

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

## TRABALHO DE TERMINAÇÃO DO CURSO

TÍTULO: Autonomia do paciente na relação médico paciente  
na USF AMANDA I.

Projeto de Intervenção

AUTOR: Maria Cecilia Ruau Alderete

ORIENTADORA: Eloá Otrenti

Hortolândia / São Paulo

2015

## Sumario:

<b>1- Introdução</b>	<b>3</b>
<b>2- Objetivos</b>	<b>5</b>
2.1 General	
2.2 Específicos	
<b>3- Revisões Bibliográficas</b>	<b>6</b>
<b>4- Metodologia</b>	<b>8</b>
4.1 Cenários da intervenção	
4.2-Sujeitos da intervenção	
4.3-Estrategias e ações	
4.4 Avaliação e monitoramento	
<b>5- Resultados esperados</b>	<b>10</b>
<b>6- Cronograma</b>	<b>10</b>
<b>7- Referencias</b>	<b>11</b>

## **1- Introdução:**

### 1.1 Identificações dos problemas

Na história da humanidade, a conceituação de saúde quase sempre constituiu objeto de interesse e estudo de filósofos, cientistas e governantes, de alguma maneira associada às crenças, simbolismos e preceitos morais. A saúde ou a sua falta, implicando na enfermidade, foi, por algum tempo, entendida como uma ação ou omissão dos deuses. Com o decorrer do tempo, a percepção da doença como fenômeno intrínseco ao panorama social sempre esteve implícita na conceituação de saúde.

A saúde, conceituada pela OMS como o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença, é um direito humano (1).

As rápidas transformações sociais ocorridas nas últimas décadas são inegáveis subsídios para a elaboração de novo conceito de saúde que contemple a complexidade do conhecimento e a condição humana como um todo. Isso torna cada vez mais evidente a necessidade de considerar o indivíduo não apenas como ser biológico complexo, mas também um ser essencialmente social, cujos valores são diversos, requerendo, na maioria das vezes, relações diferenciadas, cita-se a relação médico-paciente, sustentada nos três consagrados princípios bioéticos: autonomia, beneficência e justiça. Portanto, autonomia refere-se à capacidade do ser humano de decidir o que é “bom”; aquilo que é seu “bem-estar” (2).

Na relação médico-paciente, o respeito do primeiro à autonomia do segundo representa o respeito à dignidade humana em toda a sua essência. O princípio da autonomia se reveste de importância fundamental por se tratar, também, de aspecto moral essencial que norteia o paciente nas suas relações com o médico. A autonomia do indivíduo pressupõe a capacidade que têm as pessoas para a sua autodeterminação no que concerne às opções individuais de que dispõem (3)

O que se deveria evitar, entretanto, é que essa relação se torne uma relação de dependência, de sujeição daquele que, em um determinado momento de vida, está mais fragilizado e dependente do outro. Os doentes no processo saúde/doença devem ser estimulados, a se tornar mais ativos, críticos, conscientes e responsáveis pelo processo saúde/doença, a ter maior empoeiramento.

A autonomia, ainda que como um vir-a-ser, merece ser resgatada como uma condição de saúde e de cidadania, da própria vida, um valor fundamental, uma pré-condição para a saúde e para a cidadania. Sem essa perspectiva, uma política de saúde não pode ser considerada como tal. (4)

Na prática médica atual os doentes tendem a perder “o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem”, e, por conseguinte sua autonomia (5)

A autonomia do paciente, considerada como o respeito à sua vontade, ao seu respeito de autogovernar-se e à participação ativa no seu processo terapêutico é, relativamente, recente na história da medicina. Tradicionalmente, identifica-se uma tendência paternalista na conduta do médico. O paciente, muitas vezes, tem subtraído o seu direito à informação e à escolha.

“O princípio da autonomia requer que o médico respeite a vontade do paciente ou do seu representante, assim como seus valores morais e crenças. Reconhece o domínio do paciente sobre a própria vida e o respeito a sua intimidade. Limita, portanto, a intromissão dos outros indivíduos no mundo da pessoa que esteja em tratamento” (6).

