um Ser de direitos e deveres, livre, capaz de tomar decisões, desde que seja respeitada sua autonomia.

Também espero que este trabalho contribua para que sejam realizados estudos semelhantes em Instituições privadas, visto que neste tipo de Instituição temos outro tipo de usuário, ou seja, o usuário que goza de uma situação econômica-social mais privilegiada perante o usuário do sistema público de saúde. O usuário do sistema privado paga diretamente pelo serviço, tendo, portanto, um atendimento de melhor qualidade, como hotelaria, entre outros. Mas, nesses

serviços, o que poderá contribuir para uma tomada de decisões: melhores relações de comunicação ou simplesmente o dinheiro que este usuário emprega no serviço? Esta decisão se faz com base em negociações entre profissionais- pacientes, ou, no fundo, também impera o saber imposto dos profissionais?

Por fim, entendo que de qualquer forma, toda mudança demanda tempo, e, principalmente, uma tomada de consciência de cada um, um questionar permanente a nossa prática. Sendo assim, vejo a presente pesquisa como uma semente lançada ao solo, podendo dar bons frutos, desde que cuidada adequadamente.

8. REFERÊNCIAS:

ADIZES, I. **Os ciclos da vida das organizações:** como e porque as empresas crescem e morrem e o que fazer a respeito. 4.^a edição. São Paulo. Livraria Pioneira editora, 1998.

AKTOUF, O. A administração entre a tradição e a remoção. São Paulo. Atlas, 1996.

ALMEIDA, J.R: **Mini-dicionário do estudante** – Língua portuguesa. Tomini Editora, [1990?].

ALVES, R. **Filosofia da ciência:** introdução ao jogo e suas regras. 4.^a edição. São Paulo. Edições Loyola, 2002.

ANDRADE, C.T.S. Participação programada para o diálogo. **Comunicação & sociedade.** São Bernardo do Campo. v.6. n.12. p. 117-119, Out/ 1985. < <http://www.portal-rp.com.br/bibliotecavirtual/relacoespublicas/teori.../0028ht.>>
Acesso em 28 janeiro 2003.

BERGAMO, M. A. Sobre a comunicação em enfermagem. In: LEOPARDI, M.T. **Teorias em enfermagem** : instrumentos para a prática. Florianópolis, Papa-Livros, 1999.

BERTO,G.S. e CUNHA, K.C. A participação do enfermeiro no processo decisório. **Texto e Contexto.** Florianópolis. V.9. n.2, pt.2. Mai/ Ago. 2000.

BIRD, B. **Conversando com o paciente.** São Paulo. Editora Manola, 1978.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: **Descentralizando e democratizando o conhecimento SUS-RS:** coletânea de legislação do SUS. Porto Alegre. Editora Nova prova, 1994.

CAPELLA, B.B e LEOPARDI, M.T. Resgate da subjetividade no trabalho em saúde. Capítulo III. In. LEOPARDI, M.T. **O processo de trabalho em saúde** : organização e subjetividade. Florianópolis. Papa-Livros. UFSC, 1999.

CHANLAT, J.F. **O indivíduo na organização** – Tomo I, 1994.

CHIAVENATO, I. Teoria comportamental de administração. In: **Introdução à teoria geral da administração**, 4.^a edição. São Paulo. Makron Books, 1993.

COHN, G: **Max Weber** : sociologia. 6.^a edição. Ática, 1997.

COLOMBI, L. Ter que fazer cirurgia : o medo e a necessidade. In: ARRUDA, E.N e GONÇALVES, L.H.T (Org): **A enfermagem e a arte do cuidar**. Florianópolis. Editora da UFSC. Florianópolis, 1999.

CORRÊA, A.K e FERREIRA, N.M.L.A. O discurso e a linguagem no fazer do enfermeiro: uma possibilidade de reflexão. **Texto & Contexto**. Florianópolis, v.6, n.3, Set/dez. 1997.

COULTER, A. **Availability of information material to promote evidence based patient choice**. Published Tuesday, 10 september, 2002. <http://www.doh.gov.uk/research/rd3/nhsrandd/timeltd/progs/imp/commiss/execut/imp_413.htm>. Acesso em 30 outubro 2003.

_____. **Evidence based patient information**: is important so there needs to be a national strategy to ensure it. BMJ, 1998. 317: 225 –226 (25 july). <<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/317/7153/225>>. Acesso em 30 outubro 2003.

