

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

RAWANY TEIXEIRA CARVALHO

RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE: O RESPEITO ÀS ESCOLHAS DO DOENTE

BRASÍLIA

2023

RAWANY TEIXEIRA CARVALHO

RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE: O RESPEITO ÀS ESCOLHAS DO DOENTE

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília. Área de concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologia em Saúde e Enfermagem. Linha de pesquisa: Gestão dos Sistemas e de Serviços em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Professora Dra. Luciana Neves da Silva Bampi.

BRASÍLIA

2023

RAWANY TEIXEIRA CARVALHO

RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE: O RESPEITO ÀS ESCOLHAS DO DOENTE

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

Aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Luciana Neves da Silva Bampi

Presidente da Banca

Universidade de Brasília – UnB

Professora Doutora Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá

Membro Efetivo

Universidade de Brasília – UnB

Professora Doutora Soraia Dornelles Schoeller

Membro Externo ao Programa

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

AGRADECIMENTOS

O início dessa trajetória se deu em 2020, e muitos contribuíram para que eu conseguisse chegar até aqui, o processo de construção do conhecimento é longo, desafiador e, ao mesmo tempo, muito gratificante. Por isso, venho agradecer aos que estiveram comigo nessa jornada.

Primeiramente a Deus que me permitiu cursar essa pós-graduação, sendo meu fiel guardião e protetor, meu porto seguro. Percebo que tudo ocorreu conforme a vontade dele, no momento certo, com a orientadora certa, por colocar cada pessoa que cruzou meu caminho, além de me disponibilizar as ferramentas intelectuais para que eu pudesse concluir.

A professora Dra. Luciana Neves da Silva Bampi, minha orientadora, obrigada pelos ensinamentos, por ter me conduzido tão bem nesse caminho, pela parceria que desenvolvemos, a sua competência e dedicação são inspiradoras.

Às Professoras Dra. Soraia Dornelles Schoeller e Dra. Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá, pela disponibilidade em participar da banca de defesa desta dissertação e pela oportunidade de agregar ao meu aprendizado.

Ao meu esposo Wellington que me incentivou e continua incentivando no processo de conhecimento, por todo companheirismo, paciência e cumplicidade.

Aos meus pais, irmãos, avós, padrinhos que mesmo estando longe, ajudaram com palavras de incentivo.

A minha equipe de trabalho, que compreendeu o processo e teve paciência, em especial minha supervisora que quando necessário ajustou escalas.

Aos colegas que conheci durante o curso, vocês diminuíram o peso das demandas acadêmicas.

RESUMO

CARVALHO, R. T. **RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE: O RESPEITO ÀS ESCOLHAS DO DOENTE.** 2023. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2023.

Introdução: A relação clínica entre enfermeiro e paciente ainda é majoritariamente paternalista. Nesse contexto, a autonomia pessoal do doente frente à tomada de decisão quanto ao corpo e à saúde fica comprometida. **Objetivo:** Analisar a relação enfermeiro paciente na perspectiva do respeito às escolhas do doente no processo de tomada de decisão em saúde, em uma unidade clínica de um hospital escola da rede pública de saúde do Distrito Federal. **Método:** Foi realizada uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso. Utilizou-se a triangulação de dados, por meio de uma revisão de literatura, revisão de escopo, entrevistas com enfermeiros e coleta de informações dos registros (evoluções e anotações) desses profissionais no prontuário clínico. **Resultado:** A revisão de escopo permitiu conhecer o objeto de estudo, compreender as melhores evidências científicas de que enfermeiros respeitam os direitos do paciente na relação enfermeiro paciente. Nas entrevistas, a maioria dos enfermeiros referiram que a relação clínica enfermeiro paciente baseia-se no respeito, diálogo (comunicação, orientação, compreensão) e empatia. Já os registros em prontuário evidenciaram somente informações sobre as demandas clínicas e a descrição sucinta dos procedimentos e/ou cuidados realizados. Poucos registros salientaram a orientação do paciente e da família sobre a assistência prestada e praticamente não houve registro sobre o processo de obtenção do consentimento informado para as intervenções realizadas, não sendo abordado o direito de escolha do doente. **Conclusão:** Observou-se uma dicotomia entre o discurso dos enfermeiros entrevistados e as ações empreendidas por eles e descritas nos registros de enfermagem. Os enfermeiros, embora tenham tido uma atitude respeitosa, obrigação de não-intervenção nas decisões das pessoas, não desenvolveram uma ação respeitosa, ação de respeito à autonomia do paciente, obrigação de capacitar e de sustentar as capacidades do outro para escolher autonomamente, diminuindo os temores e outras condições que prejudiquem a autonomia. Assim, os enfermeiros não respeitaram os direitos do paciente na medida que não os capacitaram para agir autonomamente.

Descritores: Relações Enfermeiro-Paciente; Autonomia Pessoal; Tomada de Decisões; Ética em Enfermagem; Bioética.

ABSTRACT

CARVALHO, R. T. **RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE: O RESPEITO ÀS ESCOLHAS DO DOENTE.** 2023. Dissertation (Masters) – Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2023.

Introduction: The clinical relationship between nurse and patient is still mostly paternalistic. In this context, the patient's personal autonomy regarding decision-making regarding the body and health is compromised. **Objective:** To analyze the nurse-patient relationship from the perspective of respect for the patient's choices in the decision-making process in health, in a clinical unit of a teaching hospital in the public health network of the Federal District. **Method:** A qualitative case study research was carried out. Data triangulation was used, through a literature review, scope review, interviews with nurses and collection of information from the records (evolutions and notes) of these professionals in the clinical record. **Result:** The scope review allowed knowing the object of study, understanding the best scientific evidence that nurses respect the patient's rights in the nurse-patient relationship. In the interviews, most nurses reported that the clinical nurse-patient relationship is based on respect, dialogue (communication, guidance, understanding) and empathy. The medical records only showed information about the clinical demands and the brief description of the procedures and/or care performed. Few records highlighted patient and family guidance on the care provided and there was virtually no record on the process of obtaining informed consent for the interventions performed, not addressing the patient's right to choose. **Conclusion:** A dichotomy was observed between the discourse of the interviewed nurses and the actions undertaken by them and described in the nursing records. The nurses, although they had a respectful attitude, an obligation of non-intervention in people's decisions, did not develop a respectful action, an action of respect for the patient's autonomy, an obligation to train and sustain the capabilities of the other to choose autonomously, reducing the fears and other conditions that undermine autonomy. Thus, the nurses did not respect the patient's rights as they did not train them to act autonomously.

Descriptors: Nurse-Patient Relations; Personal Autonomy; Decision Making; Ethics, Nursing; Bioethics.

RESUMEN

CARVALHO, R. T. **RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE: O RESPEITO ÀS ESCOLHAS DO DOENTE.** 2023. Disertación (Maestría) – Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2023.

Introducción: La relación clínica entre enfermera y paciente sigue siendo mayoritariamente paternalista. En este contexto, se compromete la autonomía personal del paciente en la toma de decisiones sobre su cuerpo y su salud. **Objetivo:** Analizar la relación enfermero-paciente desde la perspectiva del respeto a las elecciones del paciente en el proceso de toma de decisiones en salud, en una unidad clínica de un hospital escuela de la red pública de salud del Distrito Federal. **Método:** Se realizó una investigación cualitativa de estudio de caso. Se utilizó la triangulación de datos, a través de revisión de literatura, revisión de alcance, entrevistas con enfermeros y recolección de información de los registros (evoluciones y notas) de estos profesionales en la historia clínica. **Resultado:** La revisión de los alcances permitió conocer el objeto de estudio, comprendiendo las mejores evidencias científicas de que los enfermeros respetan los derechos del paciente en la relación enfermero-paciente. En las entrevistas, la mayoría de los enfermeros relató que la relación enfermero clínico-paciente se basa en el respeto, el diálogo (comunicación, orientación, comprensión) y la empatía. Las historias clínicas solo mostraban información sobre las demandas clínicas y la breve descripción de los procedimientos y/o cuidados realizados. Pocos registros destacaron la orientación del paciente y la familia sobre la atención brindada y prácticamente no hubo registro sobre el proceso de obtención del consentimiento informado para las intervenciones realizadas, no abordando el derecho de elección del paciente. **Conclusión:** Se observó una dicotomía entre el discurso de los enfermeros entrevistados y las acciones realizadas por ellos y descritas en los registros de enfermería. Las enfermeras, si bien tenían una actitud respetuosa, obligación de no intervención en las decisiones de las personas, no desarrollaron una acción respetuosa, una acción de respeto a la autonomía del paciente, obligación de formar y sustentar las capacidades del otro para elegir de forma autónoma, reduciendo los miedos y otras condiciones que socavan la autonomía. Así, las enfermeras no respetaron los derechos del paciente ya que no lo capacitaron para actuar con autonomía.

Descriptor: Relaciones Enfermero-Paciente; Autonomía Personal; Toma de Decisiones; Ética en Enfermería; Bioética.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Nuvem de palavras a partir das categorias criadas pelo software IRAMUTEQ.	32
FIGURA 2 - Análise de similitude criadas pelo software IRAMUTEQ.	32
FIGURA 3 - Dendrograma criadas pelo software IRAMUTEQ, evidenciando cinco classes e a distribuição das porcentagens dentro do corpus.	34
FIGURA 4 - Análise fatorial por correspondência (criadas pelo software IRAMUTEQ.	34

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Perfil demográfico. Brasília, DF, 2022.	28
TABELA 2 - Perfil de formação profissional e atuação no HUB. Brasília, DF, 2022.....	29
TABELA 3 - Perfil de conhecimento em Ética e/ou Bioética. Brasília, DF, 2022.....	31

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURA

AFC	Análise fatorial por correspondência
HUB	Hospital Universitário de Brasília
CHD	Classificação hierárquica descendente
CEP	Comitê de ética em pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DF	Distrito Federal
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Estudos de caso
ENF	Enfermeiro
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCM	Unidade de Clínica Médica
UNB	Universidade de Brasília
UE	União Europeia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVOS.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 DIREITO DO PACIENTE.....	12
2.2 DIREITO DE ESCOLHER (AUTONOMIA PESSOAL/AUTONOMIA DO PACIENTE).....	15
2.3 DIREITO DE ESCOLHA DO PACIENTE NA RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE.....	18
3 MÉTODO	20
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	20
3.2 LOCAL DE PESQUISA.....	20
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	21
3.4 REVISÃO DE ESCOPO.....	21
3.5 ENTREVISTA.....	22
3.6 COLETA DE DADOS DOCUMENTAIS.....	24
3.7 ANÁLISE DE DADOS.....	26
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
4.1 REVISÃO DE ESCOPO.....	28
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E DISCUSSÃO DO PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....	28
4.2.1 PERFIL DEMOGRÁFICO.....	29
4.2.2 PERFIL DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATUAÇÃO NO HUB.....	30
4.2.3 PERFIL DE CONHECIMENTO EM ÉTICA E/OU BIOÉTICA.....	31
4.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS.....	31
4.3.1 CLASSE 1 - CUIDADO E AUTONOMIA.....	36
4.3.2 CLASSE 2 - CARACTERÍSTICAS DO RELACIONAMENTO PROFISSIONAL- PACIENTE DURANTE HOSPITALIZAÇÃO.....	41
4.3.3 CLASSE 3 – FATORES INTERVENIENTES Á RELAÇÃO ENFERMEIRO- PACIENTE.....	47
4.3.4 CLASSE 4 - ESTRATÉGIAS PARA MELHORIA DO RELACIONAMENTO.....	51
4.3.5 CLASSE 5 - REGISTRO DE ENFERMAGEM E O CONSENTIMENTO INFORMADO.....	53
4.4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS EM PRONTUÁRIO CLÍNICO (REGISTROS DE ENFERMAGEM).....	56
5 CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS.....	66
APÊNDICE I.....	77
APÊNDICE II -	78
APÊNDICE III -	79
APÊNDICE IV -	80
APÊNDICE V -	82
APÊNDICE VI -	83
APÊNDICE VII -	86
APÊNDICE VIII -	90
ANEXO I -	91

1 INTRODUÇÃO

Na área da saúde, o modelo de relação paternalista, que vigorou durante séculos e que em alguns lugares ainda vigora, está baseado na noção de que aqueles que precisam de cuidado e proteção são incompetentes. Esse comportamento assemelha-se à relação pai e filho numa sociedade patriarcal, onde o pai ou os pais tomam decisões pelos filhos, sem escutá-los, visando seu bem-estar. Na relação clínica, a tomada de decisão é realizada pelo profissional ou pela equipe de profissionais e o paciente¹ é passivo na interação (ALBUQUERQUE, 2020; KRAUS, 2021; LIMA; MACHADO, 2021). Nesse contexto, o doente, mesmo tendo capacidade cognitiva e jurídica, é excluído do processo decisório, lesado em seus direitos fundamentais, o que tornou essa modalidade de relação clínica insustentável com o passar do tempo (LIMA; MACHADO, 2021).

As novas e complexas tecnologias e procedimentos sanitários, assim como a mudança de postura dos profissionais, reconhecendo direitos, promoveram o envolvimento e a participação do paciente e a garantia de direitos (EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHT, 2022). A primeira declaração de direitos do paciente surgiu em 1973, no âmbito da Associação Americana de Hospitais, permitiu mudanças na relação clínica, ao passo que reivindicou a autonomia pessoal do paciente (OLEJARCZYK; YOUNG, 2022).

Os direitos do paciente derivam dos direitos humanos, especificados por meio das práticas de saúde, da interação entre profissionais, pacientes, familiares e/ou cuidadores (KWAME; PETRUCKA, 2022). No contexto da assistência de alta qualidade, inclui, entre outros requisitos: ter acesso aos serviços de saúde, obter informações completas e acessíveis sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico, consentimento na realização de tratamentos e procedimentos, ser respeitado no que se refere a confidencialidade e a privacidade, receber cuidados contínuos baseados nas melhores evidências científicas (AYDIN; İNCEDERE; ÖZTÜRK, 2018; AKCA; AKPINAR; HABBANI, 2015; KWAME; PETRUCKA, 2022). Desta forma o doente tem direito a cuidados de saúde adequados e de qualidade, havendo, nesse processo, que ser considerado, sua dignidade, valores, crenças e convicções, cultura, integridade e necessidades individuais (PEDUZZI, 2009).

¹ Paciente: indivíduos participantes do sistema de cuidados de saúde com o propósito de receber procedimentos terapêuticos, diagnósticos ou preventivos. Termos alternativos: *patients*, cliente, doente, enfermo etc. (Descritores em Ciências da Saúde - <https://decs.bvsalud.org/>)

Os enfermeiros são profissionais que auxiliam os pacientes a ter ciência de seus direitos (VAARTIO-RAJALIN; LEINO-KILPI, 2011). Esses profissionais são considerados representantes dos pacientes devido à proximidade, ao maior tempo de permanência nas unidades de saúde, permitindo que parcerias mais consistentes sejam conquistadas (AYDIN; İNCEDERE; ÖZTÜRK, 2018; RAMOS *et al*, 2018). A defesa do paciente² (*patient advocacy*) está relacionada a um cuidado objetivo, empático, flexível e motivado (SMITH, 2004; FOUNTOUKI; SANCHEZ; THEOFANIDIS, 2020). Outros atributos são senso de responsabilidade, comprometimento profissional, senso de humor e capacidade para lidar com o estresse, a fim de permitir e incentivar o exercício da autodeterminação, salvaguardando os interesses e o bem-estar do doente (FOUNTOUKI; SANCHEZ; THEOFANIDIS, 2020).

Os enfermeiros têm a responsabilidade de defender os valores, os direitos, o bem-estar e os melhores interesses do paciente (FOUNTOUKI; SANCHEZ; THEOFANIDIS, 2020). Funcionam como elo entre o doente, a família e o ambiente de cuidado à saúde, especialmente, em casos de pessoas vulneráveis (BARLEM, 2015). Atuam na resolução das complexas questões envolvidas no cenário de saúde/doença, fornecendo informações sobre o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico para o enfermo e a família (NEVES *et al.*, 2021). São mediadores informando à equipe as preferências do doente, além de sugerir alternativas e promover a aceitação da escolha informada do paciente (SMITH, 2004).

Nesse contexto surge a seguinte questão de pesquisa: Como deve ser a relação enfermeiro paciente que respeita o direito de escolher do doente no processo de tomada de decisão em saúde?

1.1 OBJETIVOS

- Objetivo geral

Analisar, na perspectiva do respeito às escolhas do doente no processo de tomada de decisão em saúde, a relação enfermeiro paciente em uma unidade clínica de um hospital escola da rede pública de saúde do Distrito Federal.

- Objetivos específicos

² Defesa do paciente: promoção e proteção dos direitos do paciente, frequentemente por meio de procedimentos legais”. Termos alternativos: *patient advocacy*, defesa do cliente, defesa do usuário, mediadores do paciente, representação dos pacientes (Descritores em Ciências da Saúde - <https://decs.bvsalud.org/>).

- Conhecer por meio de uma revisão de literatura, revisão de escopo, as melhores evidências de que os enfermeiros respeitam o direito de escolha do doente, autonomia pessoal, na relação enfermeiro paciente;
- Identificar a partir do relato de enfermeiros como se dá a relação enfermeiro paciente na Unidade de Clínica Médica (UCM) do Hospital Universitário de Brasília (HUB);
- Examinar como está expressa a relação enfermeiro paciente nos registros de enfermagem dos prontuários clínicos dos doentes da UCM do HUB.
- Avaliar como a relação enfermeiro paciente interfere no direito de escolha do doente (autonomia pessoal) no processo de tomada de decisão sobre a saúde na UCM do HUB.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DIREITO DO PACIENTE

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), definem o direito do paciente como direitos fundamentais dos doentes, descritos em estatutos, declarações ou princípios morais geralmente aceitos. O termo é usado para discussões como um grupo de direitos ou publicação no hospital de uma lista dos direitos dos enfermos (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2022). Esses direitos assentam-se na lógica do cuidado, englobando a assistência à saúde segura e de qualidade, o direito à autodeterminação, à informação e à participação no processo de tomada de decisão, a possibilidade de ter uma segunda opinião, a liberdade de recusar tratamentos e procedimentos, à confidencialidade e à privacidade. O paciente deve ser respeitado no que se refere ao gênero, idade, raça, personalidade, condição socioeconômica, estilo de vida, religião, valores, moral e cultura, possuindo o direito de prestar queixa e obter reparação. Várias medidas podem ser tomadas quanto ao dano sofrido, desde pedido de desculpas até indenizações ao lesado (ALBUQUERQUE, 2020).

A insatisfação das pessoas com a falta de autonomia e com a qualidade da assistência prestada fez surgir a Primeira Carta de Direitos dos Pacientes, em 1973, no âmbito da Associação Americana de Hospitais. Essa diretriz serviu como instrumento para a melhoria da qualidade moral e técnica das instituições hospitalares norte-americanas (AHA, 1990).

Na década de 1990 surgiram as primeiras leis específicas sobre direitos do paciente. Essas normas aparecem por meio do processo reivindicatório dos doentes, fundamentadas na aversão ao paternalismo médico, bem como, na busca de um cuidado centrado no paciente, aliado ao movimento dos direitos civis nos Estados Unidos da América (EUA). Os movimentos

liberais, antirracista, feminista e hippie, e a contestação dos pacientes em hospitais psiquiátricos, além dos movimentos de direito do consumidor, trouxeram a obrigação ética jurídica de respeito à autodeterminação (ANNAS, 2004).

Nos EUA, atualmente os direitos dos pacientes estão pautados na lei. Os doentes têm o direito ao respeito, a confidencialidade, a privacidade, a obter seus registros (prontuário clínico), a escolher e/ou recusar tratamentos, ao consentimento informado³ entre outros (TORREY, 2022).

Na Europa, os países pioneiros na formulação e na adoção de legislação específica foram Finlândia, Holanda e Hungria (EUROPEAN COMMISSION, 2016). Em 1994, sob a égide da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi proclamada a Declaração para a Promoção dos Direitos dos Pacientes. A norma definiu um marco comum de princípios para promover os direitos do paciente, no contexto de reforma sanitária pela qual passavam a maioria dos países europeus. A atual Carta Europeia de Direitos do Paciente (*Patients' Rights in the European Union*), datada de 2002, reforçou a proteção, constituindo-se como ferramenta de harmonização do cuidado digno nos sistemas sanitários dos diversos países membros da União Europeia (UE) (ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK GROUP, 2002).

Em 2016, a UE tornou público o Relatório Europeu de Direitos dos Pacientes: exercício de mapeamento (*Patients' Rights in the European Union — mapping exercise*). O documento fornece uma visão geral dos direitos dos pacientes nos Estados-membros, mapeando as legislações nacionais, estruturas e procedimentos de garantia. O relatório apontou que apenas Áustria, Bulgária, Irlanda, Itália e Malta — dos trinta países membros — não tinham legislação específica sobre o tema (EUROPEAN COMMISSION, 2016).

Na busca de promover os direitos dos pacientes, a *Active Citizenship Network* criou o dia europeu dos direitos dos pacientes, comemorado em 18 de abril anualmente (EUROPEAN PATIENT' FORUM, 2022).

A América Latina ainda é marcada por muitos regimes autoritários de governo, favorecendo a prática do paternalismo na atenção à saúde (PFEIFFER, 2020). Os direitos dos pacientes nos países latinos foram influenciados pela elaboração da Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos, adotada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência

³ Consentimento informado: autorização voluntária dada por um paciente ou sujeito da pesquisa, com total compreensão dos riscos envolvidos nos procedimentos diagnósticos ou investigativos e para tratamentos médicos ou cirúrgicos. Termos alternativos: *informed consent*, consentimento livre e esclarecido, autorização consciente, consentimento consciente, consentimento esclarecido (Descritores em Ciências da Saúde - <https://decs.bvsalud.org/>).

e a Cultura (UNESCO) em 2005. A maioria das nações, contudo, não apresenta cultura de direitos do paciente. As legislações são esparsas e poucos países apresentam lei específica. Os países que possuem os direitos contemplados por lei são Equador, Chile, Costa Rica, El Salvador, Argentina e Uruguai (PFEIFFER, 2020; ALBUQUERQUE, 2020).

No Brasil não existe legislação nacional sobre direitos do paciente. A constituição do direito à saúde ocorreu tardiamente, por meio de um longo e progressivo processo de reconhecimento de direitos pela população, a partir da Constituição de 1988 (VARGAS, 2020). A Carta de Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde, Portaria n.º 1.820, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e publicada em 2009 (BRASIL, 2009). Essa norma, contudo, é apenas um ato administrativo, não tem força de lei. Alguns Estados da Federação possuem leis específicas, que tratam de alguns direitos e têm alcance limitado (LUCENA; ALBUQUERQUE, 2021).

Alguns argumentos justificam o atraso no desenvolvimento dos direitos do paciente no País, a saber: o modelo de atenção à saúde que impera no Brasil é o médico. Nesse modelo a assistência sanitária tem como base a doença e a relação clínica é paternalista havendo pouca ou nenhuma reivindicação da sociedade civil no que tange aos direitos do paciente; há uma visão consumerista na relação profissional de saúde paciente, sustenta o código de defesa do consumidor como ferramenta para lidar com os conflitos nos cuidados em saúde; a alguma ênfase no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) aos direitos dos usuários, contudo ainda há uma confusão entre o que seja usuário e paciente (ALBUQUERQUE, 2020).

Há, todavia, um projeto de lei sobre o tema tramitando no Congresso Nacional. O PL n.º 5.559, de 2016, dispõe sobre os direitos do paciente e dá outras providências. Essa lei mudaria o paradigma atual da saúde brasileira, enaltecendo o modelo de atenção à saúde centrado no paciente, com foco na tomada de decisão compartilhada entre profissionais e paciente (BRASIL, 2016).

É notório que os direitos do paciente são ferramentas de materialização da dignidade humana, do valor intrínseco de cada indivíduo e da igualdade moral fundamental de todos os seres humanos (ALBUQUERQUE, 2016). Dessa maneira, a dignidade é um construto multidimensional que consiste em percepções, conhecimentos e emoções relacionadas à competência ou respeito, representando um valor universal decorrente da própria essência da humanidade, sendo um aspecto importante da qualidade de vida (KISVETROVÁ *et al*, 2022).

A dignidade refere-se a uma dimensão especial de valor, fundamentado em um conjunto de propriedades pertencentes ao sujeito, relacionada ao reconhecimento do próprio valor, no qual o indivíduo se sente competente e capaz de tomar decisões. O cuidado digno é assegurado quando o paciente é tido como foco do cuidado e tem reconhecida a sua autonomia pessoal (FRANCO, 2021).

2.2 O DIREITO DE ESCOLHA DO PACIENTE (AUTONOMIA PESSOAL)

O direito de escolha do paciente consiste no poder de decidir sobre sua vida e sua saúde tendo como base a própria biografia (MARCHI; SZTAJN, 2009). Esse direito tem como base a capacidade individual de autodeterminação⁴ a partir de convicções pessoais (UGARTE; ACIOLY, 2014).

O paciente não deve ser considerado incapaz pelo fato de realizar escolhas contrárias ou diferentes do ponto de vista da equipe de saúde. A decisão deve ser respeitada, mesmo que na convicção da equipe não atenda aos melhores interesses do paciente (LUCENA; ALBUQUERQUE, 2021; LIPORACI; SANTOS; MAGRINI, 2019). Cabe ao profissional de saúde apoiar o paciente no processo decisório, fornecendo informações baseadas nas melhores evidências científicas, verificando se o doente compreendeu os dados e promovendo condições para tomada de decisão (GOOLD; HERRING, 2018).

A informação, a competência — para entender as informações — e a liberdade — para escolher — são condições essenciais para que a autonomia ocorra (FREITAS, 2008). O doente pode ser considerado vulnerável quando não tem informações adequadas ou tem limitações relacionadas a seu quadro de saúde que o impeçam de participar do processo decisório (ARAÚJO; LINS-KUSTERER; VERDIVAL, 2022).

