

Os Enfermeiros e os Direitos dos Doentes à Informação e ao Consentimento: Percepções, Atitudes e Opiniões

José Carlos Amado Martins *



A autonomia da pessoa decorre naturalmente da doutrina da dignidade humana, que afirma a dignidade do homem em si mesmo, recusando a sua instrumentalização ou utilização como um simples meio. A enorme vulnerabilidade que frequentemente atinge a pessoa doente levou à explicitação de alguns direitos com vista à sua autonomia, sendo centrais os direitos à informação e ao consentimento.

Este estudo teve como objectivos analisar o quadro de atitudes dos enfermeiros perante os direitos à informação e ao consentimento, verificar a relação com a idade e o tempo de serviço e comparar as percepções e atitudes dos enfermeiros com as opiniões e atitudes dos doentes.

Dos resultados, evidenciamos o facto de as atitudes e percepções dos enfermeiros relativamente aos referidos direitos serem, em vários aspectos, significativamente diferentes das atitudes e opiniões dos doentes, o que nos deve fazer reflectir e deixar mais atentos.

Introdução

A consagração da dignidade do Homem e o seu direito à liberdade inscrevem na praxis diária das sociedades o conceito de autonomia. A autonomia da pessoa decorre naturalmente da doutrina da dignidade humana e dos direitos fundamentais. Uma pessoa autónoma é capaz de deliberar sobre os seus objectivos pessoais e de agir nessa mesma direcção, sendo tanto mais autónoma quanto mais e melhor for actualmente capaz de bem exercer a actividade, objectiva e subjectivamente, de se auto-determinar intelectual, afectiva e voluntariamente.

* Enfermeiro, Mestre em Bioética, Professor Adjunto na ESEAF – Área Científica de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A nível internacional, reconheceu-se a especificidade do estado de doença pela vulnerabilidade que dela decorre para a pessoa e recorreu-se à explicitação especial de alguns direitos que visam a autonomia do doente, sendo os direitos à informação e ao consentimento o seu paradigma. No entanto, de pouco serve um enunciado de direitos se os doentes não os assumirem e exigirem e se os profissionais de saúde os não respeitarem.

Neste sentido, e após ter estudado as atitudes dos doentes oncológicos perante os direitos à informação e ao consentimento, pareceu pertinente levar a cabo o presente trabalho, que se refere às percepções e atitudes dos enfermeiros perante esses mesmos direitos, procurando fazer uma

avaliação inerente ao nosso contexto cultural, social e profissional. Assim, recolhemos os dados junto dos enfermeiros que trabalham nos serviços do Departamento de Cirurgia do Centro Regional de Oncologia de Coimbra. Desenvolvemos uma investigação descritiva e correlacional centrada nos seguintes objectivos:

- Analisar o quadro de atitudes dos enfermeiros, perante os direitos que visam a autonomia;
- Analisar as relações da idade e tempo de serviço dos enfermeiros com a atitude perante os direitos dos doentes à informação e ao consentimento;
- Comparar as percepções e atitudes dos enfermeiros com as opiniões e atitudes dos doentes.

Para dar resposta a este último objectivo, utilizámos os resultados de um estudo já por nós publicado (MARTINS, 2003).

O Respeito pela Autonomia como um Princípio Ético

Durante séculos, o pensamento e a acção humanos pautaram-se por tentativas de uniformizar ideias e comportamentos. Apesar disso, a pluralidade ideológica, política, cultural e religiosa das sociedades actuais leva à existência de princípios e valores diversos, quantas vezes conflituosos, levantando problemas de difícil resolução. Para resolver conflitos latentes entre valores e ideias éticas contraditórios, BEAUCHAMP e CHILDRESS (1994), idealizaram um conjunto de princípios que propuseram como pilar estrutural da ética nos cuidados de saúde. A autonomia surge na bioética inserida nesta principiologia proposta por Tom Beauchamp e James Childress, em 1979, na obra *Principles of Biomedical Ethics*, definindo uma postura diferente na relação médico-doente, até aí tradicionalmente paternalista. Surge conjuntamente com outros princípios: a beneficência, a não maleficência e a justiça. Cada um destes princípios

formula a exigência de respeito por um determinado valor, formando o conjunto um corpo coeso e coerente, em que cada um dos princípios vale pelo valor que representa e é complementado pelos outros. A outorga de primazia a um deles depende sempre de inúmeros factores, como o tipo de situação, as pessoas envolvidas, a urgência na resolução ou a cultura vigente, entre outros.

À luz deste princípio, o homem, sujeito em crescimento, ao criar a norma para o seu agir, torna-se num sujeito ético por excelência, visto que a sua realização pessoal está no dinamismo do seu ser «sendo». No fundo, “*o homem só é aquilo que ele fizer de si mesmo, através de escolhas, decisões e compromissos livres e responsáveis*” (MENDES, 2001: 16).

O sentido geral da palavra autonomia indica a *capacidade humana em dar as suas próprias leis* (CABRAL, 1996; FERRAZ 2001; SEGRE, SILVA e SCHRAMM, 2001). Respeitar essa autonomia é valorizar a outra pessoa em si, as suas opiniões e escolhas, mesmo que divergentes das opiniões e escolhas dominantes (OLIVEIRA e FORTES, 1999), procurando não obstruir as suas acções, excepto se claramente prejudiciais a outrem.