DEMO, P. Teoria. Por quê? In: Simpósio brasileiro teoria de enfermagem. 1985. Florianópolis. **Anais...** Florianópolis. UFSC, 1985.

ELSTER, J. **Peças e engrenagens das ciências sociais**. Rio de Janeiro. Relume- Dumará, 1994.

ENGERS, M.E.A. **Paradigmas e metodologias de pesquisa em educação**. (org). Seminário de pesquisa educacional do curso de doutourando da pós graduação em educação da faculdade de educação da PUCRS. Porto Alegre, 1994.

FARIA, E.M. Comunicação e informação: instrumentos para a transformação da prática dos serviços de saúde. **Texto & Contexto** . Florianópolis. V.4, n.1, Jan/Jun, 1995.

_____. O diálogo entre as intersubjetividades na saúde. In: LEOPARDI, M.T. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis. Papa-Livros. UFSC, 1999.

_____. **Comunicação na saúde: fim da assimetria...?** Pelotas. Universitária / UFPel/ Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem/ UFSC, 1998.

FIGUEROA, A. Livre Vontade do Usuário frente à educação em saúde – **Texto e contexto** – filosofando na enfermagem. V.6. N.º 3. Set/ Dez, 1997.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 13.^a edição. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1983.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17.^a edição. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1987.

FREITAG, B e ROUANET, S.P: **Habermas: Sociologia**. 3.^a edição. São Paulo. Ática, 1993.

FREITAS, K.S: **O vôo da arte e educação no cuidado do ser**. Erechim – RS. Edifapes, 2001.

GEORGES, J. Imogene M. King. Capítulo XIII. In: GEORGES, J. **Teorias de enfermagem** : os fundamentos para a prática profissional (org). Porto alegre. Artmed Editora, 1993.

GIL. A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4.^a edição. São Paulo. Atlas, 1994.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro, 1989.

HAR. 6002 – MS. Health Informatics – unit nine. **Evidence based consumer information**. The University of Sheffield. [2001?].
<
<http://www.shef.ac.uk/~scharr/ir/mschi/unit9/2intro.htm>>.
Acesso em 26 junho 2002.

HATCH, M.J. **Organization theory: modern, symbolic and post modern perspectives**. OXFORD – University Press- New York, 1997.

INGRAM, D. **Habermas e a dialética da razão**. Brasília. Edumb- Editora Universitária de Brasília, 1993.

KING, I: **Concepts**: Essential elements of theories. Nursing science quaterly. 1(1). 22 – 25- Feb. 1988.

KAST, F.E. e ROSENZWEIG, J.E. **Organização e administração**: um enfoque sistêmico. 1.º volume. 3.ª edição. São Paulo. Pioneira, 1973.

LAKATOS, E. M e MARCONI, M.A. **Metodologia científica**. 2.ª edição. São Paulo. Atlas, 1994.

LEFÈVRE, F. **Opinião** : Educação, promoção e tomada de decisão em saúde. [1999?]. <http://www.usp.br/jorusp/arquivo/1999/jusp466/manchet/rep_res/opinio- html> Acesso em 20 dezembro 2002.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. Santa Maria. Pallotti, 2001.

_____. M.T. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis. Papa-Livros, 1999.

LOPES, E. **Fundamentos de Lingüística contemporânea**. Cultrix, 1995.

LOUREIRO, M. **Consulta de enfermagem pré operatória**: um processo de interação enfermeira-cliente . (Monografia de Especialização). ESPENSUL. Polo II - FURG/UFPeL. Rio Grande, 1997.

_____. **Despertando para uma prática transformadora entre professoras/alunas de enfermagem**. (Dissertação de Mestrado) - UFPeL/ UFSC. Rio Grande, 2000.

LUNARDI, FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas. Universitária/UFPeL. Florianópolis: UFSC, 2000.

LUNARDI, V.L. **A ética como cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem**. Pelotas. Editora de UFPeL. Florianópolis, UFSC. 1999.

MAÇADA, C. G e MAÇADA, D.L: **Tecnologia da informação no apoio à gestão do conhecimento**. (artigo trabalhado na disciplina de Tecnologia da informação). [2000?].

MARQUES, M.C.S. Vozes Bakhitnianias: Breve diálogo. **Primeira versão**. ISSN 1517 – 5421. Lathé biosa. Ano I, n.36.