A boa prática médica atual continua baseada na observação dos conceitos hipocráticos beneficência, não maleficência, respeito à vida, a confidencialidade e à privacidade, acrescidos do respeito à autonomia do paciente, o seu direito em receber todas as informações e participar mais ativamente do seu tratamento. Ainda assim hoje a escolha dos pacientes em cada momento do processo de atendimento não é prática cotidiana e na maioria das vezes só é reservada para problemas graves ou decisões que envolvem menores. Na prática diária existem muitos momentos dentro do processo de atendimento em que o pessoal de saúde acha óbvia as respostas e autorização dos pacientes, por isso as perguntas solicitando permissão não são feitas; por exemplo, para realizar exames de laboratório.

A USF Amanda I esta situada em **Jardim Amanda**, um extenso e populoso bairro do município brasileiro de Hortolândia, interior de São Paulo fundado na década de 1980, abriga uma população de cerca de 60 mil habitantes.

Nossa USF conta com quatro médicas cubanas do PROGRAMA MAIS MEDICOS, um total de 3 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem, 1 vacinadora e 11 agentes comunitárias. Temos 4 equipes de saúde, ainda não completadas, faltando-nos 1 enfermeira y 1 agente comunitário.

Nosso trabalho será desenvolvido em equipe número quatro, chamado Almada, onde ainda não temos completado a equipe, que em este momento está conformado pôr a médica, 1 enfermeira e só 2 agentes comunitários. Recebem termino o cadastro de toda a população de o USF, existindo áreas de incremento, pertencente a novo crescimento de a população, parte de o qual é atendida por nossa equipe. Em este momento contamos com uma população de 2957, com 659 famílias, ainda se trabalha com a identificação de grupos etéreos e sexo.

Depois de reunir a equipe de saúde para discutir os principais problemas relacionados com a autonomia do paciente podemos falar que esses problemas são:

- Em nosso centro de saúde não existe protocolo escrito sobre o assunto.
- O pessoal de saúde não tem formulários de solicitude de autorização para que os pacientes possam utilizar em cada momento que vamos precisar da conformidade deles.
- A pouca duração das consultas (sempre limitadas, em tempo não decidido pelo médico) impossibilita que realmente os profissionais da saúde e os pacientes consigam um verdadeiro Consentimento Livre Esclarecido onde nossos pacientes possam receber as informações necessárias e tomar decisões baseadas em seus critérios.
- Não existe grupo onde o pessoal da unidade informe e faça troca dos aspectos mais relevantes da temática.

## 1.2 Justificativa

Na época atual cada vez é mais importante à participação ativa, comprometida e com conhecimentos dos pacientes no processo de atendimento para garantir, dum lado os direitos deles e por outro lado enriquecer a relação médico-paciente como premissa para alcançar os alvos terapêuticos.

Este trabalho se justifica pôr a presença ainda da visão paternalista autoritária nas relações do pessoal de saúde com os pacientes. Os maus resultados que antes eram tidos como algo natural; (“Lamento, não deu certo...”) não são mais aceitos passivamente e são recorrentes nos Conselhos de Medicina e as varas da Justiça cível e penal. O diálogo e a construção de uma comunicação nítida entre o médico e o seu paciente

poderiam evitar em muito a ida aos tribunais e aos conselhos.

O aumento da longevidade populacional está produzindo novos desafios e novos problemas. Entre os que mais perturbam e repercutem na sociedade, estão aqueles ligados às doenças que alteram as faculdades intelectuais e o aprendizado, comprometendo com isso, um dos valores mais sensíveis e apreciados da atualidade, a autonomia. As perguntas que surgem provêm de uma tensão fundamental, no nível da ética, entre dois grandes valores: a autonomia ou autodeterminação por um lado ou a proteção e o benefício pelo outro.