É sobre este princípio que se preconiza o cessar do paternalismo e se fundamenta a nova relação entre os profissionais de saúde e o doente, vista agora como uma aliança terapêutica, e que tem como corolário o consentimento informado (SGRECCIA, 1996). Esta relação é tão importante que Tristram Engelhardt propõe em 1996 a alteração da sua definição de 1986: “... *rebatizei o ‘princípio da autonomia’ como o ‘princípio do consentimento’ para indicar melhor que o que está em jogo não é algum valor possuído pela autonomia ou pela liberdade, mas o reconhecimento de que a autoridade moral secular deriva do consentimento dos envolvidos em um empreendimento comum*” (GOLDIM, 2001).

O Direito a Ser Informado

Uma característica que parece inerente a quase todas as pessoas é, sem dúvida, a curiosidade.

As pessoas são curiosas por natureza e podemos dizer, é essa curiosidade que tem permitido ao homem chegar cada vez mais longe nos vários domínios da sua existência. E um dos domínios em que essa curiosidade se faz sentir é o que se refere a si próprio, à sua própria pessoa, e inerentemente, à sua própria saúde. O homem doente indaga permanentemente e de forma particular as questões inerentes ao seu sofrimento. Não se limita a constatar que sente uma dor, mas faz toda uma construção em torno dessa dor. Uma construção que sendo retrospectiva, porque assente em experiências já vividas por si (ou vividas por outro e com ele partilhadas), é sempre uma construção prospectiva, na medida em que a pessoa procura saber de que forma essa dor pode influenciar o seu futuro e o futuro de todos os que a rodeiam. E se não o faz de um modo declarado, fá-lo pelo menos na sua intimidade.

Ao crescimento desta curiosidade não serão por certo alheios os desenvolvimentos técnico-científicos e sociais dos últimos 20-30 anos, que trouxeram fortes modificações à relação profissional de saúde-doente. O abandono progressivo do estatuto de doente (que via os cuidados de saúde como uma dádiva) para uma postura cada vez mais de cliente (que tem direito aos cuidados de saúde pelos quais paga ou pagou), justificam uma atitude mais curiosa e exigente (HUBAUX, 1998).

Mas, tal como refere ESPER (2000), a informação é devida ao doente não só como um requisito ao respeito pela sua autonomia, mas também como um real benefício. Não deixar o doente na ignorância de dados essenciais sobre a sua saúde ou ajudá-lo a compreender um exame ou tratamento que lhe é proposto seria assim também entendido como um dos primeiros requisitos do princípio da beneficência. Têm sido vários os estudos a demonstrar efeitos benéficos quando se dão informações claras aos doentes (MOLINS, 1996; MORRISON, 2001). Também COULTER, ENTWISTLE e GILBERT (1999) afirmam os efeitos benéficos da informação para a prevenção, tratamento e recuperação da doença, assim como para a mudança de comportamentos, citando os estudos de Schulman (1979), Fallowfield

et al. (1990), England e Evans (1992), Kaplan, Greenfield e Ware (1989), Stull, Lo e Charles (1984), Coulter, Peto e Doll (1994) e Cockburn e Pit (1997). Outro estudo que chega a conclusões semelhantes é o realizado por SANCHEZ *et al.* (2001), sendo uma das suas principais conclusões que a participação na decisão é fortemente facilitada pela informação fornecida.

Terão sido estas — e provavelmente outras mais — as justificações que levaram a comunidade nacional e internacional a preocupar-se com a problemática da informação a fornecer ao doente. Como fruto dessa preocupação, surgem vários documentos que são hoje importantes instrumentos de trabalho. Um desses documentos é a CDD aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1996, e pelo Ministério da Saúde português em, 1997, afirmando no seu art.º 6º que “*O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde*”. Parte da evidência de que o estado de saúde de uma pessoa diz respeito, antes de mais, a ela própria, como justificação de base a esse direito. Refere ainda que ao dar a informação não podemos esquecer que deve ser clara, evitando designações científicas incompreensíveis; deve ser abrangente no que se refere ao diagnóstico, provável evolução da doença e tratamentos previstos; a forma de a transmitir deve ter em atenção a personalidade do doente, o seu grau de instrução, as suas atitudes e esperanças e o doente pode não desejar saber parte ou a totalidade da informação, devendo a sua vontade ser respeitada.

O facto de existirem ainda inúmeras situações em que o doente não é convenientemente informado prende-se com algumas crenças e atitudes erradas que persistem. BIDASOLO (1998) aponta alguns motivos que são alegados para não informar, como a persistência de um certo paternalismo, mal entendido, reflexo da situação de superioridade sentida pelo técnico, o paradigma dominante — biomédico — que tende a entender a saúde limitada aos aspectos físicos, a crença que, para o técnico, a saúde do doente está acima de qualquer outro interesse, o desejo de não divulgar os seus conhecimentos, a utilização de tecnologia

de ponta, de difícil compreensão para o doente, alguma prudência, pois a informação pode ser prejudicial para o doente e o direito à mentira piedosa, por entender que a verdade determina maior vulnerabilidade.

Por tudo o que até aqui foi exposto, estes argumentos não têm sustentação ética possível. No entanto, existem algumas exceções ao direito à informação, que por certo convirá explorar. As situações de urgência são disso um exemplo.