Agosto, 2001. <file:///A:/primeiraversão.vozes_bakhtinianas_breve_dialogo.htm>. 2001. Acesso em 08 setembro 2002.

MEERLOO, J.A.M. Contribuições da psiquiatria para o estudo da comunicação humana. In: DANCE, F.E.X. **Teoria da comunicação humana**. São paulo. Cultrix, 1967.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In. MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social** : teoria, método e criatividade. (Org). 12.^a edição. Petrópolis. Rio de Janeiro. Vozes, 1999.

MIZUKAMI, M.G.N. **Ensino**: As abordagens do processo. São Paulo. EPU, 2001.

MURON, M. A.M. **Concepções, desenvolvimento e validação de instrumentos de coleta de dados para estudar a percepção do processo decisório e as diferenças culturais**. (Dissertação de Mestrado) - PPGA/ UFRGS. 1998.

O'CONNOR, A.M. **Consumer/patient decision support in the new millennium: where should our research take us?** 1999. <http://www.nursing.mcgill.ca/ajnr/archive/30/30_4_oconnor.htm>. Acesso em 18 abril 2002.

OLIVEIRA, J.G. **A preparação da alta do paciente pós cirúrgico**: uma proposta para prevenir complicações e reintegrá-lo mais rapidamente ao convívio social. (Monografia de Especialização). ESPENSUL- FURG. Rio Grande, 2000.

OTTAWA, HEALTH RESEARCH INSTITUTE – **Patient decision aids**, 2002. <http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/OHDEC/decision_aids.asp>. Acesso em 26 junho 2002.

PATRÍCIO, Z. M e HAAS, R. E. O trabalhador de enfermagem e o paciente terminal: possibilidades de uma convivência saudável com a morte. **Texto e contexto**. Florianópolis. V.9. n.º 2. Mai/ Ago, 2000.

PAVLOV, I. **A teoria do reflexo**. < <http://penta.Ufrgs.br/~jairo/1pavlov1.htm>.> . Acesso em 31 dezembro 2002.

PRADO, M. L: **A construção do conhecimento ao longo da história**. Texto elaborado para o curso de Especialização em Projetos Assistenciais – ESPENSUL. Março, 1996.

RABELO, M. C e ALVES, P. C. Significação e metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermagem. In: PITTA,

A.M. R. **Saúde e comunicação** : visibilidades e silêncios. (Org). São Paulo. HUCITEC – ABRASCO, 1995.

ROCHA, A: **Jürgen Habermas**. [1999?]. <<http://www.topicosderieli.hpg.ig.com.br/habermas.htm>>. Acesso em 28 janeiro 2003.

SAUPE, R. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da enfermagem. In: SAUPE, R. **Educação e enfermagem** (org). Florianópolis. Editora da UFSC, 1998.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE de São Paulo. **Controle social do SUS- direitos do paciente**. <<File://A:\direitos do paciente.htm>> . Acesso em 08 setembro 2002.

SILVA, J.C. **Contribuições para a compreensão do processo de tomada de decisão na Universidade: o caso Unisinos**. (Dissertação de Mestrado). Porto Alegre, 1991.

SILVA, L. M. G.da. Aspectos éticos e cuidados paliativos. **Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia**. Ano III,n.10. 2.º trimestre de 2000. <www.rsbcancer.com.br/rsbc/10suplemento.asp?nrev=10> . Acesso em 20 novembro 2002.

SILVA, L.M.G. da et al. Comunicação não- verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Revista latino americana-enfermagem**. Ribeirão Preto, v.8, n.4, Agosto, 2000.

SILVA, M.J.P. da. **Comunicação tem remédio-** a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo. EDIÇÕES LOYOLA, 2002.

SIMON, H.A. **Comportamento administrativo: estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas**. 1.ª edição em português. Rio de Janeiro. Aliança para o progresso, 1965.

SOARES, N.V. e LUNARDI, V.L. Os direitos dos clientes como objeto de reflexão dos enfermeiros. **Revista Ciências da saúde**, v.20, n.1/2. Jan/Dez. 2001.

SOUZA, F. T. **A linguagem e suas diferentes visões**. [2000?]. <www.unicamp.br/iel/alunos/publicações/textos/100002.htm>. Acesso em 01 setembro 2002.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino**. 2.ª edição. São Paulo. Robe Editora, 1993.

