

# Percepção do paciente sobre sua autonomia na Unidade de Terapia Intensiva

Patient's perception of his autonomy in Intensive Care Unit

Marina Damion, Mariana Calessio Moreira

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Rua Sarmento Leite, 245, 90050-170, Porto Alegre, RS, Brasil. marina.damion@hmv.org.br, marianacalessio@gmail.com

---

**Resumo.** O estudo, uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório descritivo, buscou compreender a percepção de autonomia em pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto. Participaram seis pacientes críticos internados na unidade, e a coleta de dados baseou-se em um roteiro de entrevista aberta com questões norteadoras, as quais foram transcritas e submetidas a uma análise de conteúdo qualitativa, sem categorias pré-definidas. A percepção dos participantes acerca da autonomia aparece estar dissociada das práticas de promoção de saúde, e visualizou-se o predomínio de um caráter assistencialista nas relações entre profissionais da saúde e pacientes, conjuntura que retira do paciente a possibilidade de se tornar um sujeito com poder de decisão sobre sua saúde.

**Palavras-chave:** autonomia, UTI, promoção da saúde.

**Abstract.** The study, a qualitative study based on a descriptive exploratory feature, pursuits to comprehend the perception of autonomy on in-patients at Intensive Care Unit (ICU) for Adults. The participants were six critical patients, and the data collection was determined by a script of an open interview with guiding questions, which were transcribed and subjected to a qualitative content analysis without predefined categories. The patients' perception on autonomy appears to be dissociated from the promotion of health and the predominance of predominant an assistentialist character of the relationship between professional and patients' circumstances was seen, which removes from the patients the possibility of becoming a subject with the power to determinate about their health.

**Keywords:** autonomy, ICU, promotion of health.

---

## Introdução

A reflexão sobre a autonomia do paciente é um aspecto ainda recente nas instituições de saúde. Atualmente, com o advento das equipes multidisciplinares, a discussão sobre autonomia significa um avanço em decorrência das mudanças nas formas de se fazer e pensar

saúde. Ainda mais atual é o fato de se pensar autonomia dentro das Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

As ciências biomédicas avançam a cada dia, proporcionando uma ampla gama de tecnologia e aumentando a expectativa de vida da população (Bisogno *et al.*, 2010). Juntamente ao avanço da ciência, ampliam-se as UTIs

que são unidades destinadas aos pacientes críticos e configuram-se como um setor complexo e responsável pela mais alta tecnologia da instituição hospitalar (Bitencourt *et al.*, 2007).

Paralelo ao maquinário de uma UTI e suas equipes encontram-se os pacientes, pessoas dotadas de subjetividade que são mobilizadas pelo contexto em que se encontram configurado como um encontro entre a vida e a morte. O paciente encontra-se vulnerável e é submetido a tratamentos invasivos, possui pouco controle perante o ambiente e seu corpo e pouca privacidade (Guirardello *et al.*, 1999). Muitas vezes estas situações comprometem o livre arbítrio e autonomia dos pacientes, o que resulta em um modelo de assistência onde as decisões e possibilidades terapêuticas não dependem do sujeito em questão (Bisogno *et al.*, 2010).

Diante de um entendimento da saúde que engloba aspectos bioéticos a assistência deve permear diversas visões acerca do paciente e do processo de saúde/doença, nas quais além das melhores práticas, deve-se atentar às questões subjetivas e sociais envolvidas neste processo (Jorge *et al.*, 2011). A doença e seu agravamento configuram-se como o foco de trabalho entre os profissionais da saúde em uma UTI, porém, os aspectos subjetivos do paciente igualmente necessitam atenção dos profissionais da saúde, atentando para uma prática promotora de saúde e humanizada (Fleury-Teixeira *et al.*, 2008). De acordo com essa concepção encontra-se também a Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSus (Ministério da Saúde, 2004) que visa melhorar as práticas e cuidado na saúde.