O dever de informar o doente pode ser legitimamente restringido ou limitado nos casos em que ele assim o desejar. Porém, afirma MORRISON (2001: 84), essas pessoas são mais a exceção do que a regra: *“a maior parte das pessoas quer saber o que lhes acontece mesmo que isso signifique más notícias”*.

Outra situação semelhante ocorre quando a revelação dessas informações pode prejudicar a sua saúde e equilíbrio físico e psíquico, sendo mais frequentes nas situações de diagnóstico e prognóstico graves. Trata-se, por conseguinte, de limitar o direito de autodeterminação da pessoa, protegendo-a de informações “indesejáveis”. Esta situação é habitualmente denominada de *privilégio terapêutico* e está prevista legalmente no art.º 157º do Código Penal. No entanto, são vários os autores a recomendar “precaução” no recurso ao privilégio terapêutico (SERRÃO, 1996; HUBAUX, 1998; ANTUNES, 1998; SILVA, 2000), que só pode ser utilizado no interesse do doente, por razões legítimas e quando se busca um mal menor; e nunca como refúgio a uma possível falta de tempo, inabilidade comunicacional ou ao próprio incómodo que se gera no profissional de saúde quando tem de comunicar um facto desagradável.

As últimas situações de excepção para o dever de informar prendem-se com a possível incapacidade do doente para compreender, como é o caso do doente inconsciente, mentalmente incapaz e nas crianças, referindo BIDASOLO (1998) que, mesmo nestes casos, subsiste o dever de informar os parentes ou representantes legais. Ainda assim, deverá informar-se o menor ou incapaz, no sentido de promover a autonomia possível e procurar ao máximo a sua colaboração (TAYLOR, 1999).

Estabelecidas que estão estas bases, parece-nos oportuno levantar a questão: *Poderá o enfermeiro ser um agente mais activo na transmissão da verdade ao doente?*

O relacionamento do enfermeiro com o doente é, na essência, bastante diferente do do médico. É tendencialmente uma relação de maior proximidade (LAMAU, 1998; OSSWALD, 2000). Na origem desta maior proximidade estão vários factores, como o maior tempo de permanência na enfermaria, um bom sistema de transmissão da informação, o próprio estatuto social, mais próximo do doente que o estatuto do médico, o facto de o enfermeiro ter de entrar muitas vezes na intimidade do doente e ainda, porque a sua principal função é fazer aquilo que o doente faria se para isso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários, o que lhe confere um papel inigualável de proximidade, de confiança e de ajuda. Refere ainda OSSWALD (2000; 43) que, por tudo isto, *“o paciente sente-se mais à vontade, ousa contar e perguntar o que talvez silencie perante o médico, pede explicações e opiniões de natureza diagnóstica, terapêutica e prognóstica”*. E assim o enfermeiro fica inevitavelmente com uma visão mais ampla e mais completa daquela pessoa doente. Com uma visão holística. O próprio discurso do enfermeiro é habitualmente mais aberto e mais facilmente compreendido pelo doente e família, o que facilita um maior número de interacções e interacções com maior qualidade humana.

Parece-nos pois que no hospital o enfermeiro está em posição privilegiada para perceber o momento certo de dar determinada informação; para perceber naquele momento qual a quantidade de informação que o doente é capaz de suportar; para distinguir a altura indicada para contar a verdade ou, pelo contrário, para a omitir; para perceber quando o doente não entendeu o verdadeiro significado da mensagem e o ajudar dando as explicações necessárias. É que, cabendo de facto ao médico fornecer algum tipo de informações, este pode encontrar no enfermeiro um precioso apoio para essa tarefa, podendo e devendo solicitá-lo. Por outro lado, o enfermeiro

deve ir para além do “faça essa pergunta ao médico” e substituí-la pela explicação que o doente solicitou, se se sentir preparado para a fornecer, ou então por um “vou falar com o médico e voltarei aqui para lhe dar as explicações que precisa”. Este diálogo exige, da parte do enfermeiro, empatia, disponibilidade, conhecimentos de psicologia e muito respeito pela dignidade e convicções do doente.

O Direito a Consentir ou Recusar

Consentir significa dar o seu acordo, a sua aprovação. Deve ser informado porque o acto de consentir pressupõe o conhecimento do objecto sobre o qual o consentimento é pedido. É aqui que se estabelece a estreita correlação entre ambos os direitos. Consentimento esclarecido ou informado é mais do que uma mera autorização, na medida em que é resultado de reflexão e deliberação profundas. Para além de ser um acto racional, é um acto livre, isto é, sem contrariedades, manipulação, coacção ou coerção (MORIN, BLONDEAU e GENDRON, 1986).

A nossa lei fundamental protege a pessoa contra qualquer lesão ilícita à sua integridade (MELO, 1998). Da protecção da integridade pessoal decorre, como regra, que qualquer intervenção no domínio da saúde apenas possa ser efectuada depois de a pessoa em causa ter dado o seu consentimento. Este direito encontra-se explícito no nº 8 da CDD, que refere “*O doente tem o direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensino clínico*” e que está de acordo com o disposto na Base XIV da Lei de Bases da Saúde, alínea b). Esta premissa tem também reflexo em vários regulamentos profissionais, como é o caso do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros que determina a obrigatoriedade destes em respeitar a decisão do doente em receber ou recusar a prestação de cuidados que foi proposta (art. 12, nº 2), e do Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

Assim, uma intervenção não consentida, mesmo que medicamente indicada, será uma agressão ilícita contra a liberdade e dignidade da pessoa

humana (Código Penal Português, art.º 156º). Este mesmo artigo prevê como excepções as situações em que: a) o consentimento só possa ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou saúde do doente e b) tiver sido dado para uma intervenção ou tratamento, vindo a realizar-se outro diferente por se revelar mais benéfico à luz dos conhecimentos e experiência e não existindo evidência de que o consentimento seria recusado.