O consentimento informado é uma das ferramentas que materializam a autonomia do paciente (SHIRLEY, 2007). O indivíduo não pode exercer ação autônoma caso não esteja devidamente orientado sobre os objetivos e as consequências da ação. A informação deve ser clara e em linguagem acessível e as perguntas, quando necessárias, devem ser encorajadas. É importante ressaltar também que sem compreensão não há autonomia (MARCHI, 2009; UGARTE; ACIOLY, 2014).

O consentimento informado expressa a vontade do doente, manifestação do indivíduo capaz, que recebeu a informação necessária, entendeu o que lhe foi dito e tomou uma decisão,

⁴ Autodeterminação: liberdade de dirigir a si mesmo e especialmente independência moral. Um princípio ético defende que a autonomia deve ser respeitada. Termos alternativos: *personal autonomy*, autonomia pessoal, autonomia, livre-arbítrio (Descritores em Ciências da Saúde -<https://decs.bvsalud.org/>).

sem qualquer influência (indução ou intimidação) (CASTRO *et al*, 2020; UGARTE; ACIOLY, 2014; MARCHI; SZTAJN, 2009). Desta forma, o consentimento representa a valorização da autonomia do paciente e o enfraquecimento do modelo paternalista (ARAÚJO; LINS-KUSTERER; VERDIVAL, 2022).

O processo de consentimento informado, não pode ser resumido a assinatura de um documento, trata-se de um processo construído com base na relação de confiança estabelecida entre profissional e paciente, podendo ou não vir acompanhando de um termo assinado (ARAÚJO; LINS-KUSTERER; VERDIVAL, 2022).

O Código de Ética Médica, artigos 22, 31 e 34, referem que o médico não pode executar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos sem o devido e adequado esclarecimento do paciente, com finalidade de obter o consentimento, salvo, se houver iminente perigo de vida (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Já o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no artigo 50, deveres, aborda que o profissional deve assegurar a prática profissional mediante o consentimento prévio do paciente, representante legal, ou decisão judicial. No artigo 77, proibições, informa que não é permitido executar procedimentos ou participar de assistência à saúde sem o consentimento formal da pessoa, ou de seu representante ou responsável legal, exceto em iminente risco de morte (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

O consentimento informado escrito está indicado no caso de procedimentos invasivos ou que representem riscos à vida. Na prática clínica ordinária, qual seja: consultas, exames laboratoriais, administração de medicamentos, punção de acesso venoso periférico, o consentimento verbal do paciente deve ser registrado em prontuário clínico (SOUSA; GRANJA; LIMA, 2021). A autorização para práticas clínicas assistenciais se dá verbalmente e o profissional de saúde, dentre eles o enfermeiro, deve registrar as orientações emanadas ao paciente, o pedido de permissão para realizar a intervenção e a autorização ou não do paciente (SOUSA; GRANJA; LIMA, 2021).

Outra ferramenta que materializa a autonomia do paciente são as diretivas antecipadas de vontade (DAV). As DAV são um grupo de documentos de manifestação prévia de vontade para cuidados e tratamentos no final da vida (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013). Outras denominações são: testamento biológico, testamento vital, diretivas antecipadas, declaração antecipada da vontade, vontades antecipadas (MONTEIRO; JUNIOR, 2019).

A resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) define como diretivas antecipadas de vontade o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que o paciente deseja ou não receber quando estiver incapacitado de

expressar, livre e autonomamente, sua vontade (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

O objetivo das DAV é alcançado quando traduz com clareza as vontades e preferências do seu autor, estando este bem orientado sobre o curso previsível de determinadas enfermidades, as possibilidades de sobrevivência, as sequelas, entre outros. De modo a possibilitar a avaliação adequada das situações antes de elaborar e concretizar o documento (BERMEJO; BELDA, 2015). Nesse contexto é primordial a comunicação empática entre o autor e sua rede de apoio (BANERJEE, 2020).

As DAV são atos personalíssimos e revogáveis. Existe a recomendação de que seja um documento escrito, no formato de escritura pública, realizado por um sujeito capaz de manifestar suas vontades (CLAUDINO, 2015; MONTEIRO; JUNIOR, 2019).

As DAV surgiram em 1967, nos EUA, em resposta aos desafios de tomar decisões no final da vida (PÉREZ; MACCHI; AGRANATTI, 2013). Despontaram como instrumento de autodeterminação do paciente para garantia do respeito à autonomia e à privacidade, servindo como amparo ético e legal para a equipe de saúde no processo de tomada de decisão no final da vida, principalmente, quando o doente está incapacitado para se expressar (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013).

Na Europa alguns países aderiram às DAV. A Espanha as adotou no ano 2000, seguida por Holanda e Portugal (DADALTO, 2013). Na Espanha há um sistema informatizado, no qual a comunicação é interligada, permitindo o compartilhamento das DAV com o sistema público de saúde. Isso possibilita a consulta aos desejos do paciente relativos ao final da vida e efetivação da autonomia pessoal do doente (SILVA; CRIPPA; BONHEMBERGER, 2021).

Na América Latina os países que possuem legislação consolidada são: Porto Rico, Argentina, México, Uruguai e Colômbia. Nessas nações as DAV são instrumentos elaborados por pessoas maiores de idade com pleno gozo de suas capacidades mentais (MONTEIRO; JUNIOR, 2019).

No Brasil as DAV são pouco conhecidas ou usadas (GUIRRO, 2022; MEZZOMO; OUTEIRO, 2021). Existe um projeto de lei no Senado que dispõe sobre as DAV (BRASIL, 2018), porém ainda não há legislação sobre o assunto no País. No âmbito infralegal existe a Resolução n.º 1.995/2012, do Conselho Federal de Medicina que aborda as DAV (CLAUDINO, 2015).

A falta de legislação nacional referente às DAV coloca o enfermeiro em uma posição delicada, não possuindo respaldo legal para a ação profissional. Soma-se a isso a falta de

conhecimentos sobre o tema, tanto no meio profissional quanto social, além da formação voltada para a preservação da vida, e do uso da ferramenta estar relacionado ao final da vida, assunto que pode gerar conflitos tornando a comunicação difícil revelando os desafios ético-legais de utilização das DAV (SILVA *et al.*, 2019). Para suprir essas dificuldades se faz necessária a sensibilização da sociedade para a sua importância e a instrumentalização e a capacitação dos profissionais de saúde para colocá-la em prática (HASSEGAWA, 2019).

Deve ficar claro que a existência de reserva legal por si só não extingue os conflitos ético-legais, mas os minimiza (SAIORON *et al.*, 2017). Em suma, as DAV possibilitam a manutenção da qualidade de vida. A aplicação auxilia na tomada de decisões terapêuticas e propicia a redução de conflitos no âmbito da saúde.

2.3 DIREITO DE ESCOLHA DO PACIENTE NA RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE

Relacionamentos consistentes e confiáveis permitem que os enfermeiros auxiliem pacientes e famílias a compreender informações complexas, ajudando a tomar decisões difíceis (WILSON *et al.*, 2020). O cuidado prestado pelo enfermeiro é desenvolvido por meio das experiências de vida individuais, sendo demonstrado por princípios comportamentais. O conhecimento profissional, a responsabilidade e a reflexão são condições para a expressão da dignidade (FRANCO, 2021). A assistência à saúde centrada na pessoa garante o cuidado com base no respeito e na escolha e deferência à cultura e ao sistema de valores dos envolvidos (ALBUQUERQUE, 2020; NEGARANDEH *et al.*, 2006).

Os enfermeiros são profissionais que trabalham em prol dos direitos do paciente. Possibilitam o acesso às informações sobre benefícios e riscos associados ao tratamento, o que é essencial para que os doentes participem do processo de tomada de decisão e forneçam o consentimento informado (VAARTIO-RAJALIN; LEINO-KILPI, 2011). Os pacientes têm direito de tomar decisões em relação ao plano de cuidados (FARMER; LUNDY, 2017). A participação ativa do doente no diálogo é o meio ideal para alcançar uma assistência de enfermagem com excelência (FOUNTOUKI; SANCHEZ; THEOFANIDIS, 2020).

O vínculo é conquistado por meio da escuta, capacidade de ouvir o outro (CHANG, 2020). Escutar o paciente previne o emprego de tratamentos e de medidas desnecessárias e desconfortáveis, principalmente no final da vida (PERETTI-WATEL *et al.*, 2008). A habilidade de comunicação é competência indispensável ao enfermeiro, pois esse é um agente

ativo no processo comunicativo de informações no âmbito da saúde (MING *et al.*, 2019; CHANG, 2020; FOUNTOUKI; SANCHEZ; THEOFANIDIS, 2020).

O protagonismo do paciente nos processos decisórios da área também se baseia na habilidade de comunicar-se, de compreender as informações transmitidas pelos profissionais, além da possibilidade de raciocinar e de deliberar sobre suas escolhas, de acordo com seus valores e metas (TREVIZAN *et al.*, 2002). A comunicação efetiva permite a prestação de cuidados individualizados baseados no respeito mútuo, na colaboração e na deliberação conjunta (LUZ, 2019).

O equilíbrio entre os direitos do doente e a realidade assistencial é muitas vezes garantido pelo enfermeiro que atua como defensor do paciente, garantindo o respeito à dignidade e à autonomia. O desenvolvimento de profissionais para essa atuação se dá por meio da educação e os líderes organizacionais devem apoiar essa capacitação (RAMOS *et al.*, 2018).

O conhecimento e o domínio da área que atua capacitam o enfermeiro a influenciar a equipe de saúde com argumentos que efetivem a defesa do paciente. Noções de leis, de políticas e de relações sociais, com foco no cuidado e nos direitos, bem como educação continuada, boa interação com os outros profissionais também auxiliam para que a representação do doente ocorra de forma mais eficaz e menos conflituosa (RAMOS *et al.*, 2018).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de caso único. Os estudos de caso (EC) são uma das modalidades de pesquisa adotada nas ciências sociais. São o método preferencial em situações nas quais as principais questões da investigação são “como” e “por quê” e o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre os eventos comportamentais avaliados (YIN, 2015).

Os EC investigam fenômenos contemporâneos em seu contexto real, especialmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes. A coleta de dados pode incluir triangulação. Os EC incluem casos únicos ou múltiplos, podendo ser limitado a evidências quantitativas ou incluir informações qualitativas, sendo um método útil para fazer uma avaliação (YIN, 2015).

No presente estudo foi adotada a triangulação de dados por meio de revisão de escopo, entrevista e levantamento de dados em prontuário clínico (SANTOS *et al.*, 2020; YIN, 2015).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi ambientada na UCM do HUB. Esse é o hospital escola da Universidade de Brasília (UnB). Está localizado no Plano Piloto, na Asa Norte, no Distrito Federal (DF) e presta assistência pública, universal, integral e equânime ao paciente, junto ao ensino, a pesquisa e a extensão.

O HUB possui 203 leitos operacionais ativos e realiza, em média, 19 mil consultas em 40 especialidades ambulatoriais por mês. Atualmente é administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Empresa pública vinculada ao Ministério da Educação (MEC) do Brasil, com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino ou congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública (TORRES; LOPES; COSTA, 2019).

De acordo com os critérios da EBSERH, o HUB é classificado como uma unidade de médio porte, com pronto-socorro adulto e pediátrico referenciados, centro cirúrgico central e ambulatorial, centro obstétrico, áreas de internação clínica, cirúrgica, pediátrica, maternidade, unidade coronariana, de transplantes e de cuidados semi-intensivos e intensivos adulto e neonatal (TORRES; LOPES; COSTA, 2019). Em 2017 houve a contratualização por cobertura do HUB com a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), pelo qual é prestado serviço nos níveis secundário e terciário em atenção à saúde e na integração ensino-serviço para a região leste de saúde (Paranoá, São Sebastião e Itapoã) do DF. O HUB também faz cobertura de outros territórios do DF e entorno, consoante a demanda e a capacidade do hospital (DISTRITO FEDERAL, 2017).

A unidade de clínica médica do HUB foi escolhida por ser a unidade de internação com maior taxa de ocupação e maior tempo de permanência do paciente. A estadia mais longa do doente permite um maior tempo de convivência com o enfermeiro, possibilitando, no caso, conhecer como se dá a relação enfermeiro-paciente em profundidade. Outro fator importante para escolha deste local, se deve ao fato de a unidade fornecer atendimentos com diferentes níveis de complexidade assistencial, recebendo pacientes com diferentes necessidades, requerendo assistência de enfermagem permanente e especializada, permitindo diferentes formas de cuidados e demonstrando a complexidade da assistência prestada pelo enfermeiro.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O público-alvo da pesquisa foram enfermeiros assistenciais, da UCM, do HUB. Foram incluídos na investigação pessoas graduadas em enfermagem, com contrato efetivo para exercer a função de enfermeiro e com atuação direta no cuidado ao doente (área assistencial) há pelo menos 4 meses. Foram excluídos da pesquisa profissionais que estavam em gozo de férias ou licenças na época da coleta de dados e os que não aceitaram participar da investigação.

Atenderam aos critérios de inclusão 14 enfermeiros. Desses, 2 se recusaram a participar da pesquisa, assim 12 profissionais compuseram a população estudada.

3.4 REVISÃO DE ESCOPO

Inicialmente foi realizada uma revisão de escopo com intuito de conhecer o objeto da investigação. Buscou-se compreender quais eram as melhores evidências científicas de que enfermeiros respeitavam os direitos do paciente na relação enfermeiro-paciente.

A Revisão de escopo seguiu recomendações do *Joanna Briggs Institute* (PETERS *et al.*,2020) e do *PRISMA Extension for Scoping Reviews* (TRICCO *et al.*, 2018) e envolveu seis bases de dados indexadas e documentos obtidos de organizações, nacionais e internacionais, que visam proteger os direitos do paciente.

Para identificação da questão de pesquisa, utilizou-se a estratégia PCC, sendo P (População) – Enfermeiros e Pacientes; C (Conceito) – direitos do paciente; e C (contexto) – relação enfermeiro-paciente (PETERS *et al.*,2020). Com a elaboração da pergunta da investigação, foram identificadas os descritores que permitiriam captar artigos capazes de respondê-la, a saber: Direitos dos pacientes - (“Patient Rights ” OR “Patient Advocacy” OR “Right to Treatment” OR “Right to Treatments” OR “Patients' Rights”); Relação enfermeiro-paciente (“Nurse-Patient Relations” OR “Nurse Patient Relationship” OR “Nurse Patient Relationships” OR “Professional-Patient Relations” OR “Professional Patient Relationship” OR “Contacting Client ”).

As bases de dados consultadas foram *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scopus, *Web of Science*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (Pubmed). Foram realizadas associações dos descritores com os operadores booleanos AND e OR, com o intuito de refinar a busca e acessar a maior quantidade de artigos sobre o tema. A estratégia de busca foi desenvolvida com a colaboração de um bibliotecário de uma biblioteca de uma universidade pública da região Centro Oeste do Brasil, o Fluxograma PRISMA do

processo de seleção dos artigos e dos documentos incluídos na revisão a partir da busca nas bases de dados e em outras fontes de informação encontra-se no apêndice I.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos publicados em periódicos indexados nas bases de dados pesquisadas, que contemplassem no título e/ou no resumo e/ou nos descritores as expressões *Patient Rights* e/ou *Patient advocacy* e/ou *Nurse-Patient Relations*, em inglês, espanhol e português, disponíveis em texto completo *on line*, no período janeiro de 2002 a junho de 2022. O lapso temporal inicial se refere a mudança do descritor, a expressão *Patient Rights* surgiu no ano de 2002. O descritor utilizado anteriormente nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e Medical Subject Headings (MeSH) era *Patient Advocacy* (1974-2001). Com objetivo de captar um maior número de artigos, no entanto, os dois descritores foram utilizados.

Adicionalmente, alguns documentos foram acessados e incorporados pois constavam das referências dos artigos selecionados ou foram obtidos por outros métodos, como: pesquisa de textos em *websites* de organizações nacionais e internacionais que visam a proteção dos direitos do paciente e levantamento de documentos e de informações sobre direitos do paciente emanadas por órgãos representativos da enfermagem e dos enfermeiros no Brasil e no mundo (PAGE *et al.*, 2021).

3.5 ENTREVISTA

Na segunda fase da pesquisa foi empregada uma entrevista em profundidade com enfermeiros da UCM, do HUB. As perguntas norteadoras constam do Apêndice II. As entrevistas foram gravadas em audiovisual após o profissional receber todas as informações sobre o estudo e optar por participar assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e o termo de cessão de uso de imagem e som (Apêndices III e IV). Os participantes também responderam a um questionário auto aplicado, que buscava constituir o perfil dos entrevistados (Apêndice V). Esse instrumento continha perguntas relacionadas a gênero, idade, tempo de formação, pós-graduação, tempo de serviço na unidade, período de trabalho na unidade, além dos conhecimentos e atualizações sobre ética e bioética.

O contato com os profissionais ocorreu durante o expediente de trabalho, em momentos de pausa ou descanso. O convite para participar da pesquisa foi verbal, após explanação das informações sobre o teor da investigação (objetivos, justificativa e método). Foi adotado um caderno de anotações no qual foram registradas características, facilidades e dificuldades da entrevista e a percepção da pesquisadora sobre o participante e o momento da interação.

As entrevistas foram conduzidas, nos meses de janeiro a março de 2022, pela pesquisadora, segundo a disponibilidade de data e horário do entrevistado. Foi selecionada uma sala reservada de forma a garantir a privacidade dos participantes.

A coleta de dados da presente pesquisa foi realizada em vigência da pandemia de Covid-19. Assim, respeitando as medidas de distanciamento social segundo as orientações dos órgãos públicos, os entrevistados e a pesquisadora mantiveram uma distância mínima de 2 metros e utilizaram durante todo o período de entrevista equipamentos de proteção individual. Foi disponibilizado álcool em gel a 70%, sendo todos os materiais utilizados devidamente higienizados com solução antisséptica.

Os nomes dos participantes foram substituídos no texto ou nas citações por um código de dado a cada entrevistado segundo a profissão, ENF- enfermeiro, seguido pelo número da sequência de realização da entrevista, ENF 1, ENF 2, ENF 3 e assim sucessivamente.

A gravação das entrevistas foi realizada em áudio com auxílio de um aparelho telefônico móvel. Os dados foram armazenados no *Google Drive*. As gravações foram transcritas inserindo-se os arquivos de áudio em um programa de computador, o *VLC media player*. Esse é um software reprodutor de multimídia livre, de código aberto. O programa permitiu ajustar as configurações, podendo aumentar ou diminuir a velocidade de reprodução do áudio, assim foi possível descrever com clareza as falas. Foram excluídos trechos inaudíveis e maneirismos repetidos da fala. As falas foram organizadas diferenciando-se a do entrevistado e a da pesquisadora. A transcrição das falas gerou um corpus textual.

3.6 COLETA DE DADOS DOCUMENTAIS

Na terceira fase da pesquisa, foi realizada a busca de informações documentais sobre a relação clínica enfermeiro-paciente, na UCM, no HUB. Esses dados foram obtidos por meio dos registros (anotações e evoluções) dos enfermeiros constantes no prontuário eletrônico dos pacientes internados.

A coleta de informações ocorreu nos meses de junho e julho de 2021, incluindo, os prontuários de doentes com internações acima de 7 dias. Esse tempo permitiu uma análise mais aprofundada da relação enfermeiro-paciente. Foram analisados os prontuários dos pacientes internados, de setembro de 2020 a março de 2021, totalizando 8.865 registros de enfermeiros. Como a pesquisa não teve por objetivo a obtenção de informações dos doentes individualmente, mas da relação entre enfermeiros e pacientes enquanto grupo, foi solicitado ao Comitê de Ética

em Pesquisa (CEP) a dispensa do TCLE dos doentes individualmente. Contudo, foi solicitado a autorização do Diretor do HUB, o fiel guardião das informações contidas nos prontuários dos pacientes da instituição (Apêndice VI).

Os registros de enfermagem são documentos nos quais os enfermeiros informam as avaliações, intervenções e ocorrências sobre a evolução clínica dos pacientes e a assistência prestada. Esses documentos, que constam do prontuário do paciente, incluem todas as atividades realizadas pela equipe de enfermagem durante o turno de trabalho (PADILHA; HADDAD; MATSUDA, 2014).

Na escolha das palavras e expressões-chave utilizadas na busca em prontuário, utilizou-se os descritores envolvidos para a busca de textos da revisão de escopo e um levantamento de termos relacionados, por meio do DeCS, da BVS e do *Medical Subject Headings* (MeSH) da *National Library of Medicine*. Assim como as palavras e expressões que apareceram na Classificação Hierárquica Descendente (CHD) fornecida pela análise das entrevistas realizada pelo Programa Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ).

As palavras pesquisadas foram: abrir, acabar, aceito, aceitou o tratamento, advocacia, anotação, aplicar, aqui, assim, assistência, autonomia, barreira, bem, bom paciente, caso, chegar, clínica, código de ética, comunicação confia, confiança, confiar, consciente, conseguir, consentimento, considerar, conversa, cuidado, curativo, defesa do paciente, demais, depois, determinado, dialogar, dignidade/digno, direito do paciente, direito, dor, enfermagem, enfermeiro, entender, equipe, escolher, escrever, estimular, estratégia, ética deontológica, evolução, exame, ficar, gerar, informar, liberdade de escolha, mal, maternalismo, médico, medo, melhor, melhorar, momento, nada, olhar, opinião, orientação, orientar, partir, paternalista, pedir permissão, pedir, perceber, permissão, ponto, preferir, privacidade, procedimento, profissional, querer, questão, questionamento sobre o tratamento, questionar, realizar, recusar tratamento/procedimento, recusar, relação de confiança, relacionamento enfermeiro-paciente, relacionamento, resolver, respeito, segurança, seguro, sentir, termo, tomada de decisão, tornar, trabalho, vir.

Considerando tratar-se de 8.865 registros de enfermagem, a busca por meio da leitura natural dos registros se mostrou pouco produtiva. Para vencer essa dificuldade foi criado um motor de busca semelhante a ferramentas de busca tradicionais da internet com as seguintes características:

1. Os textos dos registros dos enfermeiros foram decompostos em palavras das quais foram extraídos os radicais, possibilitando que as palavras-chave fossem encontradas mesmo quando estivessem flexionadas de maneira diferente daquela pesquisada no motor de busca.
2. Os registros e as palavras contidas foram indexados em um banco de dados. O que significa dizer que, para cada registro foi designado um código em ordem crescente e para cada termo dentro do registro, também foi dado um código em ordem crescente. Dessa forma, sempre que colocada uma expressão no motor de busca, era possível identificar em quais registros ela se encontrava, a que distância a expressão se encontrava do início do texto, qual a frequência das palavras em cada registro, e, sobretudo, a distância que as palavras de uma mesma consulta guardam entre si. Essas funcionalidades permitem simular a linguagem natural, uma vez que quando uma expressão inicia um texto ou se repete é provável que o contexto diga respeito a ela. Também, quando duas palavras são dispostas perto uma da outra, é provável que seus significados estejam relacionados. A fim de ilustrar essa característica pode-se analisar as palavras “gato” e “preto” nos textos seguintes:

1. “o gato é preto”.

2. “Eu vi um gato passar embaixo de uma escada preta”.

Percebe-se que, na primeira frase, que as palavras gato e preto estão relacionadas, enquanto na segunda elas não se relacionam.

3. Assim, cada vez que uma palavra ou expressão foi lançada no motor de busca, ela foi pesquisada no total de registros (8.865) indexados no banco de dados, e, quando encontrada, eles foram apresentados de forma ranqueada pelos critérios acima mencionados. O motor de busca gerou um arquivo em formato “.doc” para leitura. Essa ferramenta de busca permitiu a avaliação completa de todos os registros de enfermagem com pouco dispêndio de tempo, acelerando essa fase da pesquisa.

O motor de busca utilizou programação em linguagem *Python* e *Structured Query Language* (SQL). Foram utilizados softwares e frameworks gratuitos, quais sejam: *Spyder*, *MySQL*, *Pymysql*, *RE*, *Docx* e *Natural Language ToolKit* (NLTK). Evidentemente a descrição ora realizada resume o algoritmo de programação criado especificamente para esta pesquisa,

por especialista em informática. Os detalhes do funcionamento fogem ao escopo deste documento (BIRD, 2009; MYSQL 4.1, 2006; SWEIGART, 2015).

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para a revisão de escopo, os textos foram identificados nas fontes de informação selecionadas por dois pesquisadores independentes. Em todas as fases da revisão no caso de dúvidas, um terceiro avaliador foi acionado para auxiliar na seleção. A triagem dos estudos foi realizada por meio de leitura criteriosa de títulos e de resumos, a fim de verificar se os trabalhos se ajustavam à seleção final, atendendo aos critérios de inclusão mencionados anteriormente. Para a seleção final, foram escolhidos artigos que apresentaram evidências científicas sobre o respeito aos direitos do paciente na relação enfermeiro-paciente. As etapas finais de extração e de delimitação das informações relativas às evidências foram realizadas por meio da análise descritiva. A análise do conteúdo das informações permitiu agrupá-las em categorias temáticas.

As entrevistas foram analisadas e categorizadas com auxílio de software IRAMUTEQ versão 0.7 Alpha 2 2014.

O software, utilizado no Brasil desde 2013, possibilita a associação de segmentos de texto considerados relevantes, o agrupamento das palavras estaticamente significativas, a sugestão de categorias e temas relevantes e a análise qualitativa dos dados. Além disso, permite análises estatísticas textuais clássicas, classificação hierárquica descendente, análise de similitude, nuvem de palavras e pesquisa de especificidades de grupos (CAMARGO; JUSTO, 2016).

A transcrição das entrevistas gerou um corpus textual, que possibilitou a primeira análise, descrevendo as características principais do corpus textual. Destas se destacaram o número de textos contidos no corpus e os segmentos de textos. Em seguida foram enumeradas as ocorrências, referindo-se à quantidade total de palavras e o número de formas. O programa gerou uma nuvem de palavras, trazendo-as de forma hierarquizada visualmente por meio da representação gráfica em função da frequência das palavras.