Surgem perguntas tais como o que deveríamos fazer quando uma pessoa, frágil, vulnerável, dementes ou excêntricas começa a tomar decisões que põem em risco a si mesmo e aos outros. Ou atitudes que são inconsistentes com os valores que manteve durante toda a sua vida. Ou talvez, também, o que deveríamos fazer quando uma pessoa se encontra inconsciente, para agir o mais próximo do seu desejo.

A falta de conhecimento dos pacientes sobre autonomia é evidente durante os atendimentos nas consultas e a equipe considerou, depois de análise conjunto, que no nível local existem os recursos para começar lidar com essa problemática partindo do levantamento dos problemas mais comuns relacionados com a autonomia do paciente na relação pessoal de saúde paciente.

## **2. Objetivos:**

### 2.1. Objetivo Geral

- Modificar o nível de informação e as condutas relacionadas com a autonomia do paciente na relação médico usuários da equipe Almada, de nosso centro de saúde

### 2.2. Objetivos específicos

- Conhecer que entende o usuário por autonomia do paciente.
- Elevar o número de pacientes com informações atuais da temática.
- Sistematizar as atividades educativas relacionadas com o Consentimento Informado Livre e Esclarecido para nossa população e os integrantes da equipe de saúde.
- Criar grupo multidisciplinar de Bioética para discussões e atualizações.
- Sistematizar o uso de formulários de Consentimento Informado na UBS.

### 3. Revisão bibliográfica

A Bioética, enquanto estudo das questões éticas, sociais, legais, filosóficas e outras relacionadas à assistência à Saúde e às Ciências Biológicas tornam-se imprescindível na atualidade, onde nos confrontamos com dilemas da prática diária. Diante da indicação de um procedimento diagnóstico e/ou terapêutico a decisão deve ser do médico, detentor de mais conhecimento científico, ou do paciente, possuidor do corpo? O profissional deve expor ao paciente, detalhadamente, seu diagnóstico, opções terapêuticas e prognósticas?

Em 1979, os filósofos americanos Beauchamp e Childress publicaram a obra “Princípios da Ética Biomédica”, que muito contribuiu para o crescimento do movimento bioético e estabeleceu quatro princípios fundamentais dessa nova ciência, o princípio da Beneficência, da Autonomia, da Não maleficência e da Justiça. A partir daí, houve uma tendência da Bioética para enquadrar todos os problemas dentro desses quatro princípios, que se tornaram também o centro de todas as discussões sobre Bioética. Não existe uma visão hierárquica entre os princípios. (7,8)

O conceito geral de que “o médico é quem sabe” faz com que a maioria dos pacientes submeta-se à perícia e à experiência de seu médico. Mas quão sutilmente perigoso seria o médico proceder como se esta frase fosse um fato científico, e ele tratasse os pacientes de acordo com isso. Na verdade, a formação médica, a licença de clinicar, e a experiência dão notáveis privilégios na área médica. Os pacientes, porém, têm direitos. E, como estão todos provavelmente cientes, a lei -principalmente a Constituição- dá maior peso aos direitos.

Em um passado não muito distante, a pessoa mais importante na relação médico-paciente era o médico. Este detinha total controle das ações e o paciente era completamente dependente e submisso: o médico “sabia o que era o melhor” para o doente. Essa situação mudou radicalmente. O princípio da autonomia impôs ao médico respeitar as decisões do paciente sobre o seu corpo e seu tratamento, e as leis desses novos tempos põem essa visão bioética no rol das leis básicas do respeito aos direitos da pessoa. A assimetria da relação, embora ainda desigual, adquiriu maior equilíbrio. (9,10,11)

Filosoficamente, o termo autonomia – dos gregos autos (por si só) e novos (lei, território) - com frequência surge associado ao conceito de liberdade, autodeterminação e à capacidade de o indivíduo tomar, sem coação, decisões que afetarão sua vida nas dimensões físico-psíquicas e sociais. Inicialmente utilizado em referência ao autogoverno nas cidades-estados gregas, o termo passou a abranger o aspecto individual, assumindo ao longo do tempo múltiplos sentidos e aplicações, não se caracterizando, destarte, como um conceito unívoco.