O art.º 156º está intimamente ligado a outros dois: o art.º 150º, que define o seu universo de aplicação e o 157º que estabelece as condições necessárias à validação do consentimento, referindo que o doente deve ser devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance e envergadura e possíveis consequências da intervenção ou tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo doente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde física ou psíquica. Para além do requerido no art. 157º, o Código Penal exige também que o indivíduo em causa tenha mais de 14 anos e possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento no momento em que o presta (art. 38º, nº 3). No caso de menores com idade inferior a 14 anos, o consentimento é dado pelos seus representantes legais (geralmente os pais). No entanto, e de acordo com a maturidade dos filhos, deve ser tida em conta a sua opinião e reconhecer-lhes autonomia na organização da sua própria vida (Cód. Civil: art. 1877º e 1878º), sendo que, tal como refere TAYLOR (1999), este direito da criança de ver respeitada a sua vontade é mais um direito moral do que legal.

No art. 38º - nº 2 do Código Penal, é referido que o consentimento pode “ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser revogado até à execução do facto”.

Assim, podemos dizer que são conceitos centrais no consentimento a competência e capacidade do doente para decidir, a voluntariedade na decisão, a informação e o processo de autorização.

Metodologia

Amostra

O presente estudo foi realizado, tendo por base as respostas dos enfermeiros que trabalham nos serviços pertencentes ao Departamento de Cirurgia do Centro Regional de Oncologia de Coimbra (Cirurgia Geral, Ginecologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Urologia, Unidade de Cuidados Inter-médios e Bloco Operatório), na primeira semana de Abril de 2002. Foram distribuídos questionários a todos os enfermeiros que estiveram de serviço nessa semana, tendo sido recolhidos 59 questionários correcta e completamente preenchidos.

A maioria dos enfermeiros inquiridos é do sexo feminino (76,3%), estando os homens em minoria (23,7%). A média de idades é de 32,85 anos com um desvio padrão de 8,63 anos. A mediana situa-se nos 32 anos. O enfermeiro mais novo tinha 23 anos e o mais idoso 57. Quando agrupados por idades, verifica-se que o grupo dos 20 aos 30 anos é o que apresenta maior expressividade (47,5%), logo seguido pelo grupo dos 31 aos 40 anos (35,5%). O grupo dos 51 aos 60 anos é o menos numeroso (6,8%). Cerca de metade (50,8%) dos inquiridos referiu ser casado ou viver em situação de união de facto. O grupo dos solteiros apresenta também grande expressividade (40,7%). Os grupos dos divorciados ou separados e dos viúvos são os que apresentam menos elementos, com 6,8% e 1,7% respectivamente. A maioria dos inquiridos (61,0%) afirma residir em meio urbano. Os restantes 39,0% residem em meio rural. A grande maioria dos enfermeiros inquiridos (66,1%) tem 10 ou menos anos de serviço. Com um tempo de serviço entre 10 a 20 anos encontram-se 23,7% dos enfermeiros. Os grupos dos 21 a 30 anos e mais de 30 anos de serviço são minoritários, com 6,8% e 3,4% respectivamente. A média de anos de serviço é de 9,88 anos com um desvio padrão de 7,99 anos, com um mínimo de 1 anos e um máximo de 35 anos.

Instrumento

O questionário era composto por duas partes distintas. Na primeira pretendeu-se obter resposta a algumas variáveis sócio-demográficas, assim como saber da percepção dos enfermeiros sobre o conhecimento dos doentes relativamente aos seus direitos e importância que atribuem aos direitos à informação e consentimento. A segunda parte do questionário era constituída pela “Escala de Atitudes Perante os Direitos à Informação e ao Consentimento”, uma escala tipo Likert com 22 itens e cinco possibilidades de resposta em cada item, englobando duas dimensões — a *dimensão informação* (14 itens) e a *dimensão consentimento* (8 itens). Esta escala foi por nós construída e validada para a população dos doentes oncológicos, onde se obtiveram valores de *Alpha de Cronbach*: $\alpha = 0,787$ para o global da escala, $\alpha = 0,689$ para a dimensão consentimento e $\alpha = 0,723$ para a dimensão informação (MARTINS, 2002).

Relativamente aos enfermeiros, esta escala satisfaz os critérios de validade e de fidelidade apresentando valores Alpha de Cronbach indicadores de consistência interna satisfatória: 0,766 na dimensão informação, 0,709 na dimensão consentimento e 0,842 no global da escala.

A recolha de dados foi precedida de pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro de Oncologia de Coimbra. As respostas ao questionário foram facultativas e anónimas.

Resultados

Quando questionados se, *em sua opinião, os doentes são conhecedores dos seus direitos*, a esmagadora maioria dos enfermeiros (91,5%) responde que não. Apenas 8,5% afirmam ter a percepção de que os doentes conhecem os seus direitos.