A segunda análise permitiu o tratamento estatístico do corpus textual, a Classificação Hierárquica Descendente (CDH). Essa análise classifica os segmentos de texto de acordo com o vocabulário. O programa gera classes de segmentos textuais, apresentados em diferentes interfaces gráficas. O IRAMUTEQ processa os dados fornecendo informações ao pesquisador que posteriormente os interpreta transformando-os em conhecimento.

Os registros dos enfermeiros obtidos no prontuário clínico foram separados em um banco de dados e analisados na perspectiva do respeito às escolhas do doente no processo de tomada de decisão em saúde, no contexto da relação enfermeiro paciente. Finalmente comparou-se as informações obtidas com a revisão de escopo, a análise das entrevistas e dos registros dos enfermeiros.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Em cumprimento a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, este projeto foi submetido e aprovado pelo CEP da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, sob o parecer consubstanciado de número 39892320.5.0000.5558 (Anexo I).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 —REVISÃO DE ESCOPO

Identificaram-se na busca nas bases de dados 2.314 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão, a amostra analisada, obtida por esse meio, contou com 35 estudos. O levantamento das referências dos artigos incluídos e a busca de textos em *websites* de organizações nacionais e internacionais que visam a proteção dos direitos do paciente e de informações sobre direitos do paciente emanadas por órgãos representativos da enfermagem e dos enfermeiros no Brasil e no mundo permitiu obter 10 documentos.

Os 35 artigos e os 10 documentos foram organizados em quadros bibliográficos (Apêndice VII e VIII), contendo ano e país de publicação, título do artigo ou do documento e categorização. Os artigos e os documentos foram agrupados em quatro categorias temáticas, a saber: 1) direitos do paciente: significado do conceito, 2) ferramentas que materializam os direitos do paciente, 3) características dos enfermeiros e da relação enfermeiro-paciente que indicam que esses profissionais respeitam os direitos dos pacientes e 4) correntes de pensamento ético que embasam a atuação dos enfermeiros.

A revisão de escopo permitiu constatar que os enfermeiros respeitam os direitos do paciente no contexto da relação enfermeiro paciente. As evidências mapeadas apontaram que essa ação se materializa quando o enfermeiro obtém o consentimento informado para as intervenções e cuidados prestados, quando respeita as diretivas antecipadas de vontade no processo de morte e morrer e, principalmente, quando realiza a defesa do paciente, ou seja, quando protege os interesses e os direitos do doente junto a equipe de saúde ou mesmo perante a família e o cuidador.

4.2 — CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E DISCUSSÃO DO PERFIL DO ENTREVISTADOS

A caracterização da amostra de entrevistados constitui-se de três perfis: demográfico, considerando gênero e idade (Tabela 1), formação e atuação profissional, cujas variáveis são: tempo de formação, pós-graduação, tempo de atuação no HUB, turno de trabalho na UCM, e outro vínculo empregatício (Tabela 2) e conhecimentos em ética e/ou bioética (Tabela 3).

4.2.1 - PERFIL DEMOGRÁFICO

A população de enfermeiros estudada é composta, em sua maioria, por mulheres. A Tabela 1 apresenta as frequências absolutas e relativas das variáveis gênero e faixa etária.

TABELA 1 – PERFIL DEMOGRÁFICO. BRASÍLIA-DF, 2022.

Característica	Frequência	%
Gênero		
Mulher	9	75
Homem	3	25
Idade		
26 a 35	3	25
36 a 45	9	75

FONTE: O autor (2022).

A constituição predominantemente feminina da população estudada, corrobora pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 2017, que traçou o perfil da enfermagem no Brasil. O estudo observou que os enfermeiros compõem 23% da força de trabalho da categoria no País e que essa profissão é predominantemente feminina, formada por 86,2% de mulheres e 13,4% de homens (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ; COFEN, 2017). Existe, no entanto, uma entrada crescente de homens na profissão (MACHADO, 2016).

O surgimento da enfermagem se deu na prestação de serviços de ordem religiosa. O ato de cuidar foi associado à figura da mulher, como as atividades do lar, a atenção às crianças, aos doentes e aos idosos (GEOVANINI, 2018). O cuidado e a enfermagem sofreram grande influência do cristianismo, muitos cristãos, mulheres e homens, tinham como missão cuidar dos pobres e doentes (PEREIRA, 2011). Nas guerras, os homens exerciam o papel de enfermeiro quando não podiam atuar nos campos de batalha, sendo essa realidade considerada um castigo (BARBOSA et al., 2009). Isso demonstra que os homens também têm trabalhado no processo de cuidar em enfermagem desde a antiguidade, exercendo o atendimento enquanto curandeiros

e sacerdotes nas sociedades primitivas (SALES *et al.*, 2018). A profissão foi construída numa realidade acompanhada por conceitos, estereótipos e preconceitos, que acabaram influenciando o processo de inserção de homens na enfermagem (SALES *et al.*, 2018). A profissão era vista no âmbito caritativo e doméstico, sem remuneração (LOMBARDI; CAMPOS, 2018). Atualmente, com a valorização da enfermagem, com a profissionalização, a formalização dos conhecimentos por meio de formações e capacitações específicas, assim como a melhoria da remuneração, tem favorecido o crescimento e a inserção de homens na profissão (GEOVANINI, 2018).

No Brasil, 45% dos enfermeiros são adultos jovens, na faixa etária de 26 a 35 anos. Enquanto a parcela entre 36 e 50 anos representa um contingente de quase 35% e apenas 2% têm mais de 61 anos (FIOCRUZ; COFEN, 2017). Na presente pesquisa, a faixa etária da população estudada não acompanha as características da população de enfermeiros do País, de forma que, verificou-se 75% dos enfermeiros na faixa etária dos 36 a 45 anos, enquanto 25% estavam na faixa etária de 26 a 35 anos.

4.2.2 - PERFIL DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATUAÇÃO NO HUB

No que se refere ao perfil de formação profissional, a análise descritiva é apresentada na Tabela 2.

TABELA 2 – PERFIL DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATUAÇÃO NO HUB. BRASÍLIA-DF, 2022.

Característica	Frequência	%
Tempo de formação		
Menor que 5 anos	3	25
6 a 10 anos	1	8,3
11 a 15 anos	4	33,3
16 a 20 anos	3	25
Não responderam	1	8,3
Pós - graduação		
Possui	10	83,3
Não responderam	2	16,6
Turno de trabalho		
Diurno	8	66,6
Noturno	4	33,3
Tempo de atuação no HUB		
Menor que 2 anos	5	41,6
3 a 4 anos	4	33,3
5 a 6 anos	1	8,3
Maior que 6 anos	2	16,6
Ter outro vínculo		
Possui	3	25
Não possui	9	75

FONTE: O autor (2022).

A maioria dos entrevistados possuía mais de 10 anos de conclusão da graduação (58.3%). Essa característica difere do perfil nacional dos enfermeiros, no qual 42,8% apresentaram mais de 10 anos de formação (FIOCRUZ; COFEN, 2017).

No que se refere a pós-graduação, observou-se que 83,3% dos entrevistados haviam cursado especialização ou residência, treinamento em serviço, evidenciando-se a busca de qualificação dos profissionais.

4.2.3 - PERFIL DE CONHECIMENTO EM ÉTICA E/OU BIOÉTICA.

Em relação ao conhecimento e a realização de curso em ética e/ou bioética, constatou-se que 66,7% dos entrevistados tinham conhecimentos da matéria e a mesma quantidade havia realizado curso na área.

TABELA 3 – PERFIL DE CONHECIMENTO EM ÉTICA E/OU BIOÉTICA. BRASÍLIA-DF, 2022.

Tempo de formação	Frequência	%
Conhecimento em bioética		
Tem conhecimento	8	66,6
Não tem conhecimento	4	33,3
Curso na área de bioética		
Já cursou	8	66,6
Não cursou	4	33,3

FONTE: O autor (2022).

As ações de enfermagem estão voltadas ao cuidado do indivíduo e à preservação da sua integridade (GRACE; MILLIKEN, 2016). A carência na qualificação profissional quanto ao atendimento ético impacta na qualidade da assistência prestada, afetando o processo de tomada de decisão do paciente (PRADO *et al*, 2021). Para Nora (2022) deve haver educação ética na preparação de enfermeiros com vistas à resolução de conflitos éticos que comumente surgem em ambientes clínicos. As estratégias para lidar com os imbróglios devem ser ensinadas, desenvolvidas e sustentadas. Para a autora, a ética é mais extensamente abordada nas séries iniciais do ensino da graduação do curso. Em algumas faculdades, contudo, a disciplina não tem caráter obrigatório ou não apresenta conteúdo específico para a enfermagem, o que gera enormes prejuízos aos profissionais e aos futuros pacientes (NORA *et al.*, 2022).

4.3 — ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS

O corpus geral das entrevistas foi constituído por doze textos, separados em 402 segmentos de textos (ST), com aproveitamento de 315 STS (78.36%). Emergiram 14.239 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1.169 palavras distintas e 511 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em cinco classes: Classe 1 com 81 ST (25.71%); Classe 2, com 63 ST (20%); Classe 3, com 82 ST (26.03%); Classe 4, com 40 ST (12.7%); Classe 5, com 49 ST (15.56 %).

As análises do tipo CHD, como forma de representação à classificação de qualquer material textual, requer retenção mínima de 75% dos segmentos de texto. A presente pesquisa apresentou 78.36%. O valor inferior a 75% do percentual do material retido na CHD pode ocasionar uma análise inadequada aos dados coletados e fornecer apenas uma classificação parcial (CAMARGO; JUSTO, 2016).

O IRAMUTEQ gerou uma nuvem de distribuição de palavras hierarquizadas, visualmente, na qual se torna clara a visualização dos termos encontrados no discurso dos

enfermeiros. A figura 1 demonstra o agrupamento de termos e a organização em função da frequência.

FIGURA 1 - NUVEM DE PALAVRAS

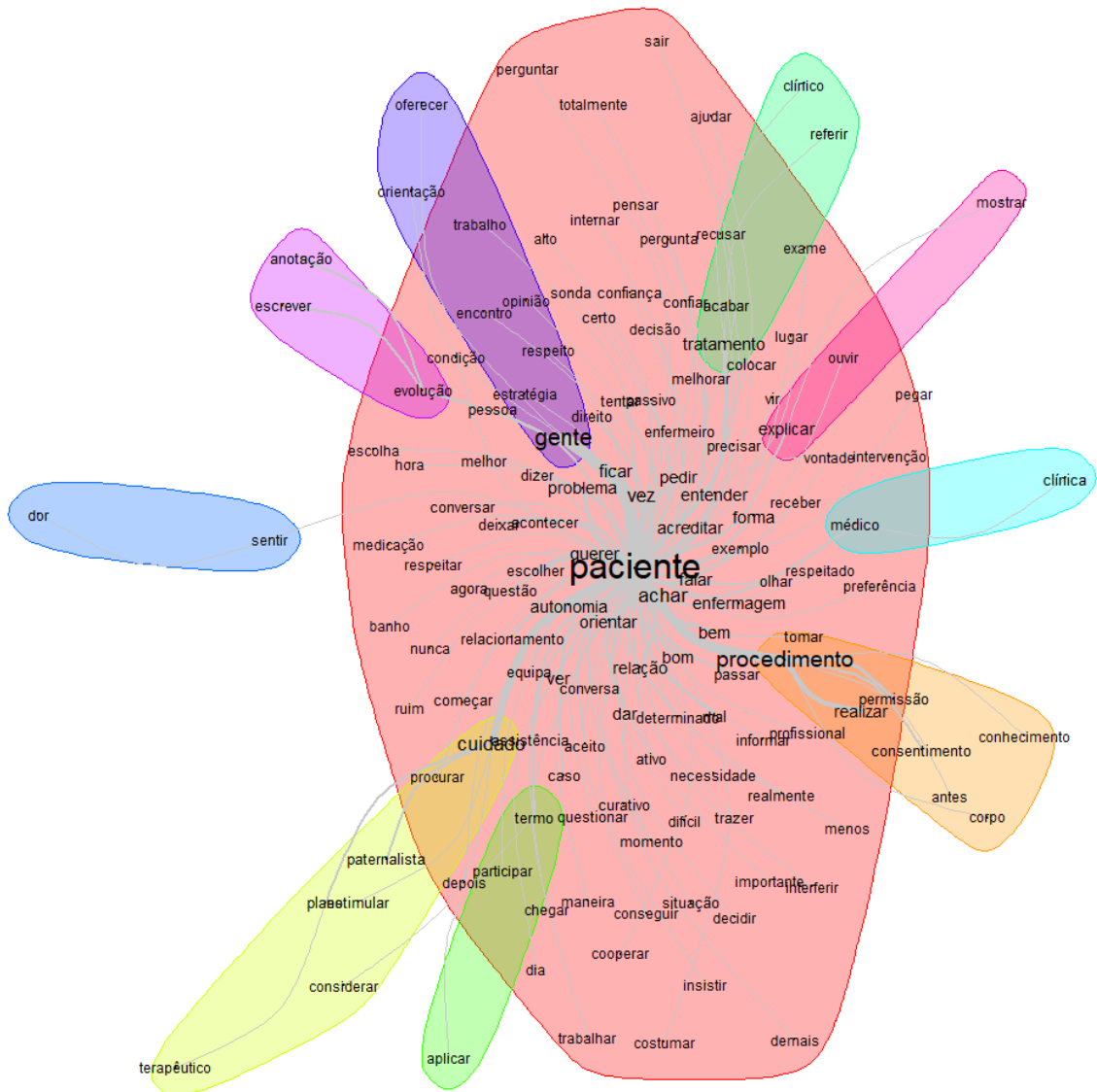


FONTE: IRAMUTEQ a partir dos dados textuais das entrevistas com enfermeiros da UCM, do HUB (2022).

Os termos paciente, gente, procedimento e cuidado aparecem como centrais na nuvem de palavras. Eles remetem ao foco da enfermagem, o cuidado ao paciente. Podem ser visualizados termos e verbos relacionados à bioética: autonomia, permissão, consentimento, direito e escolher. Surgem também palavras alusivas à assistência ao paciente: procedimento, tratamento, enfermeiro, e palavras concernentes à interação entre enfermeiro e paciente: relação, conversa, explicar, orientar, questionar, passivo.

A análise de similitude trouxe a imagem com as ramificações das palavras. Aqui é possível visualizar e entender a estrutura de construção do texto e os temas de relativa importância, os termos próximos e distantes.

FIGURA 2 - ANÁLISE DE SIMILITUDE



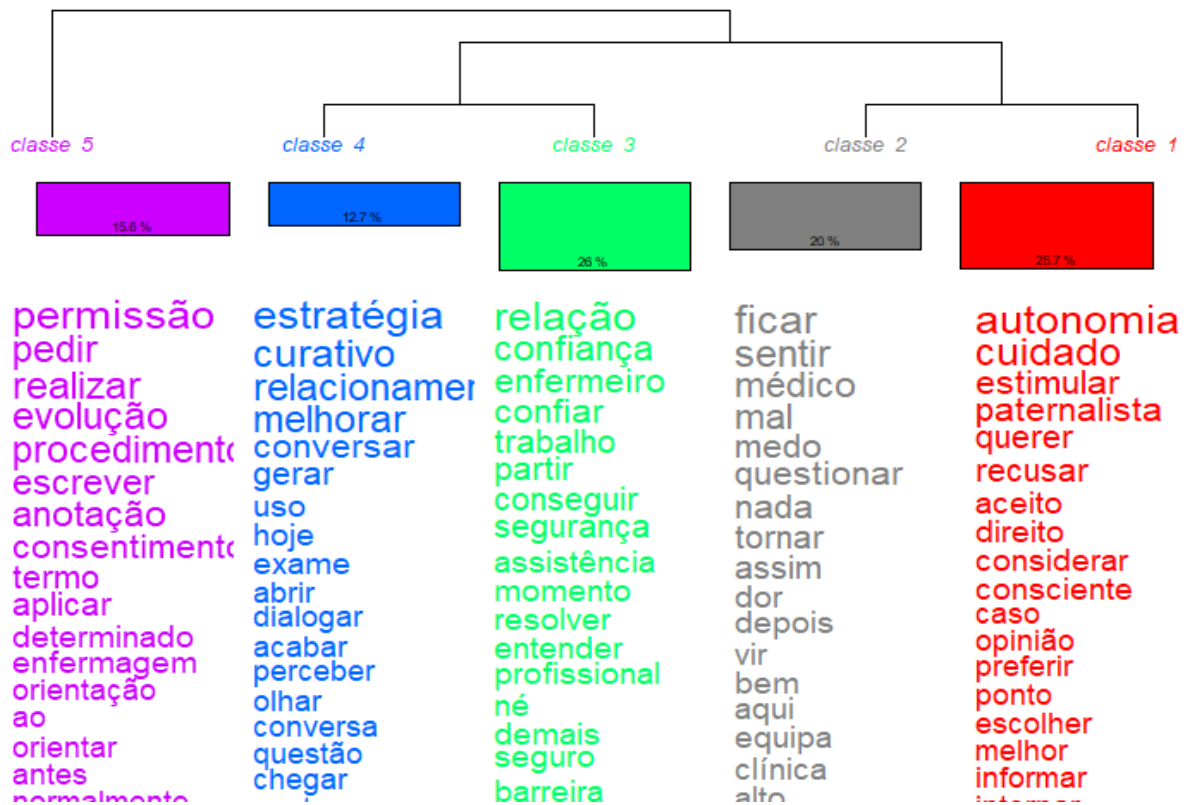
FONTE: IRAMUTEQ a partir dos dados textuais das entrevistas com enfermeiros da UCM, do HUB (2022).

Na imagem o termo paciente encontra-se no centro tendo nove ramificações. Uma contém as palavras: gente, direito, pessoa, estratégia, respeito, encontro, opinião, trabalho, orientação e oferecer, remetendo a algumas características do cuidado em saúde. Outra traz os termos: procedimento, tomar, permissão, realizar, consentimento, conhecimento, antes, corpo, aludindo a solicitação de consentimento para procedimentos. Há um ramo com: cuidado, procurar, paternalista, estimular, considerar e terapêutico, remetendo a algumas características da relação clínica. Outro com: termo, participar e aplicar, expressões relacionadas à aplicação do termo de consentimento esclarecido. Existe também referência aos registros feitos em prontuário com os termos anotação, evolução e escrever.

A Figura 3 representa o dendrograma contendo cinco classes de palavras reconhecidas pelo *software*, a distribuição das porcentagens dentro do corpus e a conexão entre elas.

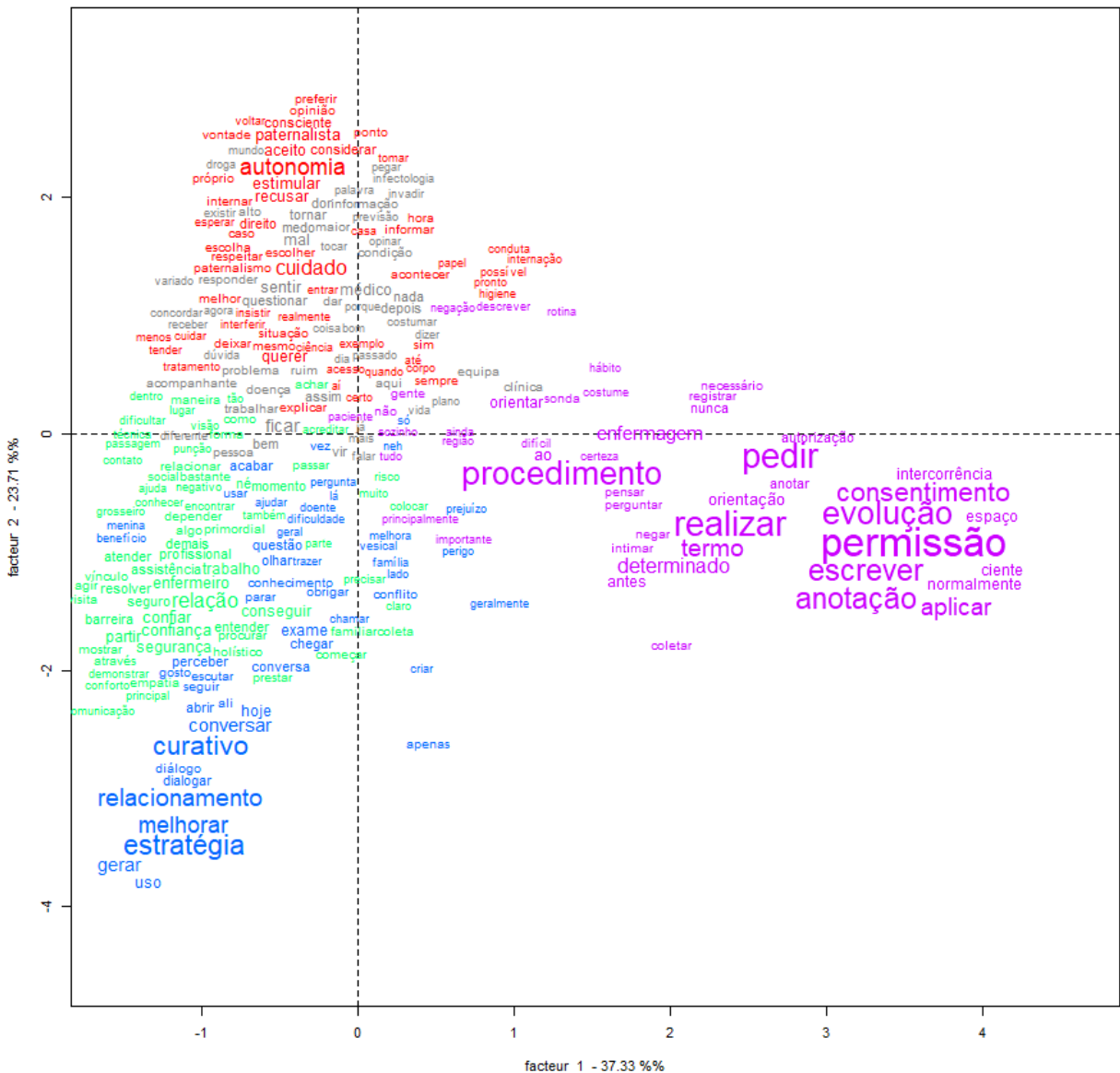
Vale ressaltar que essas cinco classes se encontram divididas em ramificações, a partir dos fragmentos de texto contidos no dendrograma, em conjunto com uma retrospectiva do material bruto das entrevistas foi reconstruído o sentido atribuído pelos enfermeiros entrevistados. Cada classe recebeu um título, sendo: a classe 1 chamada “Cuidado e Autonomia”, 2 - “Características do relacionamento profissional-paciente durante hospitalização”, 3 - “Fatores intervenientes à relação enfermeiro-paciente”, 4 - “Estratégias para melhoria do relacionamento”, 5 - “Registros de Enfermagem e Consentimento”.

FIGURA 3 - DENDROGRAMA



FONTE: IRAMUTEQ a partir dos dados textuais das entrevistas com enfermeiros da UCM, do HUB (2022).

FIGURA 4 - ANÁLISE FATORIAL POR CORRESPONDÊNCIA (AFC)



FONTE: IRAMUTEQ a partir dos dados textuais das entrevistas com enfermeiros da UCM, do HUB (2022).

A partir da análise fatorial por correspondência (AFC), foi possível realizar associação de texto entre as palavras, considerando a frequência de incidência e as classes, representando-as em um plano cartesiano (Figura 4).

Observa-se que as palavras de todas as classes se apresentam num segmento centralizado que se expande para pontos periféricos. As palavras apresentam-se de forma colorida, indicando a cor de cada classe. A classe 5, roxa, se encontra mais à esquerda da figura, distante das demais palavras. A classe 1, vermelha, e a 2, cinza, se misturaram e ficaram em maior parte na posição superior e à direita do plano cartesiano. Já a classe 3, verde, e a 4, azul, ficaram mais próximas e se encontram na parte inferior e à direita do plano cartesiano.

4.3.1 - CLASSE 1 - CUIDADO E AUTONOMIA

A categoria apresentou em sua composição um conjunto de palavras que evidenciaram como estava o cuidado prestado por enfermeiros no que concerne ao direito de escolha do doente. As unidades lexicais de maior relevância foram: “autonomia”, “cuidado”, “estimular” e “paternalista”.

Com uma frequência de 25,7% em relação às demais classificações, conforme análise computacional, essa classe ocupa o segundo conjunto de palavras mais relevantes no corpus textual, revelando que a temática é importante para os participantes da entrevista, porém, seu conteúdo carece de substância. Os dados coletados revelaram que alguns enfermeiros definiram autonomia, a exemplo de:

Acredito que a autonomia seja a capacidade dele de decidir o que é melhor para ele, acredito que o meu cuidado estimula a autonomia do paciente, eu acredito que sim, a gente respeita bastante a opinião do paciente (enf_01).

Autonomia do paciente é ele escolher, escolher até que ponto eu posso ajudar ou interferir na estadia dele aqui na internação dele dentro do hospital, o meu cuidado estimula que o paciente tenha autonomia, acho que sim (enf_09).

Como visto nas falas dos enfermeiros, o paciente tem o poder de escolha, no que se refere ao tratamento, entretanto os enfermeiros não aprofundaram o conceito de autonomia sob diferentes prismas como, autonomia tradicional biomédica, autonomia do ponto de vista sociológico e a autonomia relacional defendida pelos direitos humanos.

A autonomia do paciente diz respeito ao exercício da vontade, ao direito à autodeterminação de forma ativa na atividade terapêutica (VENTURA; MENDES; TREVIZAN, 2007). No que se refere ao respeito à autonomia, é essencial a participação do paciente consciente e bem-informado no processo de tratamento (ALBUQUERQUE, 2016). Os doentes têm o direito de tomar decisões em relação ao plano de cuidados, incluindo o direito de consentir ou recusar tratamentos ou procedimentos (FARMER; LUNDY, 2017). A participação ativa do paciente no diálogo é o meio ideal para alcançar um cuidado à saúde de excelência (FOUNTOUKI; SANCHEZ; THEOFANIDIS, 2020; NEGARANDEH *et al*, 2006).