A internação hospitalar suscita nos pacientes uma ampla gama de sentimentos que dizem respeito à situação de adoecimento e a posição de dependência em relação aos outros. Disso podem resultar sentimentos como insegurança, despersonalização e medo da morte. A qualificação da equipe quanto à escuta e comunicação com o paciente auxiliam que ele se sinta parte do processo e atenuam sentimentos decorrentes da falta de autonomia (Graças e Sales, 2005). Segundo Junior *et al.* (2013) essa concepção ainda nos remete à finalidade da consciência do ser humano e a importância da autonomia como promotora de qualidade de vida. No contexto de uma UTI sabe-se que o paciente necessita ser cuidado pela equipe, pois se beneficia de uma atenção especializada, ao mesmo tempo em que, para o avanço do processo terapêutico, é necessária a expansão de sua autonomia no sentido de propiciar voz

e espaço ao paciente no processo saúde/doença (Soares e Camargo, 2007).

A autonomia é um conceito que remete à ideia de liberdade e capacidade de exercício ativo de si, da livre decisão dos indivíduos sobre suas ações e às possibilidades e capacidades para construir sua trajetória na vida (Fleury-Teixeira *et al.*, 2008). Em estudos mais recentes, a autonomia vem sendo diretamente relacionada à saúde e implica em uma valorização do sujeito e de sua singularidade, sendo considerado um dispositivo promotor de saúde (Campos e Campos, 2006; Davis e Elwyn, 2008; Entwistle *et al.*, 2010).

A autonomia configura-se, então, como peça central na promoção de saúde e diz respeito a todos os setores envolvidos no processo saúde/doença, portanto caracteriza também a atuação dos profissionais em UTI. A promoção da saúde busca a ampliação da autonomia dos sujeitos e caracteriza-se na capacitação dos mesmos para o incremento de sua apropriação sobre sua saúde (Fleury-Teixeira *et al.*, 2008).

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) a promoção de saúde é definida como um processo que busca possibilitar que indivíduos e comunidades ampliem o controle sobre os determinantes da saúde e, por conseguinte, obtenham melhoria de sua saúde. Entre suas estratégias encontra-se o desenvolvimento da capacidade individual, que é postulada pela iniciativa de tomar decisões e exercer controle sobre as circunstâncias da vida (Carvalho, 2005).

Um dos aspectos envolvidos neste processo é o fornecimento de informações acerca de aspectos que dizem respeito à saúde do paciente e dessa forma incluí-lo no processo saúde/doença e nas decisões acerca das terapêuticas, sempre que possível (Lefevre e Lefevre, 2007; Bittencourt *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2013). O conceito de autonomia também está relacionado à responsabilidade, sugerindo que o paciente deve estar capacitado para a tomada de decisão em situações nas quais ele possa participar ativamente do processo (Alves *et al.*, 2012). Assim como, de acordo com os preceitos da bioética, o sujeito deve ter sua autonomia respeitada e a garantia de que irá participar das decisões que podem afetá-lo física ou emocionalmente (Bittencourt *et al.*, 2013).

Segundo definido no art. 22 do capítulo IV do Código de Ética Médica (CEM) ter acesso ao termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) é direito do paciente e também o atribui o dever de participar de toda e qualquer

decisão sobre seu tratamento (Sene *et al.*, 2012). No entanto é sabido que em unidades de saúde que lidam com emergência esse aspecto é dificultado pelas situações que envolvem procedimentos de urgência, trocas de equipe e regime de plantões. Esse mesmo panorama se configura em UTIs, onde além dos aspectos éticos deve-se atentar à segurança do paciente.

Além de aspectos relacionados à promoção de saúde e humanização, a autonomia também vem sendo relacionada à segurança do paciente. Segundo Fonseca *et al.* (2014), pacientes adequadamente preparados para lidar com suas necessidades de saúde são a principal fonte de prevenção de erros nos cuidados necessários. Nas instituições de saúde os pacientes são o centro do cuidado prestado pelos profissionais, no entanto, para que esse cuidado seja efetivo, os pacientes devem entender sobre seu diagnóstico e as intervenções necessárias durante todo o processo saúde-doença.

Segundo a Comissão de Credenciamento de Organizações Hospitalares (CCOH), todo o paciente tem o direito de ser informado de forma clara, numa linguagem adequada, sobre seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, assim como tem o direito de recusar um tratamento e ser informado com relação às consequências sobre este ato. O paciente deve estar orientado sobre o direito de receber as informações relativas à sua saúde e estar capacitado, com auxílio da equipe multiprofissional, a participar ativamente e com responsabilidade do processo. O campo da saúde tem sido sistematicamente modificado pelas políticas de promoção da saúde e os debates que as acompanham. Um de seus aspectos é o deslocamento, nas políticas de saúde, da centralidade da assistência médica para a convocação de todos na gestão dos cuidados em saúde (Fonseca *et al.*, 2014).