No entanto, têm a percepção de que alguns direitos estão relativamente interiorizados na mente dos doentes — como por exemplo o direito 1

(direito a ser tratado com respeito pela dignidade humana), o direito 3 (direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde) e o direito 12 (direito a apresentar sugestões ou reclamações) — e que outros são praticamente ignorados — como por exemplo o direito 11 (direito à privacidade), o direito 4 (direito à prestação de cuidados continuados) e o direito 6 (direito a ser informado sobre a sua situação de saúde). As opiniões dividem-se relativamente aos outros direitos.

Os enfermeiros inquiridos são unânimes (100,0%) em afirmar que os direitos 6 (direito a ser informado sobre a sua situação de saúde) e 8 (direito a dar ou recusar o seu consentimento antes de qualquer acto médico) são importantes para os doentes. No entanto, as opiniões dividem-se quando se pergunta se os profissionais respeitam esses direitos, afirmando a maioria (50,8%) que não.

De acordo com os dados obtidos pela aplicação da Escala de Atitudes Perante os Direitos à Informação e ao Consentimento, podemos constatar que os enfermeiros apresentam uma atitude de concordância relativa em relação aos direitos, apresentando uma média de resposta nos itens de 3,74, com um mínimo de 2,55 e um máximo de 4,73. Salientamos que as respostas poderiam variar entre 1 (discordância completa) e 5 (concordância completa), ou o contrário para os itens formulados em sentido inverso. Relativamente a cada uma das dimensões, as respostas são relativamente homogêneas. Estes e outros dados podem ser observados no Quadro 1.

Para verificar se existe relação entre a idade dos enfermeiros e a sua atitude perante os direitos à informação e ao consentimento, calculámos os coeficientes correlação de Pearson e os respectivos testes de significância, cujos resultados são apresentados no Quadro 2. Da sua análise, podemos verificar que, para ambas as dimensões da escala e para o global, existe uma correlação negativa com a idade dos enfermeiros, correlação esta estatisticamente muito significativa ($p < 0,005$).

QUADRO 2 – Resultados dos coeficientes de correlação (e dos respectivos testes de significância) entre a idade e as atitudes dos enfermeiros.

Atitudes	Correlação	
	r	p
Dimensões		
– informação	- 0,474	0,000
– consentimento	- 0,387	0,002
Global	- 0,473	0,000

Para analisar a relação entre o tempo de serviço dos enfermeiros e a sua atitude perante os direitos à informação e ao consentimento, calculámos os coeficientes correlação de Pearson e os respectivos testes de significância, cujos resultados podem ser observados no Quadro 3. Podemos verificar que para ambas as dimensões e para o global da escala, existe uma correlação negativa com os anos de serviço dos enfermeiros, correlação esta estatisticamente muito significativa ($p < 0,005$).

QUADRO 1 – Estatísticas descritivas relativas às atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento.

	N.º de itens	Média	Mediana	D. Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
Dimensão informação	14	3,75	3,86	0,50	0,25	2,43	4,64
Dimensão consentimento	8	3,71	3,88	0,76	0,57	2,38	4,88
Global	22	3,74	3,86	0,54	0,29	2,55	4,73

QUADRO 3 – Resultados dos coeficientes de correlação (e dos respectivos testes de significância) entre o tempo de serviço e a atitude dos enfermeiros.

Atitudes	Correlação	
	r	p
Dimensões		
- informação	- 0,507	0,000
- consentimento	- 0,376	0,003
Global	- 0,487	0,000

Um outro aspecto que nos interessou avaliar foi o da possibilidade de existirem (ou não) diferenças entre as atitudes dos doentes e as dos enfermeiros. Os dados relativos aos doentes (n=190) foram já publicados (MARTINS, 2003). Entre outras conclusões, evidenciamos o facto de as atitudes dos doentes perante os direitos à informação e ao consentimento apresentarem um valor modesto (3,58) para o global da escala. No entanto, analisando as dimensões separadamente, verifica-se um valor significativamente mais elevado para a dimensão informação (3,90) relativamente à dimensão consentimento (3,02), o que parece revelar que os doentes têm interesse em ser informados, mas simultaneamente, alguma inibição em participar na decisão.

Assim, realizamos testes t de Student, cujos resultados pode ser observados no Quadro 4. Da sua análise, verificamos que na dimensão informação as médias conseguidas no grupo dos enfermeiros são inferiores às dos doentes, enquanto que na dimensão consentimento se passa o inverso, tal como no global da escala. Estas diferenças das médias são estatisticamente significativas para ambas as dimensões e encontram-se no limiar da significância para o global (p=0,050).

Discussão

Em todo o país, tem vindo a ser desenvolvido um esforço para dar a conhecer à população os seus direitos enquanto doentes. A este nível, o CROC é uma instituição de excelência. Nos corredores por onde circulam os doentes e em todas as salas de espera, estão afixados “posters” que enumeram e explicam os direitos dos doentes. A abertura de um processo nesta instituição inicia-se sempre (para além dos aspectos burocráticos e administrativos) com uma consulta no Serviço Social onde, entre outras coisas, é oferecido ao doente uma Carta dos Direitos do Doente.

No entanto, 91,5% dos enfermeiros tem a percepção de que os doentes desconhecem os seus direitos. No estudo por nós realizado junto dos doentes desta mesma instituição (MARTINS, 2003), confirmámos facto.