Os enfermeiros entrevistados acreditam que o cuidado que prestam estimula a autonomia, como visto nas frases:

O meu cuidado estimula que o paciente tenha esse tipo de autonomia, eu o deixo livre, se ele não quiser, por exemplo, se eu quiser fazer um procedimento nele e ele não quiser, eu respeito à vontade dele, então deixo as ordens dele ser soberana (enf_08).

O meu cuidado estimula que o paciente escolha quanto ao tratamento que ele quer, acho que a gente dá mais, vamos dizer uma opinião sobre o que ele está sendo tratado, a gente mostra para ele qual o tratamento que vai receber (enf_12).

Aqui pode-se observar que os profissionais deixam que o paciente escolha o tratamento, acreditam que permitir essa escolha, estimula a autonomia do paciente.

Em alguns casos a autonomia pode estar prejudicada, como, por exemplo, nos doentes psiquiátricos, pois é necessário tutelar e proteger estas pessoas e quem convive com elas na sociedade (VENTURA; MENDES; TREVIZAN, 2007). Os pacientes por diversas vezes encontram-se em um estado de fragilidade e acabam concordando com a iniciativa do profissional da saúde em razão da dificuldade de exercer a autonomia em um momento de vulnerabilidade (PARANHOS; ALBUQUERQUE, 2018).

O paciente pode permitir e autorizar o médico, o enfermeiro ou outro profissional a lidar consigo, mas não somente por isso lhe concede o direito de decidir. O direito do paciente inclui a prática de ser representado, no entanto, as decisões tomadas devem estar em conformidade com os desejos do doente (DADZIE; AZIATO; AIKINS, 2017; RAMOS *et al*, 2018).

Avaliando a complexidade individual de cada ser humano, o profissional da saúde deve promover e dar suporte, possibilitando que o paciente participe das decisões, por meio da escuta, questionamento e responsabilização dos atos. Um tratamento mais eficaz se dá em meio a uma relação personalizada, na qual as decisões são compartilhadas, e o paciente situa-se no centro do cuidado. Essa modalidade relacional fortalece a autonomia e estimula a confiança entre equipe, saúde, paciente e família (ELLS; HUNT; EVANS, 2011; PARANHOS; ALBUQUERQUE, 2018).

Alguns profissionais entrevistados julgam que a autonomia do paciente possa ser prejudicada pela atuação de outros membros da equipe multiprofissional, conforme o relato:

Mas a gente tem que explicar os benefícios e os malefícios, considero que meu cuidado estimula que ele tenha autonomia, da minha parte, sim, mas como é uma equipe multiprofissional algumas coisas acabam, não saindo né, totalmente (enf_04).

Nessa fala observa-se que o enfermeiro acredita haver profissionais que não respeitam a autonomia do paciente, entretanto acredita que o cuidado dele(a) a estimula, a exemplo da explicação dos benefícios e malefícios da assistência ou do procedimento prestados.

O modelo médico de atenção à saúde, baseado na doença e no paternalismo, limita o exercício da autonomia do paciente e do profissional. Faz-se necessário que a assistência à saúde seja um fazer coletivo, compartilhado, os profissionais com formação e práticas distintas

e os pacientes e familiares com seus desejos, crenças e valores (MELO *et al.*, 2016). A autonomia profissional do enfermeiro, está relacionada à formação profissional, fundamentada no saber científico e na reflexão crítica. As boas relações interpessoais podem proporcionar o trabalho em equipe, a liberdade de expressão e o respeito a cada ator envolvido no processo de tomada de decisão (BONFADA; PINNO; CAMPONOVARA, 2018).

Em relação à autonomia profissional, o saber teórico é um propulsor para o seu exercício. Assim como a resolução de situações complexas e a capacidade de tomada de decisão. Os cursos de especialização, a experiência profissional, a liderança, as relações interpessoais e a valorização profissional impulsionam a autonomia profissional (BONFADA; PINNO; CAMPONOVARA, 2018; KUWANO; FUKUDA; MURASHIMA, 2016).

Os enfermeiros com especialização ou mais experientes tendem a exercer mais e melhor a defesa do paciente. O maior nível educacional está associado a maior autonomia profissional percebida, produzindo o exercício da representação do paciente, o que se traduz num padrão de cuidados de maior qualidade (LUZ *et al.*, 2019).

Alguns participantes supunham que dar autonomia ao paciente é estimular ele a conseguir realizar o autocuidado:

Mas aí tem a visão que ele, embora esteja internado, ele está doente, ele tem condições de si próprio cuidar, em relação à saúde a higiene, em relação a isso considero que meu cuidado estimula a autonomia do paciente (enf_02).

Acho que meu cuidado estimula a autonomia do paciente, tento pelo menos que ele continue tendo a rotina deles, a pessoa que pode ter seu próprio autocuidado ou mesmo quando ele é cuidado por alguém nas suas necessidades mais básicas (enf_05).

Nota-se, nessas falas, que alguns entrevistados confundem os conceitos de autonomia e de independência.

Por vezes, ocorre uma imprecisão quanto aos termos autonomia e independência (GALLEGO, 2020). A independência está relacionada a habilidade de realizar as atividades de vida diária, com alguma ou nenhuma ajuda de terceiros, ligada à habilidade física (GALLEGO, 2020; SÁ; SANTOS, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002), e, a autonomia, está entrelaçada com a liberdade de decidir, reporta-se a capacidade de planejar, gerenciar e tomar decisões, alusivo a capacidade mental. Um indivíduo tetraplégico pode apresentar algum nível de dependência para as atividades de vida diária, no entanto, se não houver nenhuma lesão cerebral associada que restrinja suas capacidades mentais, tem capacidade de decidir sobre sua vida e saúde (GALLEGO, 2020).

A autonomia pessoal possibilita que a pessoa conduza a própria vida. Ter autonomia permite o crescimento e desenvolvimento, a integridade e a sensação de pertencimento. A autodeterminação pode ser considerada uma condição ou habilidade humana, para escolher de acordo com os próprios valores e objetivos de vida. Além de respeitada deve ser estimulada e promovida no contexto das relações (ALBUQUERQUE, 2020).

Alguns profissionais defendem que explicar sobre um procedimento, estimula a autonomia do paciente.

Eu nunca parei para pensar que o meu cuidado estimula a autonomia do paciente, mas sempre que o paciente fala, não quero tal coisa, aí eu explico para ele o porquê, e se ele quiser ou não, não insisto (enf_07).

A autonomia do paciente então é ele tem o direito mesmo de escolha, porque todo procedimento é explicado para ele, ele tem que estar consciente do que vai ser feito e ele tem direito de recusar se não for do agrado, ele tem direito (enf_06).

Se você vai passar uma sonda no paciente, você tem que explicar e informar, e se ele disser não quero agora, agora estou com dor, estou com sono, você tem que respeitar a autonomia daquele paciente e saber escolher o melhor momento para você invadir o corpo dele (enf_05).

Nas verbalizações os profissionais explicam os procedimentos ou transmitem as informações aos pacientes e referem respeitar suas escolhas. Os enfermeiros devem prestar informações ao paciente, à família e à coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências da assistência de enfermagem, assim como de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito de recusa da pessoa ou de seu representante legal (COFEN, 2017).

O diálogo permite uma consciência crítica e reflexiva, permitindo ao paciente estar no processo decisório de forma ativa. O compartilhamento de ideias entre profissional de saúde e paciente permite a autonomia do doente, pressupondo que este tem competência e liberdade para escolher conscientemente entre as opções possíveis. O profissional de saúde deve fornecer as explicações necessárias para que todas as possibilidades sejam reconhecidas, favorecendo a escolha que melhor atenda os desejos do paciente (CHIBANTE *et al*, 2021). A informação, a competência — para entender os dados — e a liberdade — para escolher — são condições essenciais para autonomia do paciente (FREITAS, 2008). É imprescindível o diálogo, relações horizontais e o respeito às decisões do doente, mesmo que as escolhas sejam divergentes daquelas que os profissionais julgam ser melhores (BAPTISTA *et al*, 2018). O paciente pode permitir e autorizar o médico, o enfermeiro ou outro profissional a lidar consigo na prática clínica, mas não somente por isso lhe concede o direito de decidir (TREVIZAN *et al*, 2002). O direito do paciente inclui a prática de ser representado, no entanto, as decisões tomadas devem

estar em conformidade com os desejos do doente (DADZIE; AZIATO; AIKINS 2017; RAMOS *et al*, 2018).

Um enfermeiro(a) informou que nunca parou para pensar que o seu cuidado estimula a autonomia do paciente. Essa é uma informação importante, pois os profissionais enfermeiros atuam como mediadores informando à equipe as preferências do doente, além de sugerir alternativas e promover a aceitação da escolha informada do paciente (SMITH, 2004). Desta forma é fundamental que o enfermeiro trabalhe de forma a promover a autonomia do paciente, possibilitando a melhora da qualidade dos cuidados prestados (AYDIN; İNCEDERE; ÖZTÜRK, 2018).

Os profissionais não souberam abordar sobre cuidado paternalista:

Mas eu não insisto, eu falo, olha, eu vou oferecer esse cuidado aqui, se você não quiser esse tratamento aqui, dessa forma, eu não posso fazer. Não estou sabendo o que é cuidado paternalista, você pode me explicar esse termo (enf_03).

Mesmo quando vai de encontro aos meus princípios, sim, tem que respeitar, e respeitar a autonomia dele. Cuidado paternalista não tenho ciência deste termo, não considero que esse é o meu tipo de cuidado (enf_08).

Como profissional eu reconheço a autonomia do paciente, então, a vontade dele prevalece. Cuidado paternalista eu vou pela morfologia da palavra, acredito que paternalismo está relacionado a pai neh, uma coisa, cuidado muito comum que acontece na enfermagem (enf_10).

Os enfermeiros informaram que respeitam as decisões do paciente, contudo, não conseguiram descrever o que significa cuidado paternalista. Durante séculos o doente foi considerado incompetente física e moralmente. O paternalismo médico vigorou como representação de poder sobre o outro, tendo como justificativa “fazer o bem”, princípio da beneficência (FOUNTOUKI; SANCHEZ; THEOFANIDIS, 2020).

Importante frisar que 66,7% dos entrevistados responderam que tinham algum conhecimento na área de ética e bioética e que 66,7% informaram que já haviam realizado cursos na área. Mesmo assim, nenhum dos entrevistados soube abordar sobre essa modalidade de relação clínica e apenas um enfermeiro fez associação à morfologia da palavra.

A valorização do pensamento de que o ser humano é sujeito e não objeto, possibilitou um processo lento e gradativo, exigindo o reconhecimento dos direitos do paciente e a participação ativa deste nos processos decisórios relacionados à saúde (FOUNTOUKI; SANCHEZ; THEOFANIDIS, 2020). Na busca por preservar os direitos do paciente foram e continuam sendo elaboradas leis, normas, compromissos institucionais, códigos de ética e padrões de práticas para vários grupos de profissionais (KWAME; PETRUCKA, 2022).

A autonomia do paciente reduz a prática do paternalismo, que é a exclusão do paciente no processo decisório. A relação paternalista remete ao comportamento de cuidado no qual o conhecimento técnico prevalece em toda e qualquer circunstância nas decisões do indivíduo (LIMA; MACHADO, 2021). O profissional da saúde é capacitado para identificar as melhores opções de tratamento e de prevenção, porém, o paciente tem o direito de escolher, mesmo quando o profissional acredita que não é o mais “eficaz” do ponto de vista profissional. As decisões do paciente devem ser racionais, livres e autônomas. A escolha por vezes está pautada em interesses e valores subjetivos (LIMA; MACHADO, 2021).

4.3.2 - CLASSE 2 - CARACTERÍSTICAS DO RELACIONAMENTO PROFISSIONAL-PACIENTE DURANTE HOSPITALIZAÇÃO

Essa categoria apresentou em sua composição um conjunto de palavras que evidenciaram as características das relações clínicas durante o processo de hospitalização e na preparação para a alta. As unidades lexicais consideradas com maior relevância são: “ficar”, “sentir”, “médico” e “mal”.

A frequência dessa classe na análise do IRAMUTEQ foi a terceira mais alta, registrando 20%. A classe evidencia, entre outras proposições, mais uma vez a lacuna na construção do saber dos enfermeiros entrevistados em relação aos aspectos bioéticos. A aproximação desta categoria à Classe 1, é notadamente visível, na medida que os elementos lexicais de ambas se aproximam semanticamente.

Prestar assistência à saúde requer, necessariamente, habilidades e competências dos profissionais de saúde, de modo que, o cuidado seja disponibilizado com qualidade. A assistência de alta qualidade inclui respeitar os direitos do paciente (AYDIN; İNCEDERE; ÖZTÜRK, 2018; AKCA; AKPINAR; HABBANI, 2015; KWAME; PETRUCKA, 2022). Assim se faz necessário abordar ética e bioética na graduação e continuamente durante a vida profissional, com incentivo a programas de capacitação e educação continuada (MPOUZIKA *et al*, 2021).

A relação enfermeiro-paciente precisa ser significativa, baseada em confiança, para que uma assistência segura e de qualidade seja ofertada (MING *et al*, 2019). Essa interação é facilitada quando ocorre o reconhecimento e a prestação de cuidados consoante as condições e as necessidades do doente (NEGARANDEH *et al*, 2006). A comunicação efetiva fornece informações e esclarece dúvidas, possibilitando uma melhor tomada de decisão (SPENCE,

2011). Informar o doente e esclarecer suas dúvidas são características do *patient advocacy* (VORDERSTRASSE; HAMMER; DUNGAN, 2014).

O plano de cuidados deve ser individualizado baseado nas necessidades específicas do paciente, adaptado aos seus desejos e vontades. O planejamento e a implementação se darão com o apoio da família, o que contribui para promoção da saúde e melhoria das práticas assistenciais (VARGAS *et al*, 2015). Outros fatores que contribuem são oficinas de educação em saúde e orientação familiar, possibilitando a melhor adesão ao tratamento com resultados clínicos mais favoráveis (RIBEIRO *et al*, 2011; SILVA *et al*, 2016).

Orientação quanto ao plano de cuidados:

...no momento que eu estou na assistência eu acho que parte da assistência tu dá esse cuidado, para quando ele tiver alta, ele se sinte mais preparado para ir para casa (enf_02).

Quanto ao plano de cuidados oriento, assim alguns, a gente tem pacientes mais passageiros e outros mais duradouros, esses pacientes que ficam mais tempo com a gente, tem mais proximidade com ele nessa questão, de dá uma previsão de alta (enf_05).

Observou-se a preocupação em orientar o paciente quanto ao plano de cuidados, no entanto, essa atenção é dada somente na alta hospitalar e não incluiu o familiar no contexto.

A enfermagem elabora, implementa e avalia o plano de cuidados de acordo com as necessidades do paciente. Isso garante um cuidado individualizado e sistematizado (MOURA *et al*, 2019). O plano de cuidados funciona como um guia para o paciente e para os demais profissionais demonstrando as prioridades na assistência de enfermagem. Quando o paciente é envolvido no processo, estimula a autonomia pessoal e o vínculo com o profissional, permitindo resultados mais favoráveis para as ações planejadas (METZELTHIN *et al*, 2013; SILVA *et al*, 2016).

Os enfermeiros têm a responsabilidade de defender os valores, os direitos, o bem-estar e os melhores interesses do paciente (SMITH, 2004). Esses profissionais funcionam como elo entre o doente, a família e o ambiente de cuidado à saúde, especialmente, no caso de pessoas vulneráveis (BARLEM *et al*, 2015). Atuam na resolução das complexas questões envolvidas no cenário de saúde/doença, fornecendo informações sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico para o paciente (NEVES *et al*, 2021). Agem também como mediadores informando à equipe as preferências do doente, além de sugerir alternativas e promover a aceitação da escolha informada do paciente (SMITH, 2004).

Relação com a equipe médica prejudicada:

Não tem informação passada pelo médico sobre a sua condição de saúde, por que depois que o médico sai, e a gente fica, aí o problema vem todo para a gente. Por que ele começa a tentar tirar dúvida com a gente, de coisas que a gente não sabe, de coisas que o médico não informa para a gente, e aí o que, que acontece, o paciente fica com raiva da gente (enf_03).

E pra gente a noite fica os enfermeiros e os técnicos, os médicos fica no CPA só vem para urgência e emergência, então acaba que às vezes a gente tem que fazer o papel da psicóloga, da assistente social (enf_04).

Por meio dessas falas, percebe-se que a interação e a comunicação entre as equipes apresentam problemas. A comunicação com o paciente também está prejudicada. Com isso, os enfermeiros se sentem impotentes, pois, entendem que a boa relação médico-enfermeiro é imprescindível para o efetivo cuidado do paciente (DUARTE, 2019).

A relação multidisciplinar se faz presente na UCM, contudo, evidenciou-se a dificuldade da equipe de enfermagem para com a equipe médica. Uma problemática encontrada refere-se ao fato de que a equipe médica não informa a enfermagem sobre a situação do paciente e nem as perspectivas do tratamento. Isso pode acarretar danos à continuidade do cuidado. Faz-se importante nesse processo que os gestores promovam um ambiente no qual as equipes possam trocar informações sobre o paciente. É necessário também a disposição de cada membro da equipe para que esse câmbio ocorra, respeitando sempre as concepções do doente (PACHECO; GOLDIM, 2019).

As equipes médica e de enfermagem são centrais na assistência ao paciente. Conflitos entre esses grupos podem ocorrer por fatores políticos, sociais, econômicos e culturais. O confronto é comum nas instituições hospitalares e muitas vezes está relacionado à demarcação de poder, com a reafirmação de posições e o mérito do trabalho de um frente ao outro. Isso ocasiona prejuízos à assistência prestada, reduzindo a qualidade dos serviços de saúde (DUARTE, 2019).

Cespedes (2020) encontrou alguns empecilhos à boa relação médico-enfermeiro, dentre eles: problemas com a comunicação, pontos de vista conflitantes, alta rotatividade, pressões externas, funções ambíguas, conflitos de funções, hierarquia, conhecimento técnico e hostilidade prévia. Conflitos nessa relação profissional conduzem a perda da qualidade do atendimento ao paciente. Para o autor a solução passa pela redução da carga horária de trabalho junto a melhora da estrutura, troca de informações, estímulo às discussões de casos clínicos e propostas terapêuticas conjuntas, delimitação clara da autoridade, da responsabilidade e da

competência de cada profissional, respeito, confiança e valorização dos profissionais (CESPEDES, 2020).

A equipe multidisciplinar deve estudar e entender o impacto da doença, observando as condições físicas, emocionais, socioeconômicas e culturais do paciente, permeando um cuidado integral (PACHECO; GOLDIM, 2019). O sucesso da assistência está relacionado ao desenvolvimento do vínculo entre a equipe de saúde, paciente e familiares (SILVA, 2020). Os enfermeiros são considerados advogados dos pacientes devido à proximidade, ao maior tempo de permanência nas unidades de saúde, que permite que parcerias mais consistentes sejam conquistadas (AYDIN; İNCEDERE; ÖZTÜRK, 2018; RAMOS *et al*, 2018). A defesa do paciente está relacionada a um cuidado objetivo, empático, flexível e motivado (FOUNTOUKI; SANCHEZ; THEOFANIDIS, 2020). Outros atributos são senso de responsabilidade, comprometimento profissional, senso de humor e capacidade para lidar com o estresse, a fim de permitir e incentivar o exercício da autodeterminação, salvaguardando os interesses e o bem-estar do doente (SMITH, 2013).

De forma geral, os enfermeiros entrevistados não interferem na escolha do paciente, exceto quando o paciente não está bem:

Aí então, eu não costumo insistir com esse tipo de paciente, mas quando o paciente não tá bem, está ansioso, tá sentindo medo, tá preocupada ou é um paciente idoso, porque aqui só fica adulto, então geralmente eu vou e tento convencer (enf_11).

O direito de escolha do paciente só deve ser suplantado em situações que impliquem risco de saúde pública, como as vivenciadas durante a pandemia de Covid-19, em caso de emergência vital, imperativo legal (decisão judicial) ou em caso de privilégio terapêutico, fatores que podem limitar o exercício de direitos dos pacientes, sendo fundamental que essa situação esteja estabelecida em lei. E mesmo com o serviço sobrecarregado e todas as demandas que isso envolve, a dignidade e os direitos dos doentes precisam ser respeitados (CAPELLA, 2020).

No que se refere ao significado da expressão “mau paciente”, os enfermeiros entrevistados apresentaram uma variedade de interpretações. É o doente que não responde ao tratamento:

O mau paciente, ah assim fica meio esquisito falar essa questão de mau paciente, ele está aqui internado, porque ele não tem condições, ele não quer isso, mas seria basicamente o que não responde ao tratamento (enf_08).

Aquele que não participa do tratamento:

E às vezes ele não é participativo, e a maioria é assim, principalmente pessoa mais pobre, são mais passíveis porque eles não querem questionar as coisas, ele não quer questionar porque tem medo da questão, questionamento é para pessoa inteligente (enf_07).

Ou aquele que estando nervoso, age grosseiramente:

É por que às vezes ele está tão nervoso com aquilo, que ele vem então, assim, às vezes essa pessoa é uma pessoa ríspida, mal-educada, aí a equipe já fica...(enf_04).

O significado de mau remete a algo que é imperfeito ou ruim, assim a palavra “mau paciente” é subjetiva (PETERS *et al*, 2020). Provavelmente esse é o motivo das respostas divergentes quanto ao entendimento do que seja o mau paciente. Estudo, semelhante a este, realizado na Espanha, demonstrou que o “mau paciente” era representado como exigente, difícil ou incômodo, indivíduo que não aceita sugestões do profissional, e ainda o doente agitado. Esses pacientes acarretam aumento da carga de trabalho e gerando tensões com a equipe (MULA; ESTRADA, 2020).

Uma das respostas da entrevista remeteu ao estado clínico, sendo o “mau paciente” aquele que não responde ao tratamento. Essa ideia pode estar relacionada ao entendimento do profissional, de que o mau paciente é aquele com prognóstico reservado em relação a patologia ou essa avaliação negativa relacionar-se a frustração profissional diante de um doente que não apresenta melhora clínica, apesar dos cuidados prestados. De um modo ou de outro, o importante é escutar o paciente, manter o diálogo, a fim de preservar a autonomia e prevenir o emprego de tratamentos e de medidas desnecessárias e desconfortáveis, principalmente no final da vida (PERETTI-WATEL *et al*, 2008).

Outro enfermeiro (a) definiu o mau paciente como aquele que não questiona. É importante frisar que o paciente nem sempre sabe que tem o direito de participar, questionar e escolher. Obter informações completas e compreensíveis sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico é direito do paciente (AYDIN; İNCEDERE; ÖZTÜRK, 2018; AKCA; AKPINAR; HABBANI, 2015; KWAME; PETRUCKA, 2022).

Outra definição encontrada para o “mau paciente” foi nervoso e ríspido. A doença coloca o indivíduo em situação de vulnerabilidade. Nesse contexto, a angústia e o medo do desconhecido propiciam momentos de agressividade (LUZ *et al*, 2019). Múltiplos fatores podem estar envolvidos, constituição psíquica, inserção familiar, social, histórica e cultural e condições socioeconômicas (ROSA *et al*, 2021). A boa comunicação, o fornecimento de informações objetivas e claras, é a ferramenta chave para redução do estresse que a situação proporciona (TREVIZAN *et al*, 2002).

Em contraponto, o “bom paciente é aquele que interage com a equipe:

Um bom paciente é aquele que dá abertura, que responde, que dá atenção, que ele entenda que a gente está aqui para cuidar dele, para o bem-estar dele (enf_04).

Classicamente o “bom paciente” tem postura passiva. É aquele que não pede, não protesta e que obedece. Cumpre exatamente os ditames dos profissionais (ARROYO, 2014). O modelo paternalista vigorou e ainda vigora como representação de poder e de autoridade do profissional em relação ao paciente, tendo como justificativa “fazer o bem”, princípio da beneficência (FOUNTOUKI; SANCHEZ; THEOFANIDIS, 2020). Outras características do “bom paciente” são aceitar a patologia, não exigir informações, nem atenção e cumprir as regras e as normas da instituição (MULA; ESTRADA, 2020).

Nesta investigação, o bom paciente interage com a equipe. Já o estudo de Mula e Estrada, 2020, definiu “bom paciente”, como aquele que colabora e participa das indicações dos profissionais de saúde. Demonstra, moderadamente, os sentimentos e as preocupações e atua de forma independente em atividades de cuidado pessoal como higiene, alimentação e eliminação fisiológica. Para os autores, o cuidado paternalista proporciona um papel mais confortável para o enfermeiro, prejudicando a autonomia do paciente (MULA; ESTRADA, 2020).

A interpretação dos entrevistados para a expressão “paciente problema” demonstrou três perspectivas. Aquele que é rebelde, que nega a doença ou o tratamento, que é agressivos:

O paciente problema, há problema, eu acho que seria mais questão de rebeldia, de negação do paciente, às vezes ele não aceita condições da doença e acaba que agride com palavras a equipe, não aceita tomar medicamento, fica saindo da enfermaria (enf_08).

Paciente problema, às vezes tem os pacientes que chegam a se tornar agressivos, que não quer o procedimento, que talvez seja por dor, por não tá se sentindo bem, e acaba descontando na gente e se torna agressivo mesmo (enf_06).

O que está em abstinência:

O que eu acho aqui, mais para nossa vivência é os pacientes que vem com abstinência de alguma droga, ou até medicação abusiva de diazepam, isso é problema, por que ele fica muito agoniado, agitado (enf_04).

E o que questiona as condutas:

O paciente problema, ele é muito parecido com o mau paciente, né. Então, assim, não há muita diferença entre o mau paciente e o paciente problema, o paciente problema infelizmente ele fica rotulado nas unidades de assistência. Os que ficam isolados no caso que a gente precisa estabelecer um cuidado de isolamento, uma assistência isolada, eles questionam pouco mais né, porque ele fica meio inseguro o que é que ele tem (enf_10).