O conceito moderno de autonomia surge com a escola filosófica de Immanuel Kant. Para este, o homem age por dever de acordo com sua lei moral interna. A autonomia, para o filósofo, seria a capacidade de opção do ser humano pelas normas e valores que ele entende como válidas, sem intervenção heterônoma. (12,13)

O conceito de autonomia está intimamente ligado ao de competência. O julgamento de competência incompetência de uma pessoa deve considerar cada decisão em particular e não estender-se a todas as decisões de sua vida. Não é comum questionar a competência da decisão do paciente quando sua decisão está de acordo com a do

médico. No entanto, todos os pacientes devem ser julgados competentes até que haja prova de sua incompetência, situação na qual sua autonomia é reduzida. No âmbito legal, presume-se que um adulto é competente até que o Poder Judiciário o considere incompetente e restrinja os seus direitos civis; entretanto, para a ética, não há pessoa incompetente em todas as áreas de sua vida.

No Brasil, o código de ética estabelece uma relação do profissional com seu paciente, na qual o princípio da autonomia deve ser exercido, ao determinar que é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou responsável, salvo em situações de perigo iminente de vida.

Artigo 46 – (É vedado ao médico) efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Artigo 56 – (É vedado ao médico) desprezar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de vida.

A realidade dos nossos dias é que a relação medica paciente se esgarçou e precisa ser refeita levando-se em conta os fatos acima e, também, que o saber médico-científico não é mais exclusividade do médico. A informação está disseminada e com fontes de fácil acesso, propiciando ao paciente saber até de coisas que o seu médico ainda não sabe. Minimizar ou desprezar essa realidade, mesmo reconhecendo que muitas das fontes consultadas carecem de credibilidade ou pureza científica, não resolve. O fato é que, no mínimo, o paciente traz perguntas e questionamentos que antes eram impensáveis. É preciso lidar com essa nova situação de modo maduro e sensato. Esse é o desafio desta nova era.

O poder do médico reduziu-se para respeitar a autonomia do doente, de modo que as decisões sejam tomadas a dois. Desse modo, a visão paternalista autoritária do passado teve de ser substituída pelo consentimento esclarecido e informado da pessoa a ser cuidada. Este não pode ser transformado em um mero documento com termos técnicos para que o médico se proteja juridicamente (o que não protege de fato), mas precisa ensejar a discussão dialética na busca da clareza e da solidariedade do paciente em todas as fases do seu atendimento. (9, 14, 15, 16, 17)

A autonomia completa é um ideal. Na prática, sempre o ser humano está restrito às regras da sociedade, às influências religiosas e a outros condicionantes comportamentais. O homem não nasce autônomo, torna-se autônomo com a contribuição de variáveis estruturais biológicas, psíquicas e socioculturais. No entanto, a pessoa autônoma pode agir como não autônoma em determinadas situações. Durante a evolução de algumas doenças, é necessário tomar decisões de grande transcendência que estão relacionadas com algum tratamento, a hospitalização, a realização de estudos invasivos, até a necessidade de emprego de medidas de suporte vital. Geralmente isto acontece quando a pessoa já não é mais capaz de manifestar seus desejos, mas muitas dessas decisões são previsíveis, motivo pelo qual as explorações dos interesses da pessoa poderiam partir de um processo na relação profissional paciente, quando se converse e se expresse as preferências com respeito aos cuidados que no futuro desejem receber. (18)