A equipe multiprofissional deve atuar em conjunto na promoção de saúde e segurança com o incremento da autonomia dos pacientes (Neto e Kind, 2011). Portanto, configura-se como dever das equipes orientar o paciente quanto ao seu quadro e intervenções necessárias, respeitando as decisões e promovendo sua autonomia com a participação no cuidado.

A realização desse estudo partiu das reflexões atuais da relação entre autonomia e saúde que implicam em uma valorização do sujeito e de sua singularidade, sendo considerado um dispositivo promotor de saúde e envolvimento dos pacientes em seus processos terapêuticos. O objetivo do estudo é compreender a percepção de autonomia em pacientes interna-

dos em Unidade de Terapia Intensiva no que se refere aos cuidados e tratamentos recebidos durante a internação hospitalar e quais as repercussões desse conceito no âmbito da saúde nos dias de hoje.

## Método

### *Delineamento*

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo de cunho exploratório.

### *Participantes*

Os participantes do estudo foram seis pacientes (três mulheres e três homens), com idades entre 38 e 74 anos, internados na unidade. Nesse estudo utilizou-se o termo paciente para explanar sobre a relação existente entre o usuário da saúde e a equipe profissional, no entanto, mesmo que o termo remeta à ideia de passividade, aqui não se compreende o paciente como um usuário passivo do sistema de saúde. No que se refere à caracterização dos participantes, a média de tempo de internação na época da coleta de dados foi de 18,5 dias (dp=13,37). Quanto à escolaridade, quatro participantes possuíam ensino médio incompleto e dois possuíam ensino médio completo. Foram incluídos no estudo pacientes em internação clínica há no mínimo dois dias, lúcidos, orientados e que demonstraram condições psicológicas e clínicas favoráveis para compreender o termo de consentimento livre esclarecido e responder as questões da entrevista.

### *Instrumento*

O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista aberta com questões norteadoras formuladas pelas pesquisadoras. As perguntas abrangiam também uma caracterização da amostra com dados como idade, sexo, escolaridade e data de entrada na unidade hospitalar. Os temas abordados na entrevista focavam em aspectos relacionados à internação atual, o conhecimento do paciente acerca do seu quadro clínico, a comunicação com a equipe, participação no processo de internação, o papel do paciente em relação à tomada de decisões e sua percepção sobre autonomia. As entrevistas foram realizadas por uma das pesquisadoras, gravadas em áudio digital e posteriormente transcritas.

### *Procedimentos éticos*

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (protocolo 40446214.8.0000.5335). Assim como, o estudo em questão seguiu as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 510/2016 (Brasil, 2016). A avaliação para a participação dos participantes se baseou na troca de saberes entre o entrevistador e a equipe de saúde, no que tange os aspectos emocionais e clínicos do paciente, o entrevistador avaliou a condição psicológica e o médico ou enfermeiro as condições clínicas para a realização da entrevista.

### *Coleta de dados*

A coleta de dados foi realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um hospital de caráter filantrópico em Porto Alegre (RS). Tal unidade conta com 26 leitos, que acolhem pacientes de diferentes especialidades médicas e realiza internações pelo SUS, convênios e particulares. A unidade conta com o suporte dos residentes de Psicologia da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, além disso a referência de um psicólogo da instituição através do sistema de consultoria, ou seja, os pacientes ali internados recebem acompanhamento psicológico quando identificada a demanda por algum membro da equipe assistencial.

### *Análise de dados*

A análise dos dados se deu baseada no desenvolvimento de categorias temáticas pautadas na relação do conteúdo das entrevistas com a literatura (Hsieh e Shannon, 2005). Tratando-se de um estudo exploratório, as catego-

rias temáticas foram definidas a posteriori de modo que a análise fosse menos influenciada por expectativas que decorreriam do uso de categorias pré-definidas. A análise foi dividida em fases, iniciando pela pré-leitura, composta dos momentos de entrevista e transcrição, na qual o contato com o conteúdo foi menos estruturado e serviu para a construção de familiaridade com o material e as leituras flutuantes. Após a leitura flutuante o pesquisador se dedicou à codificação do texto em unidades de análise, que foram definidas como frases significativas para a presente pesquisa. Essas unidades de análise subsidiaram o passo seguinte e juntamente com um segundo pesquisador realizou-se a categorização das unidades em temas abrangentes, que serão a base para as análises sobre o material coletado.