Já relativamente aos direitos mais interiorizados na mente dos doentes, as respostas destes (MARTINS, 2002) divergem da percepção dos enfermeiros, embora existam algumas coincidências. As coincidências são sobretudo sobre o direito 3 (direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde), o direito 1 (direito a ser tratado com respeito pela dignidade humana) e o direito 12 (direito a apresentar sugestões ou reclamações).

As divergências são principalmente sobre o direito 6 (direito a ser informado sobre o seu estado de saúde) que, apesar de ser muito referido pelos doentes, os enfermeiros têm a percepção que eles o ignoram, o mesmo acontecendo com o direito 2 (direito à privacidade).

QUADRO 4 – Resultados dos testes de diferenças de médias das atitudes dos doentes e dos enfermeiros.

Atitudes	Estatuto				Teste t de Student	
	Enfermeiros		Doentes		t	p
	Média	DP	Média	DP		
Dimensões						
- informação	3,75	0,50	3,90	0,46	-2,19	0,030
- consentimento	3,71	0,76	3,03	0,59	6,39	0,000
Global	3,74	0,54	3,58	0,43	1,99	0,050

Relativamente a estas divergências, permitimo-nos questionar se a percepção dos enfermeiros de que os doentes desconhecem estes direitos não se deverá ao facto de a maioria dos doentes assumir uma postura passiva, questionando e exigindo pouco, conformando-se, o que, como tão bem explica MORRISON (2001) e foi confirmado por MARTINS (2003), se fica a dever principalmente à enorme vulnerabilidade da pessoa doente, que nestas condições adopta o lema de incomodar o menos possível aqueles de quem se precisa e de quem se depende durante todo o internamento. Inclusivamente, no que se refere ao direito a ser informado, refere MORRISON (2001) que os doentes não são estimulados a fazer perguntas, e quando as fazem, o pessoal utiliza frequentemente algumas técnicas subtis para evitar a resposta ou mesmo para mostrar a inoportunidade da pergunta, dando a entender que está muito ocupado, que não conhece bem a situação do doente, ou remetendo a questão para outros técnicos.

Relativamente aos direitos à informação e ao consentimento, os enfermeiros são unânimes em afirmar a sua importância para os doentes. No entanto, cerca de metade (50,8%) tem a noção de que os profissionais não respeitam estes direitos. A percentagem de doentes que tem a percepção de que os profissionais não respeitam estes direitos é significativamente inferior (15,8%) (MARTINS, 2002), o que nos leva a pensar, por um lado, que os conhecimentos dos enfermeiros os leva a ter uma visão mais incisiva e mais crítica e, por outro, que a falta de conhecimentos dos doentes, aliada aos efeitos de sua vulnerabilidade, os leva a aceitar como “normais” e “naturais” algumas situações que os enfermeiros não entendem como tal.

Os resultados obtidos pela aplicação da Escala de Atitudes Perante os Direitos à Informação e ao Consentimento permitem-nos afirmar que os enfermeiros apresentam uma atitude de concordância relativa em relação aos direitos, estando os valores médios de ambas as dimensões muito próximos.

Existe correlação negativa entre as atitudes dos enfermeiros e a sua idade e anos de serviço. Ou seja, estas atitudes enfraquecem à medida que aumenta

a idade e passam os anos de serviço. Logicamente que a idade dos enfermeiros e o seu tempo de serviço estão intimamente ligados, mas pensamos que ambas podem trazer contributos para o enfraquecimento das atitudes. Por um lado, e relativamente à idade, poderemos pensar que os enfermeiros mais jovens fizeram o curso à menos tempo, sabendo-se que nos últimos anos tem vindo a ser reforçada a importância dos aspectos éticos nos cursos de enfermagem. Acrescenta-se ainda o facto dos enfermeiros mais jovens pertencerem a uma geração que dá mais ênfase às liberdades individuais. Por outro lado, e relativamente aos anos de serviço, encontramos nos enfermeiros seniores uma visão e uma postura que em muito resultam dos anos de contacto directo com a pessoa doente e ainda enraizados numa relação mais paternalista.

Facto interessante foi comparar as atitudes dos enfermeiros com as dos doentes que são alvo da sua atenção. O interesse advém, principalmente, do facto de apesar das diferenças de médias encontradas no global da escala não chegarem a ser estatisticamente significativas, a verdade é que para cada uma das dimensões são-no de forma marcada.

Enquanto que os enfermeiros valorizam quase por igual ambos os direitos, no que se refere aos doentes, verificamos que o seu desejo de ser informado ultrapassa em larga escala o desejo de participar na decisão. E assim verificamos que relativamente à dimensão informação, a média da atitude dos doentes é significativamente superior à dos enfermeiros. Já relativamente à dimensão consentimento, passa-se o inverso.

Como explicar estas divergências? Provavelmente, os doentes, pelo confronto com a fragilidade da vida, facilmente sentem o seu futuro em causa, sendo o desejo de ser informados sobre a sua situação uma expectativa natural. Por outro lado, a sua vulnerabilidade e a falta de conhecimento sobre os métodos de tratamento limitam o seu desejo e capacidade em participar na decisão.