Resumindo, autonomia significa autogoverno, autodeterminação da pessoa em tomar decisões relacionadas á sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica e suas relações sociais. Pressupõe existência de opções, liberdade de escolha e requer que o

indivíduo seja capaz de agir de acordo com as deliberações feitas. O respeito à autodeterminação fundamenta-se no princípio da dignidade da natureza humana, acatando-se o imperativo categórico kantiano que afirma que o ser humano é um fim em si mesmo. Algumas variáveis contribuem para que um indivíduo torne-se autônomo, tais como condições biológicas, psíquicas e sociais. Podem existir situações transitórias ou permanentes que uma pessoa pode ter uma autonomia diminuída, cabendo a terceiros o papel de decidir. A autonomia não deve ser confundida com individualismo, seus limites são estabelecidos com o respeito ao outro e ao coletivo. (14, 15, 16)

## **4- Metodologia**

### **4.1 Cenários de intervenção:**

O Projeto de Intervenção será desenvolvido no USF Amanda I, localizada no município de Hortolândia do estado de São Paulo.

A população que visa abranger o projeto é a compreendida por todos os integrantes da equipe e por usuários de equipe de saúde quatro, de nome Almada, que frequentem o USF, com a idade maior de 15 anos, tanto feminina como masculina, selecionado de maneira aleatória pela equipe de saúde e médico, com o prévio consentimento deles.

### **4.2 Sujeitos de intervenção:**

- Participarão a equipe de saúde, integrado por um médico geral integral, enfermagem, psicóloga, e agentes comunitários de saúde e liderem formais e informais da comunidade.
- Todos os pacientes da equipe que assistam à consultam no período de março 2015 até maio 2015, com idade compreendida entre os maiores de 15 anos, e aceite participar da investigação.

### **4.3 Estratégia e Ações**

O projeto será desenvolvido em 4 etapas a saber:

#### Etapa 1

Será realizada uma reunião da equipe com os líderes formais e informais do território para explicar os objetivos do projeto e a necessidade do mesmo, assim como para estabelecer as estratégias a seguir.

#### Etapa 2

Aplicação do questionário a membros da equipe.

#### Etapa 3

Em cada consulta oferecida, explicaremos o paciente nosso objetivo, identificando

aqueles que gostem de participar e informando sobre o porquê está sendo feito este trabalho e tem a aclamatória de que os dados coletados durante a entrevista permaneceram no anonimato.

#### Etapa 4

Aplicação do questionário confeccionado em aqueles que aceitem para identificar em cada caso grau de conhecimento do tema .

#### 4.4 Programações das ações

Passos	Tema	Palestrante
1	Reunião da equipe Explicação do projeto e estabelecimento das estratégias a seguir.	Médico/ Enfermeira
2	Aplicação do questionário a membros da equipe	Médico
3	Identificação em cada consulta de aqueles pacientes que gostem de participar explicando nosso objetivo	Equipe de saúde
4	Tempo para perguntas e para responder ao questionário	Equipe de saúde

#### 4.5 Avaliação e monitoramento:

- Atingir durante as consultas, uma participação ativa de todas as pessoas que aceitem para conhecer as suas impressões sobre o projeto.
- Realizar observação ativa que também será utilizada em nosso trabalho, pois muitas vezes não entendem bem ao entrevistador ou omitem dados importantes.
- Escutar-se todas as sugestões com intuito de estar sempre melhorando a intervenção
- Estimular-se a que todos os Adultos decidam sobre eles em qualquer momento de sua doença.
- Avaliação semântica do questionário

## 5. Resultados esperados

- Com a implantação do projeto de intervenção, espera-se identificar como o problema mais importante o pouco conhecimento da temática dos pacientes de nossa equipe.
- Espera-se atingir mais dos 50% dos pacientes de nossa área de abrangência.
- Criar um grupo de discussão de temas bioéticos relacionados com a saúde.
- Contribuir para a mudança de condutas entre a população e os profissionais da saúde na USF.
- Espera-se melhorar em o conhecimento da população em relação à autonomia do paciente.
- Espera-se melhorar a relação médico- paciente