TEIXEIRA, J.C. A. **O valor da informação para o empreendedor.** (adaptação da palestra apresentada na Faculdade de Ciências Jurídicas e Administrativas de Rondonópolis – MT, em 15 abril 1999). <http://www.admbrasil.com.br/tex_empreend.htm.> Acesso em 18 fevereiro 2004.

TESTA, M. Visão desde o leito do paciente. **Saúde mental coletiva.** [Ca. 1995]. (mimeo).

THAYER, L. COMUNICAÇÃO E TEORIA DA ORGANIZAÇÃO. In: DANCE, F.E.X: **Teoria da comunicação humana.** Cultrix. São Paulo, 1967.

TRAVELBEE, J: **Intervencion en enfermeria psiquiatrica.** 10.^a edição. Colombia. CARVAJAL S.A, 1979.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em ciências sociais:** idéias gerais para a elaboração de um projeto de pesquisa. Cadernos de pesquisa Ritter dos Reis. V. IV. 2.^a edição. Porto Alegre. Ritter dos Reis, 2001.

_____. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo. Atlas, 1992.

VANOYE, F. **Usos da linguagem** : problemas e técnicas na produção oral e escrita. 4.^a edição. Martins Fonte, 1983.

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ANEXO 1. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO DE PESQUISA: A comunicação como um dos fatores de auxílio ao paciente cirúrgico no processo de tomada de decisão sobre a sua saúde.

PESQUISADORA: Jocelda Gonçalves Oliveira

ORIENTADOR: Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho

EU, _____,
informo que fui esclarecido(a), de maneira simples e com clareza, sobre a pesquisa intitulada “A comunicação como um dos fatores de auxílio ao paciente cirúrgico no processo de tomada de decisão sobre a sua saúde”, que tem como objetivos, compreender como vem se dando a participação do cliente/paciente no processo ou decisão sobre questões relativas ao seu corpo, saúde e cuidado, além de fornecer elementos para que os profissionais possam refletir sobre a importância da comunicação no sentido de contribuir para que o cliente/paciente possa ser um livre decisor sobre questões relativas ao seu corpo, saúde e cuidado e, também, a importância da interação e do diálogo como um caminho para a autonomia.

A técnica utilizada para a coleta de dados, a qual está sendo solicitada a minha colaboração espontânea é a entrevista, a ser realizada pela pesquisadora. No período de aplicação da respectiva entrevista, fui esclarecido(a) de que responderei oralmente nove perguntas, cujas respostas serão anotadas imediatamente pela pesquisadora. Ao término da entrevista, poderei ler/ouvir tudo o que foi anotado, afim de reconhecer como autêntico (por mim respondido).

Declaro, ainda, que fui informado(a) que me serão assegurados de: anonimato (não ter minha identidade revelada); privacidade; liberdade para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso traga-me prejuízos, e a

garantia de que todos os meus questionamentos a respeito dessa pesquisa sejam esclarecidos. Assim, concordo em participar da referida pesquisa.

Rio Grande, _____ de _____ de 200__

De acordo: _____

Informante

Pesquisador(a)

Orientador

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

ANEXO 2: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1. Os profissionais de saúde identificam-se junto ao paciente.
2. Os profissionais de saúde informam o paciente a respeito de procedimentos ou exames que serão realizados.
3. Os profissionais fornecem orientações sobre rotinas de exames, detalhes sobre procedimentos.
4. Os profissionais permitem que o paciente participe de seu cuidado.
5. Os profissionais levam em consideração as queixas e temores do paciente.
6. Os profissionais respeitam a decisão do paciente de recusar algum procedimento.

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

ANEXO 3: ROTEIRO DE ENTREVISTA.

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Data da entrevista:

II. RESPONDER:

1. Quem é seu médico e/ ou equipe que está lhe assistindo?
2. O médico já veio visitá-lo desde que o Sr(a) está internado(a)?
3. A que cirurgia o Sr(a) submeter-se-á?
4. Como se deu o processo de decisão sobre a cirurgia a ser realizada? (informações, alternativas, riscos, benefícios, cuidados, decisão em si)
5. Quem lhe forneceu as informações?
6. O Sr(a) é portador(a) de algum tipo de doença?
7. Qual?
8. Algum profissional de saúde lhe perguntou alguma coisa a respeito disso?
9. O Sr.(a) pensa que o diálogo (troca de informações) entre o(a) Sr.(a) e seu médico/profissionais de saúde contribuiria para uma consciente tomada de decisão sobre questões que dizem respeito a sua saúde?