Estes são factos já confirmados por vários estudos, como o de Nease e Brooks (1995) citado por GROOPMAN *et al.* (2001), os de Ende e Moskowitz (1989) e Stull, Lo e Charles (1984) citados por DEBER, KRAERSCHMER e IRVINE

(1996) e os de DEGNER *et al.* (1997), ELWIN (1999), BERGOT (2000), DOYAL (2001) e MARTINS (2003).

Já os enfermeiros, que na sua maioria conhecem o doente mas não o que é estar gravemente doente, têm uma perspectiva obrigatoriamente diferente – mais científica, mas menos “sentida na própria pele”.

Estas diferenças não serão preocupantes, pois, conforme refere TRIAS (1999), estamos a falar de manifestações da autonomia individual. Mas devem-nos levar a reflectir, pelo risco de se pautar a actuação unicamente em função da nossa própria opinião, esquecendo que o outro pode ter uma opinião diferente, possivelmente tão ou mais válida quanto a de quem cuida.

Conclusão

O princípio de autonomia é central para todos os que se preocupam com os aspectos bioéticos da relação entre profissionais de saúde e doentes. É o colatório da dignidade inerente à pessoa humana e do seu direito à liberdade. No entanto, a sua prática não é isenta de dificuldades, pelos vários aspectos específicos inerentes a cada pessoa, onde interferem factores psicológicos, culturais e biológicos, tornando impossível a generalização e a uniformidade na aplicação do referido princípio que, a acontecerem, se poderão tornar perversas, inadequadas e pouco úteis aos doentes.

Após um trabalho de campo em que procurámos conhecer melhor as perspectivas, opiniões e atitudes dos doentes relativamente aos seus direitos, especialmente aos direitos à informação e ao consentimento (MARTINS, 2003), pareceu-nos interessante conhecer também as perspectivas, opiniões e atitudes dos enfermeiros, na certeza de que conhecendo melhor o doente e a nós próprios poderemos aproximar-nos mais, estabelecer relações de maior ajuda e prestar melhores cuidados.

Verificámos que os enfermeiros têm a percepção de que os doentes na generalidade desconhecem os seus direitos, o que parece ser uma realidade. No entanto, existem alguns direitos que

estão interiorizados na mente dos doentes, como por exemplo o direito a ser informado sobre o seu estado de saúde, mas que os enfermeiros têm a percepção de que este é um dos mais ignorados, provavelmente porque os doentes fazem poucas perguntas.

Os enfermeiros são unânimes em afirmar que os direitos à informação e ao consentimento são importantes para os doentes, mas cerca de metade afirmam que os profissionais de saúde não respeitam esses direitos.

Verificamos que a atitude dos enfermeiros relativamente aos direitos à informação e ao consentimento é modesta, estando inversamente relacionada com a idade e os anos de serviço. Quando comparada à atitude dos doentes perante os mesmos direitos, verificamos que é ligeiramente mais elevada em termos globais, sem que essa diferença seja estatisticamente significativa. No entanto, observando as dimensões em separado, verificamos que os enfermeiros valorizam menos o direito à informação do que os doentes, acontecendo o inverso com o direito ao consentimento.

Assim, parece-nos ser importante que os enfermeiros dediquem especial atenção à autonomia dos doentes, estimulando-os a colocar questões, a expor as suas dúvidas. Tanto falamos da nossa maior proximidade do doente e do facto de sermos o grupo profissional que está sempre junto dele! Talvez possamos aproveitar o tempo e a proximidade para estreitar a relação com o doente, não esquecendo que a informação que lhe transmitir-mos vai contribuir para a sua satisfação com os cuidados, para além de que só um doente bem informado pode exercer a sua autonomia.

Acrescente-se ainda que ao não informar o doente devidamente existem outros direitos que ficam vazios de conteúdo, como é o caso do direito a recusar ou consentir um cuidado ou tratamento.

E a especial atenção que se preconiza é não fazermos das nossas convicções, opiniões e expectativas “a medida” para todos os doentes e situações, mas antes ajustar essa “medida” a cada doente, e em cada doente, à situação que vive no momento, nunca esquecendo a sua vulnerabilidade.