### **Resultados**

A partir da análise dos dados foram definidas categorias temáticas com o objetivo de sintetizar e organizar a fala dos participantes e posteriormente contrastar com outras pesquisas na área. Sobre os dados oriundos da análise temática de conteúdo, duas categorias se mostraram como organizadoras dos discursos dos participantes: *Aspectos da Comunicação entre o Paciente e a Equipe de Saúde* e *Reflexões sobre a Autonomia nas Vivências do Paciente Crítico*. Em cada uma delas percebem-se claramente eixos a serem explorados com conteúdos que se entrelaçam e refletem as percepções dos participantes. Objetivou-se que todas as categorias estivessem presentes na fala do maior número de participantes possível, de forma a propiciar uma análise de perspectivas diferentes. O sistema de análise foi desenvolvido pelo pesquisador responsável pela coleta de dados e transcrição dos dados, e posteriormente examinado por outro pesquisador, mediante discussão da análise. A seguir cada uma destas

**Quadro 1.** Categorias e eixos temáticos.

**Chart 1.** Categories and thematic axes.

<b>Categorias temáticas</b>	<b>Eixos temáticos</b>
Aspectos da comunicação entre o paciente e a equipe de saúde	Compreensão do processo saúde/doença
	O sentimento de acolhida
Reflexões sobre a autonomia nas vivências do paciente crítico	Singularidades da autonomia
	Compreensão do cuidado
	Participação no plano terapêutico

categorias será explorada, assim como os eixos temáticos que as compõem, conforme ilustrado no Quadro 1. Cabe salientar que para a exposição de trechos das falas dos entrevistados foram dados nomes fictícios a cada um dos participantes da pesquisa.

A categoria *Aspectos da Comunicação entre o Paciente e a Equipe de Saúde* diz respeito às percepções dos sujeitos acerca da comunicação com a equipe de saúde no momento da internação hospitalar na UTI. Refere-se às informações que o paciente entende que foram passadas sobre seu quadro clínico, diagnóstico e prognóstico. Engloba também aspectos vinculados a partir da comunicação e a percepção de acolhimento por parte dos participantes. Desta categoria emergiram dois eixos temáticos utilizados para a sistematização da análise proposta: compreensão do processo saúde/doença e o sentimento de acolhida.

A compreensão do processo saúde/doença refere-se às observações trazidas tanto em relação à percepção do sujeito sobre o processo de internação hospitalar e adoecimento como ao recebimento de informações sobre os procedimentos e dados referentes ao quadro clínico, incluindo o plano terapêutico.

Os participantes abordam as formas de comunicação existentes e como elas ocorrem na unidade, ilustradas através da fala de Marcelo: “Eu ainda não procurei me informar, me encaminharam de lá, até eu tenho o médico na outra internação, tô sendo bem atendido lá, foi essa a referência que eu tive, do médico lá em Alegrete”. O trecho salientado demonstra que ele acredita ser o responsável pela busca da informação acerca do seu quadro clínico e possui como referência um profissional de sua cidade, ainda não possuindo comunicação efetiva com a equipe da unidade em questão. Outra verbalização que representa este eixo de análise é a de José: “Eu finjo que tô dormindo pra ouvir as conversas. Tem que estar por dentro né”. Este exemplo nos evidencia a percepção do participante acerca da comunicação na UTI e as estratégias encontradas por ele para sentir-se incluído no processo de cuidado.

O segundo eixo da análise se refere ao sentimento de acolhida e volta-se à percepção do participante sobre sua participação no processo que vivencia dentro da unidade de terapia intensiva e a escuta ativa por parte da equipe. Tal eixo traz opiniões contraditórias em relação ao processo de vinculação com a equipe de saúde e a forma como o participante se sente diante do contexto da UTI. Uma visão

mais negativa é representada por José: “Pois e agora, o que eu posso fazer? Eu sou um fraco, no meio disso aí eu sou um fraco, o que eu posso fazer? Não gosto, não me sinto bem, mas que que adianta reclamar? Eu percebo, eu entendo que tem coisa errada, eu só ouço”. Tal depoimento sugere que o participante sente-se oprimido, sem voz ativa e não percebe-se acolhido pela equipe no momento em que não pode manifestar seus desejos e percebe-se frágil diante do contexto em que se encontra.