Algumas perspectivas utilizadas pelos enfermeiros para descrever o “paciente problema” foram: indivíduos rebeldes, que negam a doença ou o tratamento, que são agressivos, que estão em abstinência, que questionam as condutas. Em comum está o fato de que todos esses pacientes demandam uma maior assistência de enfermagem. O “paciente-problema” é representado negativamente, fica rotulado na enfermagem, porque é tido como inconveniente e supostamente cria alvoroço no serviço de saúde (ROSA *et al*, 2021).

De acordo com Fontcuberta (2009), o perfil de pacientes problema inclui: pessoas com múltiplas doenças, com patologias crônicas, com perturbações mentais, sem diagnóstico, exigentes, “consumidores” dos serviços de saúde ou denunciadores. O profissional ao se deparar com situações conflituosas ou difíceis deve se permitir refletir sobre o cuidado prestado, pensar sobre os direitos do paciente e considerar mudanças de abordagem, com intuito de prestar um cuidado que busque a autonomia do paciente (MING *et al*, 2019). Os processos dialógicos consensuais e colaborativos permitem alcançar benefícios mútuos, com menor desgaste (NASCIMENTO, 2020).

Alguns pacientes podem apresentar uma postura de rebeldia e chegar a agressão, no entanto, a abordagem humanizada pode promover relações de confiança e respeito, resultando na promoção da autonomia pessoal do doente no processo de cuidado. O acolhimento e a humanização geram relações respeitadas, o indivíduo passa a ser visto como figura central do cuidado, demonstrando seus desejos e vontades (PETERS *et al*, 2020).

4.3.3 - CLASSE 3 - FATORES INTERVENIENTES À RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE

A Classe 3 exibe em sua composição palavras que denotam a importância da relação enfermeiro-paciente. As unidades lexicais consideradas com maior relevância são: “relação”, “confiança”, “enfermeiro”, “confiar”. Com 26% de assiduidade das palavras no corpus textual analisado pelo IRAMUTEQ, essa categoria revela que a relação é composta pelo profissional enfermeiro, o paciente e a família. Na interação espera-se complementaridade de papéis entre as partes diante do cuidado, o que é característica do cuidado digno (TORABIZADEH, 2021).

A classe 3 está diretamente relacionada à classe 4, que trata sobre as estratégias de melhoria do relacionamento. Reforçando uma relação profissional-paciente mais colaborativa e menos assimétrica, devendo a família estar inserida no processo terapêutico.

Consoante ao relato dos entrevistados, a relação enfermeiro-paciente envolve confiança. Essa confiança se estabelece por meio da comunicação efetiva entre as partes, das orientações emanadas pelo profissional e da demonstração de conhecimento e de segurança técnica para realizar a assistência:

Acredito que a relação-enfermeiro paciente é uma relação de confiança, é uma relação baseada no cuidado das mais variadas formas, o cuidado físico, o cuidado emocional de uma maneira que você possa trazer segurança, conforto e analisar o paciente de uma maneira holística. Dessa relação dessa comunicação começa a se formar os laços de confiança e aí você consegue resolver seu trabalho de maneira mais eficaz (enf_10).

Acredito que ele sente confiança em mim a partir disso, eu tenho um relacionamento, converso bastante, faço a visita como primordial, entendeu? Acho que isso é o principal, essa confiança, muitos dizem assim: quando é que tu vai estar de novo? Para ele se sentir seguro, para saber o que eu estou fazendo, uma coleta, uma passagem de sonda e através dessa comunicação primordial que ele tem confiança do seu procedimento né, então explicar bem senão tu não vai conseguir fazer esse procedimento (enf_02).

A relação enfermeiro-paciente pelo tempo de trabalho, eu entendo que cada profissional tem uma forma particular de se relacionar com paciente, alguns profissionais são mais atentos, mais carinhosos, mais próximos (enf_11).

Uma relação bem, por isso que vem a relação da confiança neh, ele passa a confiar em você, ele passa a acreditar que o que você está fazendo é o melhor para ele (enf_05).

E outros são mais técnicos, trabalham de uma forma mais técnica, mas eu entendo que a relação do profissional de saúde com o paciente tem que ser uma relação de confiança que o paciente precisa ter (enf_11).

Os pacientes confiam em mim, sim, a minha relação com os pacientes aqui na clínica médica é uma relação de extrema confiança, eu sou uma pessoa que procura realizar os procedimentos de uma forma muito técnica (enf_10).

O meu cuidado, então, tudo está relacionado a confiança que você passa para o paciente, ao conhecimento que você demonstra em relação à função que você exerce, então se você é um profissional que você demonstra conhecimento, você passa segurança (enf_10).

A relação enfermeiro-paciente é uma relação de confiança e ela é construída à medida que a gente vai oferecendo uma assistência, nos primeiros dias tem uns pacientes que são mais fechados, eles não se abrem bastante (enf_03).

Eu acredito que a partir do momento em que a conversa, que você explica a necessidade, o fundamento daquilo ali, quando você mostra conhecimento, você passa segurança, isso aí ajuda na realização do seu trabalho (enf_10).

A relação enfermeiro-paciente também está baseada em empatia:

Para mim a relação entre o paciente é primordial da assistência, porque, na verdade, para ter um bom relacionamento com o paciente você tem que em primeiro lugar ter empatia, se todo enfermeiro tiver empatia, o resto tudo flui, se colocar no lugar do paciente é o primordial, eu acho (enf_02)

A relação enfermeiro-paciente é uma relação importante, a gente tem que se colocar no lugar do outro, ter uma visão holística, por que às vezes você vê que tem uma questão social fora, que pesa muito na melhora e no seguimento do tratamento dele aqui (enf_04).

E no desempenho pelo enfermeiro da função de defensor do paciente:

A relação enfermeiro-paciente seria o contato direto com o paciente, algo assim, eles têm como a gente como seu, como eu posso dizer, a pessoa que vai resolver os problemas dele a princípio, se o técnico não resolve o enfermeiro que seria o porto seguro dele (enf_12).

A relação enfermeiro-paciente precisa ser significativa, baseada em confiança, para que uma assistência segura e de qualidade seja ofertada (MING *et al*, 2019). Segundo o relato dos entrevistados, a relação enfermeiro-paciente está baseada no âmbito do profissional ao conhecimento técnico, a comunicação efetiva, a empatia e ao desempenho da função de defensor do paciente.

Os enfermeiros com especialização ou mais experientes tendem a exercer mais e melhor a defesa do paciente. O maior nível educacional está associado a maior autonomia profissional percebida, produzindo uma maior probabilidade de representação do paciente, o que, se traduz num padrão de cuidados de maior qualidade (LUZ *et al*, 2019). Em compensação, enfermeiros com menos tempo de atuação tendem a não se reconhecer como advogados do doente e isso pode estar relacionado com a pouca experiência (BARLEM *et al*, 2015). Outras barreiras à defesa do paciente são a falta de tempo, de motivação, de legislação e de normas que amparem esta atuação, assim como a limitação de espaço e de apoio institucional (autonomia e autoridade), de comunicação e a lealdade aos pares (AKCA, 2015; MORENO-POYATO *et al*, 2021; VILELA *et al*, 2021).

Os enfermeiros podem vivenciar situações conflituosas ao exercer a defesa do paciente, arriscando inclusive a manutenção no emprego (RAMOS *et al*, 2018; VILELA *et al*, 2021). Muitos são insuficientemente capacitados em relação aos direitos do paciente, pois só tiveram acesso ao tema após a formação (AKCA; AKPINAR; HABBANI, 2015). O conhecimento e o domínio da área que atua capacita o enfermeiro a influenciar a equipe de saúde com argumentos que efetivem a defesa do paciente. Noções de leis, de políticas e de relações sociais, com foco no cuidado e nos direitos, bem como educação continuada, boa interação com a equipe de enfermagem e de saúde também podem auxiliar para que a representação do paciente ocorra de forma mais eficaz e menos conflituosa (RAMOS *et al*, 2018).

Os enfermeiros precisam ser treinados sobre habilidades relacionadas aos direitos do paciente e os doentes devem ser sensibilizados sobre estratégias para fazer valer seus direitos de uma forma a não ameaçar a dignidade dos enfermeiros nem infringir os deveres da profissão (OJWANG; OGUTU; MATU, 2010). As habilidades de comunicação precisam ser ensinadas

e adotadas como um atributo central da formação em enfermagem (FOUNTOUKI; SANCHEZ; THEOFANIDIS, 2020).

O vínculo enfermeiro-paciente é conquistado por meio da comunicação (CHANG *et al*, 2020). Escutar o paciente previne o emprego de tratamentos e de medidas desnecessárias e desconfortáveis, principalmente, no final da vida (PERETTI-WATEL *et al*, 2008). A habilidade de comunicação é competência indispensável ao enfermeiro, pois esse é um agente ativo no processo comunicativo de informações no âmbito da saúde (MING *et al*, 2019; CHANG *et al*, 2020; FOUNTOUKI; SANCHEZ; THEOFANIDIS, 2020). Já o protagonismo do paciente nos processos decisórios da área também se baseia na habilidade de comunicar-se, de compreender as informações transmitidas pelos profissionais, além da possibilidade de raciocinar e de deliberar, de acordo com seus valores e metas (TREVIZAN *et al*, 2002).

Alguns fatores podem atrapalhar a comunicação entre profissional de saúde e paciente e revelar diferentes vulnerabilidades, social, econômica e cultural (FREITAS, 2008). Os problemas ou a falta de comunicação impedem que os direitos do paciente sejam observados (TREVIZAN *et al*, 2002) e contribuem para falhas na segurança do paciente (BAK, 2021). No contraponto, a comunicação efetiva fornece informações e esclarece dúvidas, possibilitando uma melhor tomada de decisão (VILELA *et al*, 2021). Informar o doente e esclarecer suas dúvidas são características do *patient advocacy* (VORDERSTRASSE; HAMMER; DUNGAN, 2014). Assim, os enfermeiros precisam conhecer maneiras eficazes para se comunicar com pacientes, familiares ou mesmo com a equipe de profissionais (MING *et al*, 2019). A comunicação efetiva permite a prestação de cuidados individualizados baseados no respeito mútuo, na colaboração e na deliberação conjunta, tomada de decisão compartilhada (VORDERSTRASSE; HAMMER; DUNGAN, 2014; LUZ *et al*, 2019).

O *patient advocacy* é uma forma de proteção dos interesses e dos direitos do doente e para que ocorra, é necessário experiência, conhecimento e poder (SPENCE, 2011; NEVES *et al*, 2021). Valores pessoais, qualificação profissional, coragem moral e empatia são fontes de apoio ao exercício de direitos (DADZIE; AZIATO; AIKINS, 2017; FOUNTOUKI; SANCHEZ; THEOFANIDIS, 2020). No que se refere a empatia, oportuniza a formação de vínculo entre usuário e profissional, por meio do relacionamento interpessoal respeitoso e recíproco, resultando na redução da ansiedade e do estresse e contribuindo para uma assistência resolutiva, com aumento da capacidade de autocuidado (SAVIETO; LEÃO, 2016). Dessa forma, a interação afetiva referente a sinais de simpatia e compaixão, a interação cognitiva alusivo a compreensão na perspectiva do outro, e, por fim, a interação comportamental,

relacionado com a comunicação explícita do reconhecimento dos sentimentos e perspectivas do outro, reforça a autonomia do paciente (ALBUQUERQUE dos SANTOS *et al*, 2019).

4.3.4 - CLASSE 4 - ESTRATÉGIAS PARA MELHORIA DO RELACIONAMENTO

A Classe 4 é composta por um conjunto de palavras que evidenciam o respeito ao direito do paciente como ferramenta para melhorar a relação enfermeiro-paciente, o que impacta diretamente no bem-estar e no processo terapêutico do doente.

As unidades lexicais de maior relevância são “estratégia”, “curativo”, “relacionamento”, “melhorar”. Conforme análise do IRAMUTEQ, essa categoria compõem 12,7% do corpus textual, refletindo que o enfermeiro constrói o relacionamento com o paciente a partir da prática assistencial diária.

Ao serem questionados sobre estratégias para melhorar o relacionamento com o paciente, a maioria dos participantes alegou ser a comunicação a prioridade. Conhecer e chamar o paciente pelo nome, saber o histórico do doente e ter empatia são outros expedientes utilizados.

Algumas verbalizações dos entrevistados sobre a comunicação, utilizada como estratégia para melhorar a relação enfermeiro-paciente:

A estratégia para melhorar o relacionamento com paciente, olha, a nossa arma é a conversa, é conversar, tentar explicar o que é o tratamento que vai ser feito, o que precisa ser feito, porque que precisa ser feito, mas geralmente é o diálogo mesmo (enf_11).

A estratégia para melhorar o relacionamento com o paciente que eu uso é conversar, conversar para eles ganharem confiança (enf_06).

Estratégia para melhorar o relacionamento com o paciente, assim, mais a questão do diálogo, conversa mesmo melhora, se você conversar melhora, o paciente tem o direito de escolher quanto ao tratamento e procedimento (enf_12).

A estratégia para melhorar o relacionamento com o paciente, então acho que isso aí é através da conversa, da orientação, eu sou muito franca e aberta mais na parte do conversar, dialogar com ele (enf_08).

Assim, eu não tenho uma estratégia propriamente dita, totalmente formada, apenas explico ao paciente a necessidade de realizar aquela intervenção, aquele cuidado, explico para ele a necessidade, o conforto que vai trazer para aquele paciente é a partir desse diálogo (enf_10).

Quando é curativo eu gosto de acompanhar a progressão, eu converso com a família e paciente, explico o que eu estou usando, paciente diabético a lesão é mais profunda, é mais demorado o tratamento, a gente conversa junto, explica o tratamento, paciente com pé diabético eu gosto de conversar de mostrar o tipo de tecido, tipo de curativo que eu estou fazendo para ele entender (enf_04).

A estratégia para melhorar meu relacionamento com o paciente é demonstrar disposição em ouvir e ajudar, às vezes ele só precisa de você parar e ouvir que às vezes é tanta correria, não dá tempo de olhar no olho e ouvir (enf_04).

Algumas vezes eu uso estratégias para melhorar meu relacionamento com o paciente, tentando entender o que ele pensa, o que ele entende em relação à doença e o que ele quer (enf_01).

Ai eu falo não, fica tranquilo, é por isso e por isso, a estratégia para melhorar o relacionamento com o paciente é empatia, escuta ativa, às vezes os pacientes estão meio receosos, ele não está querendo escutar (enf_07).

Sobre conhecer e chamar o paciente pelo nome e saber o histórico do doente:

Então eu uso também alguma estratégia, seria falar o nome dele né, ficar a par da situação dele, ver algum exame, alguma coisa do tipo entendeu mais ou menos é isso (enf_08).

Acerca da empatia:

Algumas vezes eu uso estratégias para melhorar meu relacionamento com o paciente, tentando entender o que ele pensa, o que ele entende em relação à doença e o que ele quer (enf_01).

Ai eu falo, não, fica tranquilo, é por isso e por isso, a estratégia para melhorar o relacionamento com o paciente é empatia, escuta ativa, às vezes os pacientes estão meio receosos, ele não está querendo escutar (enf_07).

Os pontos fortes vistos nas falas dos enfermeiros para melhora do relacionamento foram: conversar, dialogar, explicar, ouvir, chamar o paciente pelo nome e entender o contexto da situação de saúde em que se encontra e empatia, se colocar no lugar do outro.

A comunicação permite que as pessoas compartilhem diferentes informações, assim, o ato de comunicar é imprescindível para a vida em sociedade, a troca de informações entre as pessoas, possibilita o compartilhamento de ideias, conhecimentos, sentimentos, fatos e mensagens. As falhas na comunicação no contexto da saúde podem acarretar erros irreversíveis e influenciar diretamente na assistência prestada (CONCEIÇÃO; MARCELLOS; RACHARD, 2019).

A equipe de enfermagem deve ter uma comunicação efetiva, que permita o planejamento e a humanização da assistência à saúde. A comunicação verbal inclui todo tipo de passagem ou troca de informações por meio da linguagem escrita ou falada. Os profissionais de saúde devem desenvolver meios, instrumentos, técnicas, habilidades, capacidades e competências para oferecer ao paciente uma interação, que permita a compreensão dos procedimentos e cuidados a serem realizados (CONCEIÇÃO; MARCELLOS; RACHARD, 2019).

Há que se destacar, no entanto, que as mensagens não são transmitidas apenas pela fala, mas também pela forma como as pessoas se comportam. A linguagem não verbal, corporal, a postura, o toque e o contato visual fazem parte da comunicação e colaboram para a qualidade das relações em saúde (CONCEIÇÃO; MARCELLOS; RACHARD, 2019).

Reconhecer e chamar o paciente pelo nome e saber o histórico do doente está relacionado ao fato de conhecer e de reconhecer quem é a pessoa enferma. Igualmente, saber o nome do profissional e o que ele faz, no caso o(a) enfermeiro(a), permite o reconhecimento mútuo, possibilitando uma relação de maior confiança. O reconhecimento, o respeito à confidencialidade, à privacidade e à autonomia, a integridade, a comunicação efetiva e o cuidado centrado na pessoa são, entre outros, fatores importantes para a manutenção da dignidade do paciente (TORABIZADEH; JAFARI; MOMENNASAB, 2021; FRANCO, 2021).

A comunicação organizacional viabiliza fluxos, cujas mensagens são transmitidas, através de políticas de comunicação bem definidas. Assim, uma comunicação planejada, democrática, com canais coerentes, diminui os riscos de ruídos e aumenta as chances de que a informação seja recebida corretamente. A falta de planejamento estratégico da comunicação organizacional gera problemas como: inexistência de um diagnóstico atualizado; informações desconstruídas; utilização linguagem e meios pouco acessíveis; uso de codificações frágeis acarretando leituras incorreta (PETRY; CHESANI; LOPES, 2017).

É importante a educação permanente no que se refere a comunicação. Esse investimento visa melhorar o relacionamento entre as equipes e desenvolver a qualidade assistencial (BARRADAS *et al*, 2019).

4.3.5 - CLASSE 5 - REGISTROS DE ENFERMAGEM E O CONSENTIMENTO INFORMADO

A Classe 5 exibiu composição de palavras que denotam a importância dos registros no que se refere ao cuidado prestado, reafirmando a necessidade de apontamentos fidedignos.

Essa categoria reforça a primazia de se fazer constar nos registros dos enfermeiros os aspectos éticos e legais que envolvem o processo de tomada de decisão em saúde. As unidades lexicais de maior relevância foram: “permissão”, “pedir”, “realizar”, “evolução”. Com 15,6% de assiduidade no *corpus* textual, analisado pelo IRAMUTEQ, revelou que a maioria dos

participantes desconhece ou não realiza o registro em prontuário do processo de obtenção de consentimento informado para a realização dos procedimentos e intervenções de enfermagem.

Nas evoluções ou anotações de enfermagem escrevo que orientei o paciente sobre determinado procedimento, sim, porque acho importante estar ali relatado que o paciente estava ciente do que foi feito. Nas evoluções anotações de enfermagem não anoto que peço permissão ao paciente para realizar o procedimento, nunca pensei nesse lado de relatar isso (enf_06).

Nas evoluções de anotações de enfermagem não escrevo que pedi permissão ao paciente para realizar determinado procedimento, que eu pedi permissão não, só falo que não teve intercorrência em que realizei o procedimento sendo explicado previamente, mas não que eu pedi para ele (enf_02).

Nas anotações ou evoluções de enfermagem não escrevo que pedi permissão ao paciente para realizar determinado procedimento, nunca escrevi na minha vida (enf_07).

Nas evoluções ou anotações de enfermagem não escrevo que pedi permissão para o paciente para realizar determinado procedimento, eu sempre digo orientado o paciente sobre o procedimento tal e pronto só (enf_03).

Alguns enfermeiros orientam o paciente, mas não pedem autorização para realizar o cuidado ou não registram adequadamente em prontuário. É importante destacar que a autorização do paciente é ato fundamental para a presunção do aceite.

Então a gente não tem esse hábito de documentar, a gente apenas evolui que foi feito o procedimento, uma sonda, uma higiene íntima desse tipo, mas o consentimento não nas evoluções ou anotações escrevo que orientei o paciente sobre o procedimento sim (enf_10).

Peço permissão para o paciente para realizar determinado procedimento, eu falo olha tenho um procedimento tal para fazer, aí ele, fala tudo bem, tá bom, tem alguns que fala tá bom e tem alguns que fala mais porque tem que fazer (enf_03).

Nas minhas evoluções ou anotações de enfermagem escrevo que orientei o paciente sobre determinado procedimento, coloco que até justamente o paciente no exame o paciente foi colaborativo durante o procedimento que não teve intercorrência, não teve negação, isso sempre coloco (enf_02).

Nas evoluções de enfermagem escrevo que orientei o paciente sobre determinado procedimento, porque o paciente tem que ser orientado e a gente tem que registrar porque se em algum momento o paciente dizer que foi feita alguma coisa nele sem o consentimento, sem a autorização, com certeza pode trazer problema para gente (enf_05).

Nas evoluções ou anotações de enfermagem escrevo que orientei o paciente sobre determinado procedimento, pois o perigo do paciente informar o contrário é grande por que quando ele ver que o prejuízo pode ser para ele, tanto ele como a família querendo ou não (enf_03).

Eu escrevo nas evoluções e anotações de enfermagem que orientei sobre o procedimento, porque para respaldo primeiro e para ficar registrado, por que às vezes, a gente fala muito e escreve pouco neh, mas todos procedimentos invasivos ou não, por exemplo, orientação de pré-cirurgia eu escrevo, eu relato (enf_04).

Peço permissão para o paciente para realizar procedimento, se ele se nega eu não vou fazer esse procedimento independente da ordem médica é ele que decide né, claro que eu vou dizer as vantagens/desvantagens (enf_02).

A maioria também desconhece ou não utiliza o termo de consentimento informado, ou termo de consentimento livre e esclarecido, como é conhecido no Brasil.

Não aplico termo de consentimento ao paciente antes de realizar o procedimento, nunca, não é necessário o termo para esse procedimento, nas evoluções de anotações de enfermagem escrevo que orientei o paciente sobre determinado procedimento (enf_07).

Eu sempre aviso, quando a gente vai coletar o sangue a gente comunica e fala, tá preparada? Vai ter uma picadinha, vai doer... eu acho que eu peço permissão, não aplico termo de consentimento antes de realizar o procedimento (enf_09).

Peço permissão ao paciente para realizar o procedimento, não aqui não é rotina aplicar termo de consentimento (enf_08).

Orientação verbal, não aplica o termo de consentimento, nas evoluções e anotação de enfermagem não anoto que pedi autorização (enf_01).

Em relação ao uso do termo de consentimento informado, os enfermeiros alegaram não ser rotina no cuidado de enfermagem da UCM ou do HUB. Ao mesmo tempo, referiram que não sabiam que o termo escrito se faz necessário em caso de procedimentos invasivos e/ou que representem risco à vida. Nesse contexto, percebe-se que o padrão é pedir permissão verbal para cuidados de enfermagem na UCM. Se faz necessário, porém, registrar em prontuário clínico o processo de obtenção do consentimento(orientação, pedido de autorização e aceitação ou não do paciente) o que normalmente não é feito. De modo geral, os profissionais registram a negação, por entender que pode representar risco tanto para o doente como para a equipe e a instituição.

A excelência na assistência sanitária só é atingida ao alinhar exatidão técnica com responsabilidade ética na tomada de decisão (BAMPI; GRANDE, 2020). O consentimento informado é fundamental nas decisões em saúde. Nesse âmbito, é entendido como um processo de comunicação recíproca entre profissional e paciente, no qual estão incluídas as informações sobre riscos e benefícios. Os dados devem ser fornecidos para que o doente possa decidir autonomamente se deseja ou não se submeter a tratamentos, ou procedimentos (TREVIZAN *et al*, 2002). Sendo uma ferramenta importante para proteção legal tanto do paciente como do profissional e da instituição (SHIRLEY, 2007).

O termo de consentimento informado é um documento de manifestação de vontade, sendo fundamental que contenha informações adequadas. Deve estar explícita a finalidade, os objetivos, o tipo de colaboração prestada, as vantagens, os inconvenientes e os riscos. O documento é revogável, sem prejuízo pessoal e profissional, para o paciente ou o enfermeiro (CARVALHO, 2019).

O consentimento informado pode ser oral ou escrito. Em caso de procedimentos invasivos, que representam risco à vida, e de pesquisas clínicas, deve-se utilizar a forma escrita, mais segura para expressar a tomada de decisão. Nos demais cuidados pode ser obtido oralmente, sendo registrado em prontuário clínico. O consentimento deve ser obtido para cada tratamento ou procedimento, contendo a natureza da intervenção, os riscos e os benefícios, as alternativas disponíveis e a avaliação da compreensão do paciente sobre todos os elementos (SHAH *et al*, 2022).

Todo tratamento ou procedimento necessita do consentimento do paciente adulto capaz. Não se justifica a violação do direito à autodeterminação, à exceção dos seguintes casos: (1) situações de emergência, que acarretem risco de morte em que ocorra a falta de tempo em se obter o consentimento do paciente ou o paciente dispense o consentimento; (2) incapacidade para decidir, para essas situações existe o que se chama decisão de substituição ou de representação, na qual o responsável legal elege pelo doente; (3) grave risco de saúde pública, a exemplo de doenças infecciosas graves e fatais; (4) ordem legal ou judicial, por força de lei ou de decisão judicial; (5) privilégio terapêutico, situação em que o médico ou a equipe de saúde ocultam informações ao paciente ou não pedem seu consentimento porque julgam que conhecer os fatos produziria no enfermo dano psicológico grave (SHAH *et al*, 2022).