Referências

- ANTUNES, Alexandra – Consentimento informado. In SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui – *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora, 1998. ISBN 972-0-06033-6
- BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. – *Principles of biomedical ethics*. 4ª Ed. New York: Oxford University Press, 1994
- BERGOT, Michel – L'information medicale du malade hospitalisé. *Gestions Hospitalières*. Paris. ISSN 00169-218. (Março, 2000) p. 214-220
- BIDASOLO, Mirentyo – Libertad de terapia versus consentimiento. In: CASADO, Maria – *Bioética, derecho y sociedad*. Madrid: Editorial Trotta, 1998. ISBN 84-8164-249-5
- CABRAL, Roque – Os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. In: ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter – *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo, 1996. ISBN 972-22-1719-4
- COULTER, Angela; ENTWISTLE, Vikki; GILBERT, David – Sharing decisions with patients: is the information good enough?. *BMJ*. London. ISSN 0959-8138. Vol 318 (Janeiro, 1999), p. 275-279
- DEBER, Raisa; KRAETSCHMER, Nancy; IRVINE, Jane – Wat role do patients wish to play in treatment decision making?. *Archives of Internal Medicine*. Chicago. ISSN 0003-9926. Vol 156 (Julho, 1996) p. 1414-1420
- Decreto-Lei nº 104/98 – Cria a ordem dos enfermeiros e aprova o respectivo estatuto. *Diário da República*. I Série A. Nº 93 (21 de Abril de 1998)
- DEGNER, Lesly F. [et al.] – Information needs and decisional preferences in woman with breast cancer. *JAMA*. Chicago. ISSN 0098-7484. Vol 277, nº 18 (Maio, 1997) p. 1485-1492
- DOYAL, L. – Informed consent: moral necessity or illusion? *Quality Health Care*. Oxford. Vol. 10, Sup. 1 (Setembro, 2001), p. 29-33
- ELWIN, Glyn [et al.] – Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ*. London. ISSN 0959-8138. Vol. 319, nº (Setembro, 1999), p. 753-756
- ESPER, Claudine – L'information médicale du malade à l'hôpital public. *Gestions Hospitalières*. Paris. ISSN 00169-218. nº 394 (Mars, 2000) p. 224-229
- FERRAZ, Flávio Carvalho – *A questão da autonomia e a bioética*. 2001. Texto web em: <http://www.cfm.org.br/revista/bio9v1/simp05.htm>
- GOLDIM, José Roberto – *Princípio da autonomia*. 2001. Texto Web em: <http://www.ufrgs.br/HCPA/gnng/autonomi.htm>
- GONÇALVES, M. Maia – *Código Penal Português*. 13ª Edição. Coimbra: Almedina, 1999. ISBN 972-40-1229-8
- GROOPMAN, Jerome E. [et al.] – Como partilhar a tomada de decisões com os doentes. *Patient Care*. Lisboa. ISSN 0873-2167. Vol. 6, nº 64 ((Outubro, 2001) p. 35-49
- HUBAUX, Jean-Marie – *Les droits et les obligations du patient*. Louvain-la-Neuve: Bruylant Academia, 1998. ISBN 2-8027-0797-3
- LAMAU, Marie-Louise – Les décisions concernant le traitement. In: CEB – *Bem da pessoa e bem comum*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1998. ISBN 972-603-185-0
- Lei 48/90 – Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*. Iª Série, nº 195 (24 de Agosto de 1990)
- MARTINS, José Carlos A. – *Autonomia na doença: atitudes dos doentes perante os direitos à informação e ao consentimento*. Dissertação de Mestrado não publicada (Novembro de 2002)
- MARTINS, José Carlos A. – Atitudes dos doentes oncológicos perante os direitos à informação e ao consentimento. *Revista Investigação em Enfermagem*. Coimbra. ISSN 0874-7695. Nº 8 (Agosto, 2003), p. 49-62
- MELO, Helena Pereira de – O biodireito. In SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui – *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora, 1998. ISBN 972-0-06033-6
- MENDES, Alberto Paulo M. – Liberdade, ética e realização pessoal. *Hospitalidade*. Lisboa. ISSN 0871-0090. Ano 65, nº 251 (Janeiro-Março, 2001) p. 13-17
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Carta dos direitos e deveres do doente*. Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde, 2002
- MOLINS, Roser Valls – *Ética para enfermeria*. Barcelona: Ediciones ROL, 1996. ISBN 84-85-535-33-2
- MORIN, Lucien; BLONDEAU, Danielle; GENDRON, Colette – Les droits des bénéficiaires. In: BLONDEAU, Danielle – *De l'éthique à la bioéthique: repères en soins infirmiers*. Boucherville: Gaitan Morin Éditeur, 1986. ISBN 2-89105-194-7
- MORRISON, Paul – *Para compreender os doentes*. Lisboa: Climepsi Editores, 2001. ISBN 972-8449-97-6
- NETO, Abílio – *Código Civil*. 11ª edição. Lisboa: Ediforum, 1997.

- OLIVEIRA, Ana Claudia; FORTES, Paulo António – O direito à informação e a manifestação da autonomia de idosos hospitalizados. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 33, nº 1 (Março, 1999), p. 59-66
- OSSWALD, Walter – A relação enfermeiro-doente e a humanização dos cuidados de saúde. *Cadernos de Bioética*. Coimbra. Ano XI, nº 23 Agosto, 2000), p. 41-45
- SANCHEZ, S. [et al.] – Informed consent procedurs: responsibilities of researchers in developing countries. *Bioethics*. Oxford. ISSN 0269-9702. Vol. 15, nº 5-6 (Outubro, 2001), p. 398-412
- SEGRE, Marco; SILVA, Franklin; SCHRAMM, Fermin – *O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia*. 2001. Texto Web em: <http://www.cfm.org.br/revista/bio1v6/conthistórico.htm>
- SERRÃO, Daniel – *Consentimento informado*. In: ARCHER, Luis; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter – *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo, 1996. ISBN 972-22-1719-4
- SGRECCIA, Élio – *Manual de bioética: I. Fundamentos de ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola: 1996. ISBN 85-15-01285-5
- SILVA, João Ribeiro da – *Bioética contemporânea*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2000. ISBN 972-9349-06-1
- TAYLOR, Bridget – Parental autonomy and consent to treatment. *Journal of Advanced Nursing*. London. ISSN 0309-2402. Ano 29, nº 3 (Março, 1999), p. 570-576
- TRIAS, Marc-Antoni B. – Consentimiento informado o desinformado? El peligro de la medicina defensiva. *Medicina Clínica*. Barcelona. ISSN 0025-7753. Vol. 112, nº 3 (Março, 1999), p. 95-96