Outro exemplo que vai em direção contrária à percepção de José sobre a experiência na UTI é exemplificado a seguir na fala de Marcelo: “Olha, eu tô sendo bem atendido, eu acho que isso é importante quando eu sou ouvido, eu falo com as enfermeiras, eu sou ouvido, então dessa forma eu acho que me sinto, elas tem compreensão de uma dor que eu senti, quando eu tava com a bexiga cheia, mais de uma hora e meia, elas entenderam, então me fizeram o procedimento, então tudo isso eu acho importante, pra mim como paciente, eu acho. Poder me comunicar e ser ouvido né”. Aqui nota-se que Marcelo possui a percepção de que se comunica bem com a equipe e é acolhido pelos profissionais que interagem com ele.

A categoria *Reflexões sobre a Autonomia nas Vivências do Paciente Crítico* engloba as percepções dos participantes acerca de sua autonomia na unidade de saúde, incluindo o cuidado recebido pela equipe e sua inclusão ou não no plano terapêutico, proporcionando uma reflexão de acordo com crenças do sujeito e vivências na UTI. Nela emergiram três eixos temáticos: singularidades da autonomia, compreensão do cuidado e participação no plano terapêutico.

O primeiro eixo refere-se às singularidades da autonomia e aborda a percepção do sujeito sobre o que é autonomia, o sentido de ser autônomo na UTI e a compreensão do termo aplicado à vivência da hospitalização. Diante do exposto, uma citação que exemplifica esse eixo é a de Maria: “Ah eu não acho que tenha autonomia, não, nem pode. Não pode ter autonomia, porque, como eu vou decidir se um medicamento faz bem pra mim ou não? Não acha? Não tem como fazer isso. Eu tô nas mãos deles e tô confiando neles, é isso que eu acho da autonomia”. A percepção da participante sugere que ela não compreende a autonomia como um direito do paciente e parece não a contextualizar com a internação hospitalar.

Por outro lado, o depoimento de Clara demonstra uma associação entre autonomia e

responsabilização pela doença: “Autonomia? Eu acho que é eu tomar autonomia, autonomia no tratamento, não adianta eu dizer pra uns e pra outros que vou tomar e não tomar nada, eu é que tenho que querer”. Fica claro que a participante traz uma visão onde se coloca o paciente como único agente produtor da doença e da eficácia no tratamento. Outra verbalização que corrobora o entendimento sobre a percepção dos sujeitos acerca da autonomia é a de Marcelo: “Claro que autonomia, é eu ser autônomo, eu levantar daqui e poder ir no banheiro, um exemplo né, mas eu não consigo”. Neste trecho o sujeito compreende autonomia como a realização de tarefas e independência, sugerindo que o termo se relaciona aos momentos em que se encontra saudável e não em situação de vulnerabilidade.

O segundo eixo engloba a percepção do sujeito sobre o processo de cuidado, os aspectos emocionais que influenciam tal vivência e circundam a internação hospitalar. Este eixo pode ser exemplificado na fala de Ana: “Não, eu acho assim que eu, por exemplo, participando eu tento ajudar as meninas da melhor maneira possível sabe? Eu ajudo na hora de trocar a fralda, o avental, a hora do banho, eu acho que isso aí já dá um apoio né? Já me sinto útil, não me sinto inútil”. Percebe-se que a concepção de cuidado para Ana engloba tarefas que a equipe de enfermagem realiza e sugere que ela sente-se um fardo na UTI, portanto precisa se mostrar cooperativa para amenizar seu sentimento de desvalia.

A percepção de que a autonomia não está ligada ao contexto da saúde é exemplificada na verbalização de Maria: “Olha, eu tô sendo muito bem tratada, muito bem cuidada. São muito gentis, ninguém me diz, eles dizem assim como é? Vamos botar um sorinho, vamos fazer tal coisa, mas eu ter autonomia de dizer quero ou não quero, eu tô aqui pra me tratar, não acha?” Percebe-se que Maria não associa o cuidado à autonomia, e compreende a internação hospitalar como uma prestação de serviço, onde ela realiza um tratamento, mas não tem o direito a participar de forma ativa sobre ele.