4.4 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS EM PRONTUÁRIO CLÍNICO (REGISTROS DE ENFERMAGEM)

As evoluções e anotações de enfermeiros no prontuário dos pacientes, que estiveram internados na UCM, no HUB, no período setembro de 2020 a março de 2021, foram analisadas em busca de informações que remetesse à temática do estudo. Buscou-se as palavras e os radicais de palavras por meio do motor de busca, obtendo-se 8.865 registros.

Não foram encontradas as palavras ou as expressões, nem radicais ou derivados de: dignidade, digno, direito do paciente, autonomia, liberdade de escolha, paternalismo, questionamento sobre o tratamento, relacionamento enfermeiro-paciente, defesa do paciente, código de ética, ética deontológica, pedir permissão, consentimento, confiança, privacidade, advocacia. Isso demonstra que esses termos ou locuções não fazem parte do vocabulário utilizado pelos enfermeiros em seus registros no prontuário do paciente.

As evoluções e anotações dos enfermeiros, de modo geral, são breves, desestruturadas, sem detalhamento e direcionadas a comunicar minimamente a condição clínica do doente e/ou a intervenção realizada. Os registros apresentaram problemas relacionados à língua portuguesa,

norma culta, adotada no Brasil, a saber: pontuação, separação silábica, crase, regência verbal, uso inadequado de letras maiúsculas e/ou minúsculas, entre outros.

A anotação de enfermagem é o registro ordenado e sistematizado da assistência prestada pela enfermagem. Descreve, de forma narrativa, a condição clínica do paciente, os sinais e sintomas apresentados, as intervenções realizadas, a evolução e as intercorrências. O registro, que deve ser realizado por todos os membros da equipe de enfermagem, possui respaldo ético e legal, possibilitando o ensino, a pesquisa e a auditoria (BRITO; VELOZO; PAVANELLI, 2016). Já a evolução de enfermagem é de responsabilidade exclusiva do enfermeiro. É realizada após a avaliação do estado geral do paciente, com objetivo nortear o planejamento da assistência e informar o resultado das condutas de enfermagem implementadas, faz parte da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) (PADILHA; HADDAD; MATSUDA, 2014).

A comunicação escrita adequada da prática de enfermagem demonstra assistência qualificada e efetiva no atendimento às demandas do paciente (KRAUZER *et al*, 2015; FIGUEIREDO *et al*, 2019). O registro escrito é um respaldo legal para o profissional e a instituição. A comunicação por meio do registro favorece a continuidade do cuidado, pois contém as informações sobre o paciente, os problemas identificados, as ações implementadas e as avaliações realizadas (LIMA; LIMA, 2017).

Os registros de enfermagem permitem o reconhecimento de informações pertinentes à assistência prestada. Quando o registro não é realizado ou é feito de forma incompleta e/ou superficial, não retrata a realidade do cuidado (BARRETO; LIMA; XAVIER, 2016; SOUZA *et al*, 2021).

Os registros de enfermagem compõem o prontuário clínico, que é o documento originado da passagem do paciente no serviço de saúde. Contém informações referente à assistência prestada ao paciente e permite a avaliação do cuidado prestado e da qualidade da assistência à saúde (PADILHA; HADDAD; MATSUDA, 2014). Todos os documentos que compõem o prontuário, de acordo com a resolução CFM 1821/07, devem ser guardados por um prazo mínimo de vinte anos a partir do último registro. O conjunto de documentos é de propriedade do paciente, que tem o direito de acessá-lo e solicitar cópia ao médico e ao estabelecimento de saúde (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

Os profissionais com acesso ao prontuário do paciente têm o dever de observar e respeitar os direitos fundamentais de confidencialidade e de privacidade, expressamente previstos no artigo 17 da Lei Geral de Proteção de dados (LGPD), reforçando a previsão

expressa da Constituição Federal, artigo 5º (BRASIL, 2018). A anotação incorreta, incompleta ou inexistente dos fatos pode caracterizar delito e ocasionar punições de acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, o Código Civil e o Código Penal (COFEN, 2016).

Souza e colaboradores (2021) constataram que enfermeiras identificaram os registros de enfermagem como uma ferramenta para o gerenciamento do cuidado. Na prática, contudo, observaram que os registros tinham papel protocolar, burocrático e estavam associados a uma gestão desarticulada do cuidado, evidenciando uma dicotomia entre gerenciar e cuidar.

Por sua vez, Barreto e coautores (2019), investigaram as justificativas para que os enfermeiros não registrassem a assistência prestada e encontraram argumentos relacionados à: recursos humanos escassos, falta de tempo e ausência de impressos adequados. Para os autores é necessário reorganizar o processo de trabalho do enfermeiro e adequar o dimensionamento de pessoal, a fim de que os registros se estabeleçam no cotidiano do profissional. Registros claros, objetivos, precisos e completos estão relacionados à qualidade da assistência em saúde (MUTSHATSHI *et al*, 2018).

As palavras, expressões ou variações referentes a aceitou tratamento, no âmbito dos direitos do paciente, foram encontradas em apenas um registro. Os termos aceitação e aceitar e suas variações foram normalmente encontradas nos registros referentes a dieta e a aceitação alimentar, a exemplo de: dieta com boa, moderada ou baixa aceitação. Já a palavra tratamento foi evocada em relação a tratamento clínico ou nas expressões: aguarda o tratamento, está sem tratamento.

Abaixo o registro referente a aceitou tratamento

No início do plantão, a esposa do paciente estava acompanhando o paciente, explicado pela Dra... a respeito da ala COVID e isolamento, paciente ameaçou evadir, porém, após conversa com a filha aceitou ficar sem acompanhante e seguir seu tratamento.

No registro é observado que houve uma conversa na qual o paciente foi orientado sobre a situação, necessidade de isolamento na ala COVID. O paciente em um primeiro momento apresentou recusa ao tratamento, mas, posteriormente, ao conversar com a filha, aceitou ficar internado sem acompanhante. O reforço à adesão ao tratamento e a linguagem acessível do profissional de saúde acerca da doença ou lesão e o que envolve, podem tranquilizar e reforçar comportamentos de confiança e autonomia do paciente (GUEDES; GUEDES, 2012).

As palavras, expressões ou variações referentes a relação de confiança. O termo confiança e suas derivações, exemplo: “confia”, não foram encontradas nos registros

analisados. Já o vocábulo relação foi utilizado no contexto da avaliação do nível de consciência do doente, orientação em relação ao tempo, espaço e pessoa, na abordagem da evolução do paciente, melhora ou piora do quadro em relação ao dia anterior ou ainda em relação à sexualidade ou a relação sexual.

No registro a seguir observa-se que o paciente manifestou resistência em relação ao procedimento de aspiração. O enfermeiro, porém, não registrou adequadamente o fato, não descreveu com detalhes a situação ou colocou a conduta adotada. De acordo com Ito (2011), os fatos ocorridos no contexto do cuidado à saúde devem ser descritos de maneira clara, objetiva e completa, devendo constar da anotação também as condutas tomadas.

Apresenta resistência em relação à aspiração. Mantém AVP em MSE. Foi submetido ao banho por aspersão. Dieta por GTT com vazão de 45 ml/h. Eliminações fisiológicas espontâneas. Segue aos cuidados da equipe.

As palavras, expressões ou variações referentes a bom paciente não apresentaram registros relacionados ao contexto dos direitos do paciente. O termo bom apareceu em expressões como: bom estado geral, bom padrão ventilatório, bom resultado, bom sono, bom controle da pressão arterial, bom débito urinário, bom débito cardíaco. Já a palavra paciente surgiu em locuções como: paciente procedente, paciente acompanhado, paciente em bom estado geral. A exemplo da anotação a seguir:

Paciente em bom estado geral, deambulando, lúcida e orientada em tempo e espaço. Hidratada, corada. Hemodinamicamente estável sem uso de DVA.

Nos registros em prontuário os enfermeiros devem evitar termos vagos ou que denotem generalizações, a exemplo de: paciente passa bem, alimenta-se bem, está sem anormalidades. Devem empregar termos descritivos e que permitam que o leitor entenda a situação (ITO, 2011).

No que se refere à palavras, expressões ou variações referentes a recusar tratamento e/ou procedimento foram encontrados em três registros relacionados à palavra recusar e dois referentes ao termo procedimento:

Paciente no leito, em regular estado geral, no momento sem queixas. Em QT, as 21:40 a BIC sinalizou conclusão da infusão. A BIC estava sinalizando a infusão total de 619 ml, o mesmo do rotulo (QT total) instalada. No entanto, no frasco com presença de mais ou menos 150 ml de QT. Informado a paciente que iria colocar para infundir o restante, paciente recusou, relatando que não era aquela quantidade não infundida que ia mudar no tratamento dela. Foi explicado que com a retirada da bolsa não finalizada, ela não estaria tomando a dosagem correta prescrita pela equipe, mesmo assim recusou que a bolsa continuasse. Bolsa foi desinstalada e instalada nova bolsa as 21:40. Paciente não aceita alimentação do hospital. Relata desejo de comer ifood. Nervosa e aborrecida. Refere vomito. Nega febre, dor abdominal e dispneia. Deambulando sem dificuldades. Com CTI puncionado em curso QT. Segue cuidados de enfermagem.

Mantém acesso em MSD, do dia 08/01, sem sinal de flebite, em uso de antibioticoterapia, paciente recusa punção de segundo AVP, recebe antibióticos atrasados, por conta da transfusão sanguínea, no período diurno.

Já foi oferecido a realização de gastrostomia para a família, que recusou o procedimento. Refere aspiração de saliva com aparelho próprio.

Filho solicita que sejam mantidos tratamentos que tenham intuito curativo e de reabilitação. Em caso de piora ou não melhora e necessidade de procedimentos que visem o prolongamento da vida, sem benefício no sentido curativo, entrar em contato com a família.

Realizada sondagem nasoenteral, conforme prescrição médica. Procedimento realizado sem intercorrências. Após a realização do RX paciente queixou dor abdominal e desconforto na garganta. Confirmado posicionamento pelo RX e medicado o paciente com dipirona, cpm. Às 14:00 h paciente relata muito desconforto com o uso da sonda e relata que irá retirar a mesma, comunicado com a Dra... que orientou a retirar a SNE.

No que tange a informar e orientar, foram encontrados oito registros concernentes as palavras, expressões ou variações:

Tentei sem sucesso trocar SVD no paciente. O mesmo está agendado realizar hoje às 20h RNM no Daher. Médico solicitou trocar SVD hoje devido provável alta amanhã.. Tentativas:. 2x Folley nº 18, após não conseguir, chamei a Enf ... e a médica ..., sendo que as mesmas orientaram a tentar passar foley menor.. Tentei novamente com foley nº 16 sem sucesso. A médica então recomendou manter sem sondagem e caso necessário seja realizada sondagem de alívio.. Acompanhante orientado pelas enfermeiras e pela médica que caso o paciente não consiga urinar, informe à enfermagem para avaliar possível bexigoma.

Refere entender a orientação de como acionar a campainha para solicitar a ajuda da equipe de saúde; assim como referiu entender a orientação de não tentar se levantar do leito;. - Aferidos os sinais vitais e glicemia capilar;. - Realizada as escalas: Braden e Morse;. - Segue sob os cuidados intensivos da equipe de saúde.

CONDUTA :. CONTROLE DE SSVV. APOIO PSICOLÓGICO . ORIENTAÇÕES QUANTO A ROTINA . AGUARDO CONDUTA MEDICA PARA REPASSAGEM DA SNE.

Oriento paciente sobre uso de máscara e coloco placa de isolamento em porta, aguardo conduta médica, sobre pacientes do outros leitos da enfermaria, os mesmos não foram informados.. Reforço orientações sobre a cuidados gerais e uso intermitente de máscara.. Segue aos cuidados da equipe assistencial.

Reforço orientações quanto a cuidados gerais e oriento a acompanhante a chamar em caso de nova crise.. segue aos cuidados da equipe assistencial.

Reforço orientação quanto a normas e rotinas da unidade hospitalar. Segue aos cuidados de enfermagem.

Paciente deitada no leito, acompanhada da neta, desorientada no tempo e orientada no espaço, em ar ambiente, nega dispneia no momento, relato que se cansa mais quando deita, orientamos ficar mais sentada nesses momento e colocar O2 quando dispneica.

Apresentou sangramento em curativo cirúrgico após sentar-se no leito, feito troca de curativo pelo enfermeiro ..., foi orientado para ficar deitado.. Segue cuidados de enfermagem.

As palavras, expressões ou variações referentes a preferir e escolher foram encontradas em três registros:

Ainda persiste com dificuldade para deglutir devido as lesões, preferindo alimentos pastosos e líquidos, porém apetite preservado. Apresenta tosse seca durante a noite, porém nega dispneia, febre, náuseas, vômitos e demais sintomas no momento.

Dispneia aos mínimos esforços. Em ar ambiente, em uso de AV em MSE, recebendo dieta via oral porém comeu menos no último dia, tendo recusado o almoço e comido pouco no jantar, tem preferência por comidas líquidas. Em uso de SNE recebendo dieta 25 ml/h com boa tolerância..

Paciente negou-se a tomar banho, explicado sobre a rotina dos banhos, mesmo assim preferiu não tomar banho.

As palavras, expressões ou variações referentes a permissão foram encontradas em dois registros:

Paciente em leito de enfermaria, vigil, lúcida e orientada. Queixa de sentir fome, a mesma não come comida da unidade e que por isso tem baixa aceitação da dieta, solicita permissão para entrada de comida por aplicativo solicita alta hoje após término de QT.

Paciente em regular estado geral, consciente, agressivo, não permite nova punção de AVP, com estabilidade hemodinâmica sem uso de DVA, posicionada em decúbito dorsal no leito.

As palavras, expressões ou variações referentes a respeito no sentido de respeitar o paciente e seus direitos foram encontradas em dois registros:

Paciente nega-se a realizar sondagem de alívio durante internação, mesmo após ser esclarecidas a respeito dos riscos.

Permanece ciente que quanto na necessidade de ficar em restrição no leito solicitada pela equipe da Cárdio, com informações que a mesma tem alto risco de fazer Arritmia, porém não segue as orientações da equipe médica e de enfermagem a respeito da restrição e da monitorização. Segue sem relatos de queixas aos cuidados da equipe multidisciplinar.

As palavras, expressões ou variações referentes à consentimento foram encontradas em apenas um registro:

Consentiu aspiração às 07:30, pela Enfa Hemodinâmica estável. Dieta por GTT à 85ml/h. Diurese e dejeções presentes espontaneamente (SIC). Perfusão periférica preservada, sem edemas, sem lesões de pele. AVP em MSD, (26/10/2020) pérvio e sem sinais de flebite. Segue aos cuidados da equipe multidisciplinar.

As palavras, expressões ou variações referentes a tomada de decisão foram encontradas em dois registros:

Dr ... juntamente com a equipe não autorizou a saída da paciente. Porém a filha decidiu sair do hospital por conta própria e evadiu com a mãe. Fica aqui então a equipe de enfermagem, e equipe médica sem nenhuma responsabilidade com a saída da paciente, pois foi uma decisão da família a alta da paciente.

Paciente paliativa por familiares/equipe em internação na UTI de hospital privado.
-- Alzheimer avançado => Atenção: em 07/02, converso com filho... que informa que essa decisão foi tomada diante de evolução desfavorável, com paciente gravíssima, em piora hemodinâmica e infecciosa.

As palavras, expressões ou variações referentes à comunicação foram encontradas em três registros:

Paciente consciente, orientada, um pouco de dificuldade na comunicação devido falar outro idioma, porem, mediado pelo acompanhante.

Paciente em leito de enfermaria, orientado, sem acompanhante, com comunicação comprometida; mas apresenta melhora da fonação, conseguindo pronunciar frases.

Paciente acamado, consciente, normotenso, normocardico, hipocorado, afebril, com dificuldade de comunicação.

Os registros de enfermagem analisados permitiram compreender que a comunicação escrita da enfermagem da UCM, do HUB, fornece de maneira superficial e incompleta as condições clínicas do paciente, as intervenções realizadas e as intercorrências. Constatou-se que houve falhas na escrita dos registros de enfermagem, tanto em aspectos técnicos quanto éticos. A qualidade da assistência e a produtividade do trabalho de enfermagem é medido por meio do registro de ações assistenciais (SILVA; DIAS, 2018).

A comunicação escrita fidedigna é a ferramenta ética legal do cuidado prestado (SILVA; DIAS, 2018). De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, artigo 36, deve-se registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras. O referido documento norteador da ética deontológica impõe, no artigo 35, apor nome completo e/ou nome social, ambos legíveis, número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, assinatura ou rubrica nos documentos, quando no exercício profissional e quando se tratar de prontuário eletrônico, a assinatura deverá ser certificada, conforme legislação vigente (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Cabe ao enfermeiro descrever o estado geral do paciente, os cuidados prestados com consentimento do doente, discriminar os procedimentos invasivos, descrever as eliminações e dar o diagnóstico de enfermagem (COFEN, 2016). O registro com falha, ocasiona conflito e deixa em dúvida se os procedimentos foram executados (AQUINO, 2018).

Nas entrevistas, a maioria dos enfermeiros referiram que as decisões dos pacientes eram respeitadas por eles enquanto profissionais. Que a relação enfermeiro paciente estava baseada em comunicação, orientação, compreensão e empatia. Nos registros desses profissionais, por sua vez, evidenciou-se eminentemente informações sobre demandas clínicas e a descrição bastante sucinta dos procedimentos realizados. Poucos registros salientaram a questão da orientação do paciente e da família pelo enfermeiro, praticamente não foram abordados o processo de consentimento informado e o direito de escolher do doente, revelando que apesar do discurso dos enfermeiros, nas entrevistas, mencionaram que estes profissionais respeitavam o

direito de escolha, a autonomia, do doente, os registros de enfermagem realizados no prontuário clínico não revelam essa realidade.

De acordo com Beauchamp e Childress (2019) ser autônomo não é a mesma coisa que ser respeitado como um agente autônomo. Respeitar um agente autônomo é, no mínimo, reconhecer o direito dessa pessoa de ter suas opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais. Esse respeito envolve a **ação** respeitosa, e não meramente uma **atitude** respeitosa (grifos dos autores). Exige mais que obrigações de não-intervenção nas decisões das pessoas, inclui obrigações para sustentar as capacidades dos outros para escolher autonomamente, diminuindo os temores e outras condições que prejudiquem a autonomia. Nessa concepção, o respeito à autonomia implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, enquanto o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia dos outros e, portanto, negam a igualdade mínima entre as pessoas. Sendo assim, os enfermeiros da UCM, do HUB, embora tivessem uma atitude respeitosa não desenvolveram uma ação de respeito à autonomia do paciente. Não respeitaram os direitos do paciente na medida que não os capacitaram para agir autonomamente.

O cuidado de enfermagem prestado por enfermeiros na UCM denota um desequilíbrio de poder entre profissionais e pacientes, favorecendo uma abordagem paternalista, acarretando restrição à autonomia dos pacientes (ALBUQUERQUE, 2020). Nesse contexto, o doente acaba por aceitar o imposto pelo profissional por acreditar que irá levá-lo a recuperar a saúde, mesmo que imprima sofrimento, contrarie sua vontade, viole seu corpo e ofenda sua dignidade. O enfermeiro como cuidador e detentor do conhecimento deve empoderar o paciente para o processo de tomada de decisão em saúde. Isso é possível por meio de uma relação mais horizontal, baseada no respeito, na confiança, na empatia e no diálogo (BAPTISTA, 2018).

5 CONCLUSÃO

O presente estudo, a partir das estratégias e dos instrumentos utilizados, permitiu conhecer como se dá a relação enfermeiro paciente na UCM no HUB. A realidade observada é bastante diversa de como deveria ser essa relação clínica para respeitar o direito de escolha do doente no processo de tomada de decisão em saúde. Há uma dicotomia entre o discurso e a ação dos enfermeiros, expressa em seus registros no prontuário do paciente. Na entrevista os enfermeiros referem que a relação enfermeiro paciente está baseada em comunicação, orientação, compreensão e empatia. Nos registros desses profissionais se destacam informações sobre demandas clínicas e descrições sucintas das intervenções realizadas. Poucas anotações

abordam a orientação do paciente e da família e praticamente não se fala sobre o processo de consentimento informado e o direito de escolha do doente.

A temática dos direitos do paciente ainda é desconhecida ou incipiente na visão dos enfermeiros da UCM, do HUB. Percebeu-se um déficit de conhecimento no tocante ao tema, expondo os pacientes ao risco de terem seus direitos, especialmente a autodeterminação, violados. Para que haja mudança dessa realidade, recomenda-se o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências no que se refere aos direitos do paciente, assim como na área de ética e bioética, para uma assistência à saúde mais justa, ética e promotora de direitos seja implementada.

O estudo também demonstrou a realidade do processo de obtenção do consentimento informado e do uso do termo escrito no contexto dos cuidados de enfermagem na UCM, no HUB. Os enfermeiros entrevistados desconheciam as situações nas quais se fazia necessário a aplicação do documento e informaram ainda nunca ter utilizado o expediente. Nesse contexto, entende-se ser importante a promoção da educação em serviço, para orientar sobre o tema e dirimir dúvidas, visando a implementação do consentimento informado no âmbito dos cuidados de enfermagem da instituição.

A pesquisa demarcou ainda a precariedade dos registros de enfermagem analisados. As evoluções e anotações eram incompletas, pouco claras e não retratavam adequadamente as condições clínicas do paciente e a assistência prestada, além de apresentarem problemas com relação ao emprego do português, norma culta, adotada no Brasil. Não havia menção ao respeito às escolhas do doente, aos direitos do paciente. Se faz necessário que os enfermeiros adotem um padrão de registros, com sequência lógica de informações, de forma completa, clara e objetiva, bem como a utilização adequada da língua culta. Necessário ainda lembrar que a excelência na assistência sanitária só é atingida ao alinhar exatidão técnica e responsabilidade ética na tomada de decisão.

A qualidade e a eficiência do cuidado prestado estão relacionadas ao registro em prontuário. É necessário investir na melhoria da qualidade dos registros de enfermagem, com capacitação e programas de treinamento constantes, para que a equipe realize anotações que realmente comuniquem a realidade prática. Os profissionais precisam buscar o conhecimento para manterem-se atualizados, aplicando o saber na prática clínica, nos cuidados prestados ao paciente.

É importante lembrar ainda que a comunicação é imprescindível para um cuidado à saúde de qualidade. Assim a promoção do diálogo é estratégia para a humanização da saúde.

O percurso adotado na esfera metodológica alcançou os objetivos propostos. A pesquisa foi desenvolvida em tempo hábil mesmo em meio a pandemia de COVID 19. Algumas questões, contudo, mereciam um maior aprofundamento, seria necessário compreender melhor as definições de mau paciente, bom paciente e paciente problema. Infelizmente as ferramentas de investigação não proporcionaram essa possibilidade.

Espera-se que este estudo instigue os enfermeiros a uma reflexão sobre pensamentos, atitudes e comportamentos adotados na prática clínica no que concerne aos direitos do paciente. O respeito, o reconhecimento e a afirmação da dignidade daqueles que necessitam de assistência à saúde deve ser um dos imperativos do cuidado de enfermagem. Sugere-se a produção de estudos sobre o tema tendo como público alvo pacientes, familiares e profissionais de saúde a fim de discutir e difundir os direitos do paciente.

REFERÊNCIAS

- ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK GROUP. **European charter of patients' rights**. Basis document. Rome, november 2002.
- ALBUQUERQUE, A. **Direitos humanos dos pacientes**. Curitiba: Juruá, 2016.
- ALBUQUERQUE, A. **Manual de Direito do paciente**. Belo Horizonte: Cei, 2020.
- ALBUQUERQUE, A. PARANHOS, D *et al.* Mapeo de los derechos de los pacientes en América Latina Informe Final. **Rev. redbioética/unesco**, Año 11, 2 (22): 12 - 12 julio - diciembre 2020 ISSN 2077-9445.
- ALBUQUERQUE dos SANTOS, M. C. *et al.* Nurses' empathy in an emergency hospital service. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**. 2019, v. 28 e20170406. ISSN 1980-265X.
- ANNAS, G. J. **The rights of patients: The authoritative ACLU guide to the rights of patients**. Nova Iorque: New York University, 2004.
- ARAÚJO, A. T. M.; LINS-KUSTERER, L.; VERDIVAL, R. Vulnerabilidade e compreensão como fundamentos do consentimento na relação médico-paciente. **Revista Brasileira de Direito Civil, [S. l.]**, v. 31, n. 01, p. 275, 2022.
- AKCA, S. O.; AKPINAR, Y. Y.; HABBANI, T. Knowledge and attitudes of nurses regarding patient rights: a Corum/Turkey sample. **Rev Assoc Med Bras**. 2015; 61(5):452-457.
- AQUINO, M. J. N. *et al.* Anotações de enfermagem: avaliação da qualidade em unidade de terapia intensiva. **Enferm. Foco**. 2018; 9 (1): 7-12.
- AYDIN, E. R.; İNCEDERE, A.; ÖZTÜRK, S. Respectful care of human dignity: how is it perceived by patients and nurses? **J Med Ethics**. 2018;44(10):675-680.
- BAK, R. Patient Advocacy from a Perioperative Nurse Perspective. **Tennessee Nurse**, vol. 84, no.1, spring 2021, p.12.
- BAMPI, L. N. S.; GRANDE, L. F. Potencialidades e limites do comitê de ética hospitalar e a participação do enfermeiro: reflexões. **Texto Contexto Enferm [Internet]**. 2020; 29:e20180305. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0305>.
- BANERJEE, S. C. *et al.* Oncology Care Provider (OCP) Training in Empathic Communication Skills to Reduce Lung Cancer Stigma. **Chest [Internet]**. 2020.
- BAPTISTA, M. K. S. *et al.* O poder na relação enfermeiro-paciente: revisão integrativa. **Revista Bioética [online]**. 2018, v. 26, n. 4 [Acessado 1 Outubro 2022], pp. 556-566. ISSN 1983-8034.
- BARBOSA, E. S. B. *et al.* Homens na Enfermagem. A sustentabilidade do processo de trabalho da enfermagem. In: 61^a Congresso Brasileiro de Enfermagem, **Anais**. 2009.
- BARRADAS, N. N. U. F. *et al.* Atitudes de segurança da equipe de enfermagem no ambiente hospitalar. **Rev enferm UFPE on line**. 2019;13:e239908 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.23990>.