## 6. Cronograma

ATIVIDADES/ 2014-15	Novembro	Outubro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο
Elaboração do Projeto	x							
Aprovação do projeto		x			x			
Revisão de literatura	x	x	x	x				
Coleta de dados						x	x	x
Discussão e análise dos dados								x
Revisão final e digitação								x
Entrega do trabalho final								x
Socialização do trabalho						x	x	x

## 7. Referencias bibliográficas

1. Dallari SG. A bioética e a saúde pública. Iniciação a bioética Conselho Federal de Medicina. Brasília: 1998: p. 205- 216
2. Muñoz D, Fortes P. O principio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Sérgio IFC, Volnei G, Gabriel O, coordenadores. Iniciação a bioética [online]. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. P.53-70.
3. Morim; E. O método 3: o conhecimento do conhecimento. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2005.
4. JCRS Soares, KR Camargo Junior , A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. Interface comum saúde educ., 2007
5. Foucault, La crises de la medicina o la crisis de la antimedicina. Educ. Med. Salud, v.10, n.2, p.152-70, 1976.
6. Clotet J. Consentimento informado nos Comitês de Ética em Pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade. Bioética 1995; 3:51-9.
7. Santos OM. Consent form. versus doutor - patient relationship. Braz J Otorhinolaryngol. 2014;80:189-90.
8. Constituição Federal 1988. [www.legjur.com/constituicao-federal](http://www.legjur.com/constituicao-federal)
9. Pessini L. Bioética: um grito pela dignidade de viver. 3a ed. rev. São Paulo: Paulinas; 2008
10. . Immanuel Kant. Critica da razão pura. Fundação Caloste Gulbenkian. 5ed da tradução portuguesa. Gráfica de Coimbra Lda. Nov 2001.
11. A. Surbone; J. Lowenstein. Assimetria na relação entre médico e paciente. Journal of Clinical Ethics 2003, 14: p. 183-188
12. Oliveira F. Bioética: Uma face da cidadania. 2ed. São Paulo: Moderna, 2004
13. De Siqueira Jose E. A bioética e a revisão dos códigos de conduta moral dos médicos no Brasil. Revista Bioética 2008 16 (1): 85 – 95.
14. De Miguel I. ¿Es digno un ser que no es autônomo? Reflexiones acerca del concepto kantiano de dignidade humana: e AA. VV. Estudos em Homenagem al professor Peces Barba. Madrid. Dykinson; 2008: 415-430.
15. . Zeneida M; Barbasll S. Autonomia do idoso e distanásia. Rev. Bioet. Vol.21 no. 2 Brasília May/Aug. 2013
16. Wittmann Vieira R; Goldim JR. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. Acta paul. enferm. Vol.25 no. 3 São Paulo 2012

## Anexo 1

Para dar prioridade a nossos problemas identificados, aplicaremos um questionário e usaremos os seguintes itens:

- Importância
- Urgência do problema
- Viabilidade do problema
- Capacidade de enfrentamento pela equipe
- Recursos necessários para resolver o problema

Realizamos uma distribuição por pontos dos itens anteriores da maneira seguinte

Problema	Importância	Urgência	Viabilidade	Enfrentamento	Recurso	Total
1. Não existência de protocolo escrito sobre autonomia do paciente na USF	3	2	2	3	2	12
2. O pessoal de saúde não tem formulários de solicitude de autorização para que os pacientes possam utilizar.	3	2	2	3	2	12
3. Duração das consultas impede conseguir realmente o Consentimento Livre Esclarecido	3	3	----	2	1	9
4. Não existe grupo onde o pessoal da unidade informe e faça troca dos aspectos mais relevantes da temática.	3	2	2	2	2	11

Importância: alta= 3 pontos    media= 2 pontos    baixa= 1 ponto    nulo=0

Urgência:    sim= 2 pontos            não= 1 ponto

Viabilidade: sim= 2 pontos            não= 1 ponto

Enfrentamento: alta= 3 pontos    media= 2 pontos    baixa= 1punto    nulo=0

Recursos: alta= 3 pontos    media= 2 pontos    baixa= 1 ponto    nulo=0