BARRETO, J. A.; LIMA, G. G. D.; XAVIER, C. F. The inconsistency of nursing records in audit process la incompatibilidad de los registros de enfermería em processo de auditoria. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.** 2016 ; 1(6): 2081-2093. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.917>.

BARRETO, J. de J. S. *et al.* Registros de Enfermagem e os desafios de sua execução na prática assistencial. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-8, 2019.

BARLEM, J. G. *et al.* Nursing beliefs and actions in exercising patient advocacy in a hospital context. **Rev Esc Enferm USP**. 2015 Oct;49(5):811-8.

BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 13ª Edição. São Paulo: Editora Vozes, 2015. 520p.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. New York: Oxford University Press, 2019. 512p.

BERMEJO, J. C.; BELDA, R. M. **Testamento Vital: diálogo sobre a vida, a morte e a liberdade**. São Paulo: Loyola; 2015.

BIBLIOTECA VIRTUAL DA SAÚDE. Descritores da saúde em ciências da saúde. Disponível em: <https://decs.bvs.br/>. 2022.

BIRD, S.; EDWARD, L.; EWAN, K. *Processamento de Linguagem Natural com Python*. 2009. O'Reilly Media Inc. Disponível em: <https://www.nltk.org/>. Acesso em: 01 out. 2022.

BONFADA, M. S.; PINNO, C.; CAMPONOGARA, S. Potencialidades e limites da autonomia do enfermeiro em ambiente hospitalar. **Rev. enferm. UFPE on line**; 12(8): 2235-2246, ago. 2018. ISSN: 1981-8963.

BRASIL. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Seção 1. Brasília, DF; Ministério da saúde; 2009.

BRASIL. **Projeto de Lei 5559 de 2016**. Dispõe sobre os direitos dos pacientes e dá outras providências. Brasília, DF; Câmara dos deputados, 2016.

BRASIL, **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, 2018.

BRITO, N. M. R.; VELOZO, B. C.; PAVANELLI, R. J. **Manual de orientação: Anotação de enfermagem**. Botucatu – SP. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. 2016. IBSN: 978-85-69376-04-0.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software Iramuteq: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires**. Santa Catarina: UFSC, 2016.

CAPELLA V. B. Problemas bioéticos en la prestación de los cuidados enfermeros durante la pandemia del COVID-19. **Index Enferm** [Internet]. 2020 ; 29(1-2): 46-50. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100011&lng=es.

CARVALHO, A. L. et al. Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem- **Manual prático**. 2019.

CASTRO, C. F. *et al.* Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde. **Rev. Bioét.** [Internet]. 2020 Sep [cited 2020 Nov 23] ; 28(3): 522-530.

CESPEDES, M. D. S.; DE SOUZA, J. C. R. P.; BORGES, S. L. C. Empecilhos e soluções para relação médico-enfermeiro: revisão narrativa. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, p. 1 of 8-1 of 8, 2020.

CHANG, H. T. *et al.* Nurses' Experiences and Factors Related to Their Attitudes Regarding Discussions with Patients and Family Members about Do-Not-Resuscitate Decisions and Life-Sustaining Treatment Withdrawal: A Hospital-Based Cross-Sectional Study. **Int J Environ Res Public Health**. 2020 Jan 15;17(2):0.

CHIBANTE, C. L. P. *et al.* Autonomia do paciente no processo de viver com doenças crônicas não transmissíveis durante a hospitalização. **Editora Atena** 2021. Isbn 9786557067659.

CLAUDINO, A. H. A. Diretivas Antecipadas de vontade no ordenamento jurídico Brasileiro. **Equipe Âmbito Jurídico**. 2015.

CONCEIÇÃO, L. A.; MARCELLOS, L. N.; RACHARD, C. D. A. Comunicação Organizacional: Com ênfase na equipe de saúde. **Revista Saúde em Foco [Internet]**, v. 11, p. 424-430, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 564/2017**. Aprova o novo código de ética dos profissionais de enfermagem. Brasília, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Guia de recomendações para o registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem**. Brasília, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM Nº 1.821/2007**. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes. Brasília, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM Nº 22 17 DE 27/09/2018**. Código de Ética Médica. Dispõe de capítulos que asseguram direitos de médicos e pacientes. Brasília, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.995, de 31 de agosto de 2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, 2012.

DADALTO, L; Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). **Revista de Bioética y Derecho**. 2013; núm. 28, p. 61- 71.

DADALTO, L; TUPINAMBÁS, U.; GRECO, D. B. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Rev Bioética**. 2013; 21(3):463–76.

DADZIE, G; AZIATO, L; AIKINS, A. D. “We are the best to stand in for patients”: a qualitative study on nurses' advocacy characteristics in Ghana. **BMC Nurs**. 2017 Nov 14;16:61.

DISTRITO FEDERAL. Humberto Lucena Pereira da Fonseca. Secretaria de Saúde do Distrito Federal (ed.). **Contrato 01/2017**. 2016. 060.005.013/2016. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/16496/431290/Contrato+001_2017_HUB+e+SES-DF.pdf/9ed45c8c-e036-4d1a-acb2-cbdf9603199f.

DUARTE, D. E. S. O papel das práticas organizacionais no conflito entre médicos e enfermeiros em contexto hospitalar: as consequências para a prestação de cuidados de saúde (mestrado em gestão e economia de serviços de saúde). Faculdade de economia da universidade de Porto, 2019. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/124269>.

ELLS, C.; HUNT, M. R.; EVANS, J. C. Relational autonomy as an essential component of patientcentered care. **International Journal of Feminist Approaches to Bioethics**, v. 4, n. 2, p. 79-101, 2011.

EUROPEAN COMMISSION. **Patients' rights in the European Union : mapping eXercise : final report**. Directorate-General for Health and Food Safety. Publications Office; 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.2875/751285>.

EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHT. **End of life and the European Convention on Human Rights**. Right to life and right. To respect for private life. Factsheet – End of life and the ECHR. October 2022. Disponível em: https://echr.coe.int/DOCUMENTS/FS_EUTHANASIA_ENG.PDF.

EUROPEAN PATIENTS' FORUM (EPF). European patients' rights day 2021. Disponível: <https://www.eu-patient.eu/news/latest-epf-news/2021/european-patients-rights-day-2021/>.

FARMER, L; LUNDY, A. Informed Consent Ethical and Legal Considerations for Advanced Practice Nurses. **The Journal for Nurse Practitioners**, Volume 13, Issue 2, 2017, Pages 124-130, ISSN 1555-4155.

FIGUEIREDO, T.; *et al.* Assessment of Nursing Records of Patients Admitted to the Medical Clinic of a University Hospital from the Northern Region of Minas Gerais State. **J. res.: fundam. care**. online [Internet] 2019 ; 11(2):390-6. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.390-396>.

FONTCUBERTA, J. M.; FONTCUBERTA, B. Encuentros difíciles médico-paciente: ¿un problema inevitable?, **Atención Primaria**, Volume 41, Issue 1, 2009, Pages 15-17, ISSN0212-6567.

FOUNTOUKI, A.; SANCHEZ, M. A.; THEOFANIDIS, D. Paternalism VS Patient Empowerment: Nursing Challenges from Spain and Greece. **International Journal of Caring Sciences** [Internet]. 2020 [cited 2022 ago 7]; 13(3):2288.

FRANCO, H; CALDEIRA, S; NUNES, L. Dignity in nursing: A synthesis review of concept analysis studies. **Nurs Ethics**. 2021;28(5):734-749.

FREITAS, G. F.; OGUISSO, T. Perfil de profissionais de enfermagem e ocorrências éticas. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. 2007, v. 20, n. 4 [Acessado 11 Dezembro 2022], pp. 489-494. ISSN 1982-0194.

FREITAS, G. F. Bioética no cuidado e direitos dos pacientes e familiares. **Revista de Enfermería y Humanidades**. 2º Semestre 2008. Ano XII - N.º 24.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ CRUZ; COFEN. **Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil** - Rio de Janeiro, 28 volumes. Produzido em 2016, Publicado em 2017. Volume I - Brasil.

GALLEGO, D. C. Autonomia e interdependência. A ética do cuidado na deficiência. **Humanities Magazine**, 2020, 10(2), julho-dezembro, ISSN: 2215-3934. University of Costa Rica, Costa Rica. DOI: <https://doi.org/10.15517/h.v10i2.41154>

GEOVANINI, T. *et al.* **História da enfermagem: versões e interpretações**. Editora: Thieme Revinter Publicações LTDA, 2018.

GOOLD, I.; HERRING, J. **Great Debates in Medical Law and Ethics**. cham: Palgrave. 2018.

GRACE, P.; MILLIKEN, A. Educating nurses for ethical practice in contemporary health care environments. **Hastings Cent rep** [Internet]. 2016 ;46(S1): S13-7. PMID: 27649912.

GUEDES, K. D.; GUEDES, H. M. Qualidade de vida do paciente portador de insuficiência renal crônica. **Revista Ciência & Saúde**. 2012 5(1), p. 48-53. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/9734/7746>

GUIRRO, Ú. B. P. *et al.* Conhecimento sobre diretivas antecipadas de vontade em hospital-escola. **Revista Bioética** [online]. 2022, v. 30, n. 1, pp. 116-125.

HASSEGAWA, L. S. U. *et al.* Abordagens e reflexões sobre diretivas antecipadas da vontade no Brasil. **Revis. Bras. Enferm.** [Internert]. 2019. 72(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0347>.

H.R.4449 - **Patient Self Determination Act of 1990**. AHA. H.R.200 – 117th Congress (2021-2022): National Intersection and Interchange Safety Construction Program Act of 2021, H.R.200, 117th Cong. (2021), <https://www.congress.gov/bill/117th-congress/house-bill/200>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **The ICN code of ethics for nurses**. Revised 2021, 3, place Jean Marteau, 1201 Geneva, Switzerland ISBN: 978-92-95099-94-4 https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf

ITO, E. E. **Anotações De Enfermagem: Reflexo Do Cuidado**. São Paulo: Martinari, 2011.

KISVETROVÁ, H. *et al.* Dignidade e preditores de sua mudança entre pacientes internados em cuidados de longa duração. **Pesquisa Clínica em Enfermagem**, v. 31, n. 2, pág. 274-283, 2022.

KRAUZER, I. M. *et al.* Records of nursing from the perspective of an integrative review. **J. nurs. health**. (Online). 2015 [cited 2022 NOV 05]; 5(1):68-79. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3866>.

KUWANO, N.; FUKUDA, H.; MURASHIMA, S. Factors affecting professional autonomy of japanese nurses caring for culturally and linguistically diverse patients in a Hospital Setting in Japan. **J Transcult Nurs**. 2016 Nov; 27(6): 567-73. Doi: 10.1177/1043659615587588.

KWAME, A.; PETRUCKA, P. M. Universal healthcare coverage, patients' rights, and nurse-patient communication: a critical review of the evidence. **BMC Nurs** 21, 54 (2022). KRAUS, A. Paternalismo. **Nexus: Sociedade, Ciência, Literatura**, vol. 43, n°. 524, ago. 2021, pág.60. Gale Academic OneFile.

LIMA, O. J. L.; LIMA, Â. R. A. Realização da evolução de enfermagem em âmbito hospitalar: uma revisão sistemática **J. nurs. health**;7(3): e177302, dez.2017.<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-33414>.

LIMA, A. F. A.; MACHADO, F. I. S. Médico como arquiteto da escolha: paternalismo e respeito à autonomia. **Revista Bioética** [online]. 2021, v. 29, n. 1, pp. 44-54. ISSN 1983-8034.

LIPORACI, B. de P. C.; SANTOS, R. A. dos; MAGRINI, D. F. Autonomia do paciente, o exercício da liberdade de escolha no Direito à Saúde. **Revista Brasileira de Bioética**. v. 14, n. edsup, p. 68, 2019. DOI: 10.26512/rbb.v14iedsup.24724.

LOMBARDI, M. R.; CAMPOS, V. P. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Rev Abet**, v. 17, n. 1, p. 28-46, 2018.

LUCENA, M. D. A.; ALBUQUERQUE, A. Qualidade de vida em pacientes sob cuidados paliativos no prisma dos Direitos Humanos dos Pacientes. **Cad Ibero-Amer Dir Sanit [Internet]**. 2021;10(1):165–85.

LUZ, K. R. *et al.* Advocacy in intensive care and hospitalization by court order: what are the perspectives of nurses? **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0157>.

MACHADO, M. *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enfermagem em foco**. 2016, 7(esp), 9-14.

MARCHI, M. M.; SZTAJN, R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. **Revista bioética**, v. 6, n. 1, 2009.

MELO, C. M. M. *et al.* Professional autonomy of the nurse: some reflections. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2016;20(4): e20160085.

METZELTHIN, S. F. *et al.* A nurse-led interdisciplinary primary care approach to prevent disability among community-dwelling frail older people: a large-scale process evaluation. **Intern J Nursing Stud**. 2013; 50(9)1184-96.

MEZZOMO, I. L. T.; OUTEIRO, M. T. Diretrizes antecipadas de vontade”: estudo sobre a (im)possibilidade do seu reconhecimento pelo ordenamento jurídico brasileiro. **Revista de Educação e Sociedade**, v. 8, n. 18, p. 348-360, 15 dez. 2021.

MING, Y. *et al.* Analyzing Patients' Complaints: Awakening of the Ethic of Belonging. **ANS Adv Nurs Sci**. 2019;42(4):278-288. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000278>

MONTEIRO, R. DA S. F.; JUNIOR A. G. S. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina . **Rev. bioét.** (online). 2019;27(1):86-97.

MORENO-POYATO A. R. *et al.* A qualitative study exploring the patients' perspective from the 'Reserved Therapeutic Space' nursing intervention in acute mental health units. **Int J Ment Health Nurs**. 2021 Jun;30(3):783-797.

MPOUZIKA, M. *et al.* Nurses' attitudes and knowledge regarding patient rights: A systematic review. **Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P**, 2021. 55, E03678.

MOURA, V. C. *et al.* Plano de cuidados de enfermagem a pacientes admitidos com sepse em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 8, n. 1, p. 145, 5 set. 2019.

MULA, J. M.; ESTRADA, J. G. Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, Espanha, v. 835, n. 17, p. 1-24, 29 jan. 2020.

MUTSHATSHI, T. E. *et al.* Record-keeping: Challenges experienced by nurses in selected public hospitals. **Curationis**. 2018 [cited 2020 June 06]; 41(1): 1931. DOI: <https://doi.org/10.4102/curationis.v41i1.1931>.

MYSQL 4.1. **Manual de Referência do This is a translation of the MySQL Reference Manual that can be found at dev.mysql.com**. The original Reference Manual is in English, and this translation is not necessarily as up to date as the English version. Disponível em: <https://downloads.mysql.com/docs/refman-4.1-pt.a4.pdf>

NASCIMENTO, D. M. M. do. Mediação de conflitos na gestão da saúde (médica, clínica e hospitalar): humanização do direito médico. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 170–195, 2020.

NEGARANDEH, R. *et al.* Patient advocacy: barriers and facilitators. **BMC Nurs** 5, 3 (2006).

NEVES, F. B. *et al.* Health advocacy in oncology nursing: an integrative literature review. **Esc. Anna Nery** [Internet]. 2021 [citado 2022 Jul 12]; 25(1): e20200106.

NORA, C. R. *et al.* Ética e segurança do paciente na formação em enfermagem. **Revista Bioética**, v. 30, n. 3, 2022.

OJWANG, B. O.; OGUTU, E. A; MATU, P. M. Nurses' impoliteness as an impediment to patients' rights in selected Kenyan hospitals. **Health Hum Rights**. 2010;12(2):101-117. PMID: 21178193.

OLEJARCZYK, J. P.; YOUNG, M. Direitos do Paciente e Ética. **In: StatPearls** [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): Publicação StatPearls; 2022 janeiro-. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538279/>.

PACHECO, C. L.; GOLDIM, J. R. Percepções da equipe interdisciplinar sobre cuidados paliativos em oncologia pediátrica. **Rev Bioét**. 2019; 27(1):67-75.

PADILHA, E. F.; HADDAD, M. C. F. L.; MATSUDA, L. M. Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva. **Cogitare Enferm**. 2014;19(2):239-45.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ** 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

PARANHOS, D. G. de A. M.; ALBUQUERQUE, A. A autonomia do paciente idoso no contexto dos cuidados em saúde e seu aspecto relacional. **Revista de Direito Sanitário**. 2018.19(1), 32-49.

PFEIFFER, M. L. Direitos do paciente na América Latina. **Bioética e sociedade**. 2020. Disponível em: <https://redbioetica.com.ar/derechos-del-paciente-en-america-latina/>.

PEDUZZI, M. C. I. (2009). O princípio da dignidade da pessoa humana na perspectiva do direito como integridade (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, DF. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/4356/1/2009_MariaCristinaIrigoyenPeduzzi.pdf

PÉREZ, M. del V.; MACCHI, M. J.; AGRANATTI, A. F. Advance directives in the context of end-of-life palliative care. **Curr Opin Support Palliat Care**. 2013 Dec;7(4):406– 10. PMID: 24152977.

PEREIRA, A. V. Relações de gênero no trabalho: reflexões a partir de imagens construídas de enfermeiras e enfermeiros. **Caderno Espaço Feminino**, v. 24, n. 1, 2011.

PERETTI-WATEL, P. *et al.* District nurses' attitudes toward patient consent: the case of mechanical ventilation on amyotrophic lateral sclerosis patients: results from a French national survey. **J Crit Care**. 2008;23(3):332-338. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2007.11.007>.

PETERS, A. A. *et al.* Assistência de enfermagem a pessoas com transtorno mental no hospital geral: desafios do cuidado especializado. **Saúde Coletiva** (Barueri), [S. l.], v. 10, n. 55, p. 2831–2844, 2020. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2020v10i55p2831-2844.

PETERS, M. D. J. *et al.* Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, eds. JBI Manual for evidence synthesis [Internet]. 2020 [acesso 2021 Jan 28]. Disponível em: <https://doi.org/10.46658/jbimes-20-12>

PETRY, K.; CHESANI, F. H.; LOPES, S. M. B. Comunicação como ferramenta de humanização hospitalar. **Sau. & Transf. Soc.**, ISSN 21787085, Florianópolis, v.8, n.2, mai ago p. 077-085, 2017.

PRADO, P. R. *et al.* Linking worker safety to patient safety: recommendations and bioethical issues for the care of patients in the covid-19 pandemic. **Texto & Contexto Enferm** [Internet]. 2021;30:e20200535.

RAMOS, A. M. *et al.* Preditores da advocacia em saúde identificados por enfermeiros no contexto hospitalar. **Aquichan**. 2018; 18(3): 355-365.

RIBEIRO, A. G. *et al.* Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: A comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. **BMC Public Health**. 2011; 11:6.

ROSA, D. C. J. *et al.* “Paciente-problema”: imaginário coletivo de enfermeiros acerca do usuário com diagnóstico de esquizofrenia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 31, n. 01 , e310108. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310108>. Epub 12 Abr 2021. ISSN 1809-4481.

SÁ, G. G. de M.; SANTOS, A. M. R. dos. Functional independence of elderly patients who fell: a follow-up study. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2019, v. 72, n. 6 pp. 1715-1722. 21 Out 2019. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0845>.

SAIORON, I. *et al.* Diretivas antecipadas de vontade: percepções de enfermeiros sobre os benefícios e novas demandas. **Rev. Escola Anna Nery Enferm.** [Internet]. 2017; Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127752022028_2.

SALES, O. P. *et al.* Gênero masculino na Enfermagem: estudo de revisão integrativa. **Humanidades & Inovação**, v. 5, n. 11, p. 277-288, 2018.

SANTOS, K. DA S. *et al.* O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. Ciênc. saúde coletiva, 2020 25(2), p. 655–664, fev. 2020.

SAVIETO, R. M.; LEÃO, E. R. Nursing assistance and Jean Watson: a reflection on empathy. **Esc Anna Nery** [Internet]. 2016;20(1):198-202. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160026>.

SHAH, P. *et al.* Consentimento Informado. [Atualizado em 11 de junho de 2022]. In: **StatPearls** [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): 2022 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430827/>.

SHIRLEY, J. L. Limits of autonomy in nursing's moral discourse. **ANS Adv Nurs Sci.** 2007;30(1):14-25. <https://doi.org/10.1097/0001>.

SILVA, A. G. I.; DIAS, B. R. L. Registros de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Nursing (São Paulo)**, v. 21, n. 247, p. 2476-2481, 20182272-200701000-00003.

SILVA M. V.; FIGUEIREDO, M. L. F. Desafios históricos da enfermagem à luz do pensamento bioético. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2010 ;63(5):841-3. DOI: 10.1590/S0034-71672010000500024.

SILVA, R. L. D. T. *et al.* Elaboração de plano de cuidados como diferencial na prática assistencial ao hipertenso. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. 2016, v. 29, n. 5, pp. 494-505. ISSN 1982-0194.

- SILVA, G. M.; MENEZES, G. G. S. Avaliação do perfil sócio demográfico e hábitos de vida dos pacientes hospitalizados no município de Lagarto, Sergipe. **Scientia plena** [Internet]. 2014;10(3):1 -9.

SILVA, J. F. *et al.* Autonomia Do Paciente Diante Das Diretivas Antecipadas De Vontade: Os Desafios Da Enfermagem. **Revista Enfermagem Atual in Derme** 89, no. 27, 2019.

SILVA, A. G. I.; DIAS, B. R. L. Registros de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Nursing (São Paulo)**, v. 21, n. 247, p. 2476-2481, 2018.

SILVA, C. O. DA; CRIPPA, A.; BONHEMBERGER, M. Diretivas antecipadas de vontade: busca pela autonomia do paciente. **Revista Bioética** [online]. 2021, v. 29, n. 4, pp. 688-696. ISSN 1983-8034.

SMITH, A. P. Patient Advocacy: Roles for Nurses and Leaders. **Nursing Economics.** 2004;22(2):88-90.

SOUSA, A. M. M.; GRANJA, A. V. da R.; LIMA, C. D. S. Termo de consentimento informado: ensaio sobre o âmbito da saúde aliado ao jurídico. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, [S. l.], v. 1, n. 14, 2021.

SOUZA, R. P. *et al.* Registros de enfermagem como ferramenta para a gerência do cuidado clínico-hospitalar. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 29, p. e55123, jun. 2021. ISSN 2764-6149. Doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.55123>.

SPENCE, K. Ethical advocacy based on caring: a model for neonatal and paediatric nurses. **J Paediatr Child Health**. 2011 Sep;47(9):642-5.

SWEIGART, A. **Title of English-language original: Automate the Boring Stuff with Python**. São Paulo: Novatec, 2015. ISBN 978-1-59327-599-0.

TAVARES, A. T.; PAWLOWYTSCH, P. W. M. Percepção dos pacientes sobre sua permanência em uma unidade de terapia intensiva. **Saúde Meio Ambiente** [Internet]. 2013;2(2):32-43. Disponível: <https://bit.ly/2zDqxLp>

TORABIZADEH, C.; JAFARI, S.; MOMENNASAB, M. Patient's Dignity: Viewpoints of Patients and Nurses in Hospitals. **Hosp Top**. 2021;99(4):187-197. <https://doi.org/10.1080/00185868.2021.1897487>.

TORREY, T. **Patient Rights in the American Healthcare**. American patient rights association.System.<https://www.americanpatient.org/patient-rights-in-the-american-healthcare-system/2022>.

TORRES, V. M. L.; LOPES, A. C. C.; COSTA, A. L. F. **Carta de serviço ao cidadão**. Hospital Universitário de Brasília, 2019, p 07. Site: www.hub.ebserh.gov.br.

TREVIZAN, M. A. *et al.* Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2002, v. 10, n. 1, pp. 85-89. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000100013>.

TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA Extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med* [Internet]. 2018 [acesso 2021 Jan 28];169(7):467-73. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

UGARTE, O. N.; ACIOLY, M. A. O princípio da autonomia no Brasil: é preciso discuti-lo. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 41, p. 374-377, 2014.

VAARTIO-RAJALIN, H.; LEINO-KILPI, H. Nurses as patient advocates in oncology care: activities based on literature. **Clin J Oncol Nurs**. 2011 Oct;15(5):526-32. <https://doi.org/10.1188/11.CJON.526-532>.

VARGAS, E. C. *et al.* Identificando barreiras e cumprimento de metas para prática de autocuidado em pessoa com diabetes tipo 2. **Cogitare Enferm**. 2015; 20(4):846-50.

VENTURA, C. A.; MENDES, I. A.; TREVIZAN, M. A. Psychiatric nursing care in Brazil: legal and ethical aspects. **Med Law**. 2007;26(4):829-840. PMID: 18284121.

VILELA, G. S. *et al* Ethics and moral distress expressions in intensive care nursing practice. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. 2021, v. 34, eAPE01661. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO01661> Portuguese.

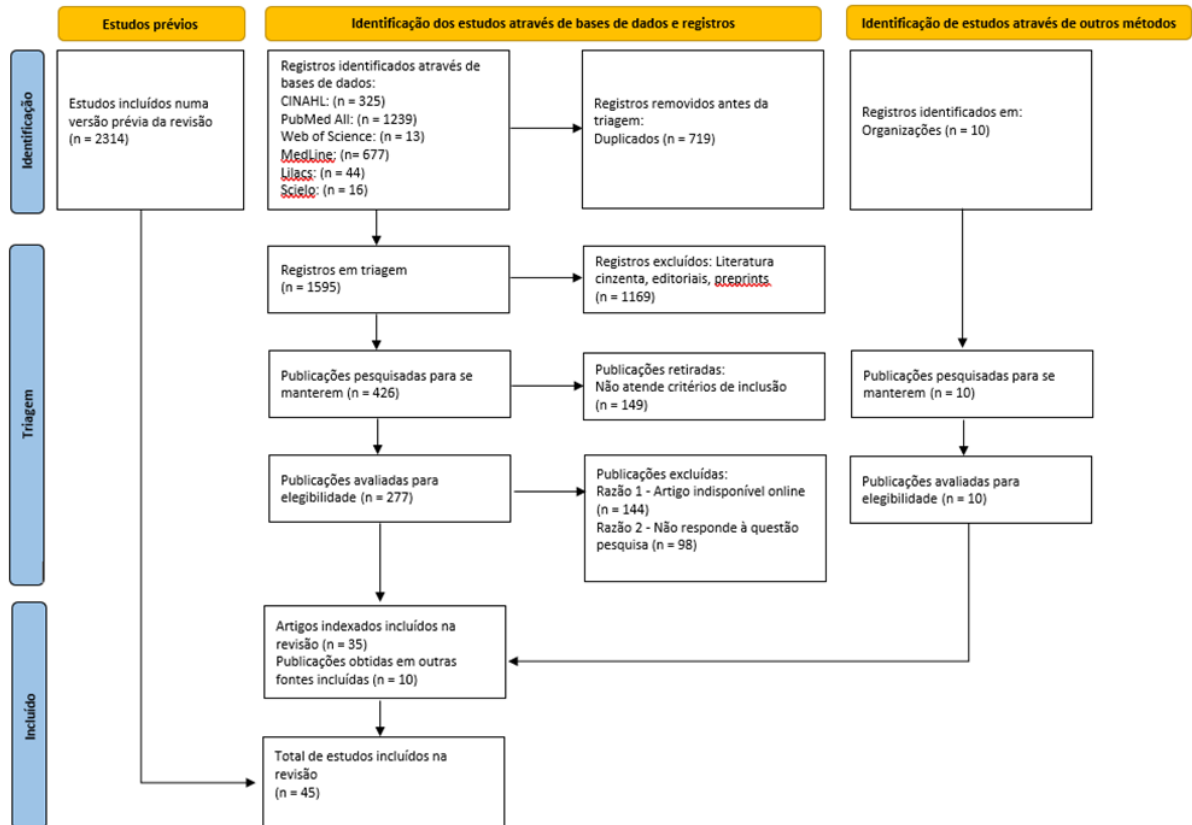
VORDERSTRASSE, A. A.; HAMMER, M. J; DUNGAN, J. R. Nursing implications of personalized and precision medicine. **Semin Oncol Nurs**. 2014 May;30(2):130-6. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2014.03.007>.

WILSON, M. R. *et al*. Nurses' intentions to respond to requests for legal assisted-dying: A Q-methodological study. **J Adv Nurs**. 2020 Feb;76(2):642-653. <https://doi.org/10.1111/jan.14257>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Active aging: a policy framework** [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [cited 2022]. Available from: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>.

YIN, R K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução: Cristhian Matheus Herrera. ISBN: 9788582602317. Edição: 5. ed. Editora: Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE I - FLUXOGRAMA PRISMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS E DOS DOCUMENTOS INCLUÍDOS NA REVISÃO A PARTIR DA BUSCA NAS BASES DE DADOS E EM OUTRAS FONTES DE INFORMAÇÃO. BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL, BRASIL, 2022.



APÊNDICE II - ROTEIRO DA ENTREVISTA



Universidade de Brasília
Faculdade Ciências da Saúde

Projeto - Relação Enfermeiro-Paciente: O Respeito às Escolhas do Doente

Entrevista

1. O que é para você a relação enfermeiro paciente?
2. Você acha que os pacientes confiam em você? Por que?
3. Você já utilizou alguma estratégia para melhorar seu relacionamento com o paciente? Qual? Com quais objetivos?
4. Na sua visão o paciente tem o direito de escolher no que se refere a tratamentos e a procedimentos clínicos (dentre eles os cuidados de enfermagem)? Por que?
5. O que é autonomia do paciente? Você considera que o seu cuidado estimula a autonomia do paciente? Por que?
6. Você considera que a decisão do paciente deve ser respeitada por você, mesmo quando vai de encontro (vai contra) seus pensamentos e ideias? Por que?
7. O que é cuidado paternalista? Você considera o seu cuidado paternalista/maternalista?
8. O que você entende por paciente passivo?
9. O que você entende por paciente ativo?
10. O que é um bom paciente para você?
11. O que significa um mal paciente (paciente ruim)?
12. É um paciente problema?
13. Você orienta o paciente sobre os procedimentos que irá realizar? Por que?
14. Você orienta o paciente quanto ao plano de cuidados? Por que?
15. Você pede permissão ao paciente para realizar um procedimento? Por que?
16. Você aplica algum termo de consentimento ao paciente antes de realizar o procedimento? Por que?
17. Nas suas evoluções ou anotações de enfermagem você escreve que orientou o paciente sobre determinado procedimento? Por que?
18. Nas suas evoluções ou anotações de enfermagem você escreve que pediu permissão ao paciente para realizar determinado procedimento? Por que?

APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE: O RESPEITO ÀS ESCOLHAS DO DOENTE**, sob a responsabilidade da pesquisadora Rawany Teixeira Carvalho, estudante de mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília.

O objetivo da pesquisa é analisar a relação enfermeiro-paciente, as implicações na prática clínica, na qualidade da assistência prestada e na capacidade de tomada de decisão de doentes de uma unidade clínica de um hospital da rede pública de saúde.

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

A participação será por meio de uma entrevista individual que será gravada e posteriormente transcrita. Serão abordadas informações sobre sua relação com os pacientes. O procedimento tem um tempo estimado em 1 hora.

Informamos que você pode se recusar a participar da pesquisa ou responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os riscos impostos pela pesquisa são mínimos, semelhantes aos das relações de convivência e de troca de informações da vida em sociedade. Vamos conversar sobre assistência de enfermagem e sua relação com os pacientes que você presta cuidados. Caso algum tema abordado lhe traga desconforto podemos falar mais profundamente sobre o assunto, você pode se negar a responder à pergunta ou podemos encerrar a entrevista. Os benefícios esperados são auxiliar a tornar as relações enfermeiro-paciente mais humanizadas e éticas.

Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. O material com as suas informações (fitas, entrevistas etc) ficará guardado sob a responsabilidade da pesquisadora Rawany Teixeira Carvalho com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aos participantes, usados no âmbito do ensino no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, podendo ser publicados posteriormente. A pesquisadora é responsável pela guarda e confidencialidade das informações obtidas com a investigação.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Rawany Teixeira Carvalho, no Hospital Universitário de Brasília no telefone (61) 2028-5418 ou (61) 982199311, disponível inclusive para ligação a cobrar, no horário das 8 às 12 e das 14 às 18h. O e-mail da pesquisadora: rawanycarvalho@hotmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina (CEP/FM) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1918 ou do e-mail cepfm@unb.br, horário de atendimento de 08:30hs às 12:30hs e de 14:30hs às 16:00hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FM está localizado na Faculdade de Saúde/Faculdade de Medicina no 2º andar do prédio, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

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

Assinatura do participante _____

Assinatura do pesquisador _____

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE IV – TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS

Protocolo de Pesquisa, CAAE No. 39892320.5.0000.5558, CEP/FM-UnB, aprovado em 29/01/2021.

Por meio deste termo, _____, participante do estudo “Relação enfermeiro-paciente: o respeito às escolhas do doente”, de forma livre e esclarecida, cede o direito de uso das fotografias, vídeos e/ou voz adquiridos durante a realização do tratamento clínico a que foi submetido ou durante sua participação em estudo/pesquisa anterior, e autoriza a pesquisadora, Rawany Teixeira Carvalho, CPF 040272475-58, responsável pelo trabalho a:

(a) utilizar e veicular as fotografias, vídeos e/ou voz obtidas durante seu tratamento clínico ou durante sua participação em estudo/pesquisa anterior na dissertação do mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília, para fim de obtenção de grau acadêmico (e/ou divulgação científica), sem qualquer limitação de número de inserções e reproduções, desde que essenciais para os objetivos do estudo, garantida a ocultação de identidade (mantendo-se a confidencialidade e a privacidade das informações), inclusive, mas não restrito a ocultação da face e/ou dos olhos, quando possível;

(b) veicular as fotografias, vídeos e/ou voz acima referidas na versão final do trabalho acadêmico, que será obrigatoriamente disponibilizado na página web da biblioteca (repositório) da Universidade de Brasília – UnB, ou seja, na internet, assim tornando-as públicas;

(c) utilizar as fotografias, vídeos e/ou voz na produção de quaisquer materiais acadêmicos, inclusive aulas e apresentações em congressos e eventos científicos, por meio oral (conferências) ou impresso (pôsteres ou painéis);

(d) utilizar as fotografias, vídeos e/ou voz para a publicação de artigos científicos em meio impresso e/ou eletrônico para fins de divulgação, sem limitação de número de inserções e reproduções;

(e) no caso de imagens, executar livremente a montagem das fotografias, realizando cortes e correções de brilho e/ou contraste necessários, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida;

(f) no caso da voz, executar livremente a edição e montagem do trecho, realizando cortes e correções necessárias, assim como de gravações, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

O participante declara que está ciente que não haverá pagamento financeiro de qualquer natureza neste ou em qualquer momento pela cessão das fotografias, dos vídeos e/ou da voz, e que está ciente que pode retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, salvo os materiais científicos já publicados.

É vedado ao(s) pesquisador(es) utilizar as fotografias, os vídeos e/ou a voz para fins comerciais ou com objetivos diversos da pesquisa proposta, sob pena de responsabilização nos termos da legislação brasileira. O(s) pesquisador(es) declaram que o presente estudo/pesquisa será norteado pelos normativos éticos vigentes no Brasil.

Concordando com o termo, o participante de pesquisa e o(s) pesquisador(es) assinam o presente termo em 2 (duas) vias iguais, devendo permanecer uma em posse do pesquisador responsável e outra com o participante.

Local e data

PESQUISADOR RESPONSÁVEL
CPF:

PESQUISADOR
CPF:

PARTICIPANTE DO ESTUDO
CPF:

APÊNDICE V - QUESTIONÁRIO COM O PERFIL DOS ENTREVISTADOS



Universidade de Brasília

Faculdade Ciências da Saúde

Projeto - Relação Enfermeiro-Paciente: O Respeito às Escolhas do Doente

PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Gênero: () Homem () Mulher

Idade: _____

Tempo de formado: _____.

Tempo atuando na UCM do HUB: _____.

Período de trabalho no HUB: () Noturno () Diurno

Tem outro vínculo: () Sim () Não Qual? _____

Tem outra profissão: () Sim () Não Qual? _____

Pós-graduação: () Especialização () Residência () Mestrado () Doutorado

Você tem conhecimento em bioética? () Sim () Não

Já cursou alguma disciplina (graduação ou pós graduação)?

() Sim Quando: _____ Onde: _____

() Não

Realizou curso na área de bioética?

() Sim. Qual: _____ Quando (ano)? _____

Onde? _____.

() Não.

**APÊNDICE VI – DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM**

**CARTA DE REQUERIMENTO DE DISPENSA DO TERMO DE
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Senhor(a) Coordenador(a),

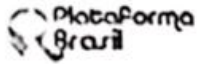
Venho por meio desta, requerer a esse Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos a liberação da exigência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na primeira fase de coleta de dados (coleta de informações no prontuário de pacientes), do projeto intitulado: Relação enfermeiro-paciente: o respeito às escolhas do doente.

Justifica-se pelo fato de que a presente pesquisa não tem por objetivo a obtenção de dados de doentes individualmente, mas da relação entre enfermeiros e pacientes enquanto grupo. Não serão utilizados ou publicados dados individuais dos doentes, mas informações sobre a relação clínica entre esses. Será solicitada, contudo, a autorização para acesso ao prontuário do Diretor do HUB, que é o fiel guardião dos documentos dos doentes internados na instituição. No prontuário serão analisadas as informações, contidas em evoluções e em registros de enfermagem, sobre a relação enfermeiro-paciente.

Nestes termos, pede deferimento.

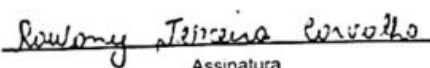
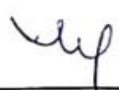
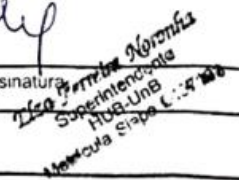
Brasília, 05 de outubro de 2020.

Rawany Teixeira Carvalho



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE. O RESPEITO ÀS ESCOLHAS DO DOENTE			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 10			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Rawany Teixeira Carvalho			
6. CPF: 040.272.475-58		7. Endereço (Rua, n.º): 7 NORTE (AGUAS CLARAS) Jardim Brasil ap 1208 BRASILIA DISTRITO FEDERAL 71908180	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: 61982199311	10. Outro Telefone:
		11. Email: rawanycarvalho@hotmail.com	
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>23</u> / <u>09</u> / <u>2020</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSEH		13. CNPJ: 15.126.437/0003-05	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (61) 3255-8900		16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Elza Ferreira Noronha</u>		CPF: <u>400.535.041-00</u>	
Cargo/Função: <u>Superintendente</u>			
Data: <u>29</u> / <u>09</u> / <u>2020</u>		 Assinatura 	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			



UnB | HUB

Ministério da
Educação

TERMO DE CONCORDÂNCIA INSTITUCIONAL

A Superintendente do Hospital Universitário de Brasília está de acordo com a realização da pesquisa, Relação enfermeiro-paciente: o respeito às escolhas do doente de responsabilidade do pesquisador **Rawany Teixeira Carvalho**, após sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Conep).

O estudo envolve coleta de dados que será dividida em duas etapas. Na primeira os dados, sobre a relação clínica enfermeiro-paciente, serão obtidos por meio das evoluções e registros de enfermagem constantes no prontuário dos doentes da Unidade de Clínica Médica (UCM) do HUB, durante o prazo de três meses e na segunda etapa coletar-se-á os dados sobre a relação clínica enfermeiro-paciente, por meio de uma entrevista em profundidade, com enfermeiros da mesma unidade que terá duração de duas semanas, com previsão de início após aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP da Faculdade de Ciências da Saúde.

Brasília, 10 de setembro de 2020.

Superintendente do HUB:

Assinatura/carimbo

Superintendente
HUB-UnB
Matrícula SIAPE 61000000

Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica:

Assinatura/carimbo

Armando Araújo R. de Oliveira
Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação
GEP HUB UnB/ Ebserh
SIAPE 2658839

Pesquisador Responsável:

Rawany Teixeira Carvalho
Assinatura

APÊNDICE VII - ESTUDOS SELECIONADOS PARA COMPOR A REVISÃO DE ESCOPO NAS BASES DE DADOS, CONFORME ANO E PAÍS DE PUBLICAÇÃO, TÍTULO DO ARTIGO E CATEGORIZAÇÃO, BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL, BRASIL, 2022 (N=35)

Ano e país de publicação	Título do artigo	Categoria
2002/EUA	<i>The nurse's role in end-of-life decision-making for patients and families⁽¹¹⁾</i>	2 e 3
2002/Brasil	Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro ⁽¹²⁾	2 e 4
2004/EUA	<i>Patient advocacy: roles for nurses and leaders⁽¹³⁾</i>	3
2006/Irã	<i>Patient advocacy: barriers and facilitators⁽¹⁴⁾</i>	1,3 e 4
2007/Brasil	<i>Psychiatric nursing care in Brazil: legal and ethical aspects⁽¹⁵⁾</i>	1, 2 e 3
2007/EUA	<i>Limits of autonomy in nursing's moral discourse⁽¹⁶⁾</i>	2 e 3
2007/Brasil	Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico ⁽¹⁷⁾	1, 2 e 4
2008/França	<i>District nurses' attitudes toward patient consent: The case of mechanical ventilation on amyotrophic lateral sclerosis patients: Results from a French national survey⁽¹⁸⁾</i>	1, 2 e 3
2008/Brasil	Bioética no cuidado e direitos dos pacientes e familiares ⁽¹⁹⁾	1, 2 e 3
2010/Quênia	<i>Nurses' impoliteness as an impediment to patients' rights in selected Kenyan hospitals⁽²⁰⁾</i>	1, 3 e 4

2011/Finlândia	<i>Nurses as patient advocates in oncology care: activities based on literature⁽²¹⁾</i>	2 e 3
2011/Austrália	<i>Ethical advocacy based on caring: a model for neonatal and paediatric nurses⁽²²⁾</i>	3
2014/EUA	<i>Nursing implications of personalized and precision medicine⁽²³⁾</i>	3
2015/ Brasil	<i>Nursing beliefs and actions in exercising patient advocacy in a hospital context⁽²⁴⁾</i>	1 e 3
2015/Turquia	<i>Knowledge and attitudes of nurses regarding patient rights: a Corum/Turkey sample⁽²⁵⁾</i>	1 e 3
2015/Inglaterra	<i>Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study⁽²⁶⁾</i>	3
2015/Colômbia	<i>Cuidados al final de la vida: una oportunidad para fortalecer el patrón emancipatorio de enfermería⁽²⁷⁾</i>	3
2017/Gana	<i>We are the best to stand in for patients": a qualitative study on nurses' advocacy characteristics in Ghana⁽²⁸⁾</i>	3
2017/EUA	<i>Informed Consent: Ethical and Legal Considerations for Advanced Practice Nurses⁽²⁹⁾</i>	2 e 4
2018/Turquia	<i>Respectful care of human dignity: how is it perceived by patients and nurses⁽²⁾?</i>	1, 2, 3 e 4
2018/Brasil	<i>Preditores da advocacia em saúde identificados por enfermeiros no contexto hospitalar⁽³⁰⁾</i>	1, 3 e 4
2019/EUA	<i>Analyzing Patients' Complaints: Awakening of the Ethic of Belonging⁽¹⁾</i>	3 e 4

2019/Espanha	<i>Opinions of nurses regarding conscientious objection⁽³¹⁾.</i>	1 e 3
2019/Brasil	<i>Advocacy in intensive care and hospitalization by court order: what are the perspectives of nurses⁽³²⁾?</i>	1, 3 e 4
2020/Espanha	<i>Problemas bioéticos en la prestación de los cuidados enfermeros durante la pandemia del COVID-19⁽³³⁾</i>	1 e 4
2020/Nova Zelândia	<i>Ensuring informed consent for hearing-impaired patients There are a range of ways nurses can ensure they obtain informed consent from hearing-impaired patients⁽³⁴⁾</i>	2
2020/Brasil	<i>Ética e Profissionalismo nas Redes Sociais: Comportamentos On-Line de Estudantes de Medicina⁽³⁵⁾</i>	2 e 4
2020/Taiwan	<i>Nurses' Experiences and Factors Related to Their Attitudes Regarding Discussions with Patients and Family Members about Do-Not-Resuscitate Decisions and Life-Sustaining Treatment Withdrawal: A Hospital-Based Cross-Sectional Study⁽³⁶⁾</i>	2 e 4
2020/Austrália	<i>Nurses' intentions to respond to requests for legal assisted-dying: A Q-methodological study⁽³⁷⁾</i>	3
2020/Grécia	<i>Paternalism VS Patient Empowerment: Nursing Challenges from Spain and Greece⁽³⁸⁾</i>	2, 3 e 4
2021/EUA	<i>Patient Advocacy from a Perioperative Nurse Perspective⁽³⁹⁾</i>	3 e 4
2021/ Brasil	<i>Health advocacy in oncology nursing: an integrative literature review⁽⁴⁰⁾</i>	1, 2 e 3
2021/Espanha	<i>A qualitative study exploring the patients' perspective from the 'Reserved Therapeutic Space' nursing intervention in acute mental health units⁽⁴¹⁾</i>	3

2021/Brasil	<i>Ethics and moral distress expressions in intensive care nursing practice⁽⁴²⁾</i>	3
2022/Canadá	<i>Universal healthcare coverage, patients' rights, and nurse-patient communication: a critical review of the evidence⁽⁴³⁾</i>	1, 2, 3 e 4

APÊNDICE VIII - DOCUMENTOS SELECIONADAS EM FONTES DIVERSAS, CONFORME ANO E PAÍS DE PUBLICAÇÃO, TÍTULO DO DOCUMENTO E CATEGORIZAÇÃO, BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL, BRASIL, 2022 (N=10)

Ano e país de publicação	Título do documento	Categoria
1974/EUA	<i>The Patient's Bill of Rights Becomes Law</i> ⁽⁴⁴⁾	1
2002/Itália	<i>Patients' Rights in the European Union</i> ⁽⁴⁵⁾	1
2009/ Brasil	Portaria nº 1.820 - Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde ⁽⁴⁶⁾	1
2012/Brasil	Resolução nº 1.995 - Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes ⁽⁴⁷⁾	2
2016/Bélgica	<i>Patients' Rights in the European Union Mapping Exercise</i> ⁽⁰⁵⁾	1
2017/Brasil	Resolução nº 564 - Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem ⁽⁴⁸⁾	2 e 4
2019/Irlanda	<i>Code of Ethics and Conduct for European Nursing</i> ⁽⁴⁹⁾	4
2019/Brasil	Os direitos do paciente no Brasil: análise das propostas legislativas e o papel do Sistema Único de Saúde ⁽⁷⁾	1
2020/Brasil	<i>Mapeo de los derechos de los pacientes en América Latina</i> ⁽⁶⁾	1
2021/Suíça	<i>The ICN Code of Ethics for nurses</i> ⁽⁵⁰⁾	4

ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNB - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE: O RESPEITO ÀS ESCOLHAS DO DOENTE

Pesquisador: Rawany Teixeira Carvalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39892320.5.0000.5558

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.516.451

Apresentação do Projeto:

Reapresentação de projeto pesquisa sob título "RELAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE: O RESPEITO ÀS ESCOLHAS DO DOENTE".

Apresenta resolução das pendências de parecer anterior, emitido em 20/12/2020.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

Analisar a relação enfermeiro-paciente, as implicações na prática clínica, na qualidade da assistência prestada e na capacidade de tomada de decisão de doentes de uma unidade clínica de um hospital da rede pública de saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar, a partir do relato de enfermeiros, como se dá a relação clínica com pacientes na Unidade de Clínica Médica (UCM) do Hospital Universitário de Brasília (HUB);
- Avaliar como a relação enfermeiro/paciente interfere na prática clínica e na qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro;
- Examinar como a relação enfermeiro/paciente interfere na autonomia do doente no processo de tomada de decisão sobre a saúde;
- Investigar, por meio dos registros de enfermagem contidos no prontuário, como se dá a relação entre enfermeiros e pacientes na UCM do HUB;

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1918

E-mail: cepfm@unb.br

UNB - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.516.451

- Identificar nos registros dos enfermeiros se ocorre à observância da autonomia, direito de escolha, do doente no processo decisório sobre a saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Os riscos impostos pela pesquisa são mínimos, semelhantes aos das relações de convivência e de troca de informações da vida em sociedade. Vamos conversar sobre assistência de enfermagem e sua relação com os pacientes que você presta cuidados. Caso algum tema abordado lhe traga desconforto podemos falar mais profundamente sobre o assunto, você pode se negar a responder à pergunta ou podemos encerrar a entrevista.

BENEFÍCIOS:

Os benefícios esperados são auxiliar a tornar as relações enfermeiro-paciente mais humanizadas e éticas. Os riscos e benefícios da pesquisa estão em consonância com as regulamentações éticas vigentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa desenhada em consonância com as regulamentações éticas vigentes.

Solicita dispensa de TCLE aos pacientes em virtude de não haver necessidade da identificação dos mesmos e apenas uso de avaliações realizadas pelos enfermeiros e registrados nos referidos prontuários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisadora apresentou os termos obrigatórios a análise ética do projeto de pesquisa.

O TCLE está claro e redigido em consonância com as regulamentações éticas vigentes, incluindo as recomendações propostas no parecer anterior.

Incluiu Termo de Cessão de Imagem e Voz, condizente com o projeto de pesquisa apresentado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

**UNB - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.516.451

Considerações Finais a critério do CEP:

Após apreciação na reunião dia 27/01/2021 do colegiado CEP/FM o projeto foi aprovado. OBS: De acordo com a Resolução CNS 466/12, nos inciso II.19 e II.20, cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP os relatórios parciais e final do seu projeto de pesquisa. Bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1635314.pdf	07/01/2021 10:17:39		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/01/2021 10:13:35	Rawany Teixeira Carvalho	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	Respostas_Pendencias3.pdf	05/01/2021 08:24:15	Rawany Teixeira Carvalho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Imagem_voz.pdf	05/01/2021 08:16:32	Rawany Teixeira Carvalho	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4455192.pdf	20/12/2020 09:46:27	Rawany Teixeira Carvalho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensa_tcle_assinado.pdf	08/11/2020 18:12:34	Rawany Teixeira Carvalho	Aceito
Outros	Resumo_med.pdf	20/10/2020 10:24:07	Rawany Teixeira Carvalho	Aceito
Outros	curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_pesquisador.pdf	20/10/2020 10:23:20	Rawany Teixeira Carvalho	Aceito
Outros	curriculo_do_Sistema_Curriculos_Lattes_orientador.pdf	20/10/2020 10:22:11	Rawany Teixeira Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	UNB_2020_Bioetica_PPGENF_MED1.pdf	20/10/2020 09:33:17	Rawany Teixeira Carvalho	Aceito
Orçamento	orcamento_med1.pdf	20/10/2020 09:28:32	Rawany Teixeira Carvalho	Aceito
Cronograma	Cronograma_med.pdf	20/10/2020	Rawany Teixeira	Aceito

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

**UNB - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.516.451

Cronograma	Cronograma_med.pdf	09:18:50	Carvalho	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_assinada.pdf	06/10/2020 12:30:33	Rawany Teixeira Carvalho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade_compromisso.pdf	06/10/2020 12:16:02	Rawany Teixeira Carvalho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_encaminhamento.pdf	06/10/2020 12:14:00	Rawany Teixeira Carvalho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_institucional.pdf	02/10/2020 15:04:05	Rawany Teixeira Carvalho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 29 de Janeiro de 2021

Assinado por:
Antônio Carlos Rodrigues da Cunha
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