O último eixo é denominado participação no plano terapêutico e refere-se à percepção do sujeito em relação ao seu papel na vivência em UTI, no que diz respeito ao comportamento ativo e participação nos planos de cuidados. Também engloba a inserção do sujeito nas condutas terapêuticas durante a internação em UTI. Essa categoria pode ser ilustrada na verbalização de José: “Tudo pro coração, furo-

semida, um pra gota, e tomo um outro, qual o nome mesmo? Não lembro. Só que eu não trouxe, não sei se eu tô tomando”. Esta fala exemplifica que o sujeito não possui conhecimento sobre as medicações que está utilizando na internação e conseqüentemente não tem participação ativa na sua saúde e tratamento naquele momento.

A autonomia aparece dissociada do direito à inclusão no processo terapêutico e participação ativa como exemplificado na experiência de Maria: “Eu acho que isso é uma atribuição da instituição, dos médicos das enfermeiras, eu acho que não, acho que ninguém me pergunta se eu quero tomar tal remédio se eu quero fazer tal tratamento...” A percepção de Maria é a de que ela não possui o direito de fazer parte do plano terapêutico e não deve ter um comportamento ativo na experiência em UTI, num entendimento em que a instituição é responsável por sua saúde e detentora das decisões. Ainda em outra fala Francisco traz: “A decisão tomada por eles é deles, eu não influí em nada, eu aceitei o tratamento como é, como foi feito, então eu me informei em bastantes lugares, em como é feito, então...”. Pode-se perceber que o participante compreende o plano terapêutico como algo a ser definido apenas pela equipe de saúde onde não existe o compartilhamento das decisões e responsabilidades.

## Discussão

A saúde é compreendida atualmente não apenas como a ausência de doença, mas sim um complexo sistema que envolve fatores que se interpoem na sua produção, tanto na sua manutenção como na sua perda. O estudo em questão discute a promoção de saúde e a autonomia no desafio de entrelaçar esses conceitos usualmente utilizados na atenção primária para um nível mais alto de complexidade. Diante dos resultados apresentados, a percepção dos participantes acerca da autonomia aparece dissociada da promoção de saúde, a qual enfoca aspectos subjetivos e participação ativa do paciente no contexto da UTI. Também se identifica nas falas dos participantes a falta do empoderamento em relação à saúde (Oliveira, 2005), que significa ter autonomia para fazer escolhas informadas, objetivo primordial da promoção de saúde.

Das entrevistas realizadas, emergiram conteúdos que exemplificam como os papéis na assistência não estão claros, e o paciente não compreende como um direito o fornecimento

de informações sobre seu quadro clínico e a compreensão do que está ocorrendo durante sua internação hospitalar. De acordo com estudo descritivo realizado em duas unidades de internação em hospital público, os resultados apontam para direção semelhante, onde conclui-se que os pacientes possuem um conhecimento deficitário sobre seu quadro clínico, comportamento mais passivo e uma redução na participação do processo de cuidado (Pedro *et al.*, 2016).

Percebe-se que na maior parte dos resultados, a comunicação com a equipe não ocorreu de maneira efetiva e horizontal, os pacientes não estão apropriados do plano terapêutico e não possuem papel ativo na vivência de internação hospitalar. Segundo Kovács (2010), a partir de uma revisão bibliográfica sobre o tema da morte no século XXI aponta que ao se pensar nos cuidados com pacientes e familiares é fundamental favorecer a comunicação efetiva e a expressão dos sentimentos. Neste sentido, Massarollo *et al.* (2006) quando abordam os temas autonomia, privacidade e confidencialidade apontam que para existir uma ação autônoma além de liberdade e competência deve haver o esclarecimento das informações como peça central, onde o paciente deve ter acesso às informações necessárias para poder tomar uma decisão de acordo com suas crenças, expectativas e prioridades.

Victorino *et al.* (2007) apontam em sua revisão bibliográfica sobre comunicação de más-notícias que existem dois polos a serem observados diante da comunicação: assegurar-se que a informação seja compreendida corretamente e preocupar-se com a reação afetiva envolvida na passagem de informações. Além disso, refere que a comunicação entre equipes de saúde e os pacientes nem sempre ocorre de forma satisfatória, com pouca empatia e grande controle por parte dos profissionais. Por outro lado, as propostas de ampliação da comunicação parecerão ingênuas se não houver um reconhecimento da autonomia e legitimidade simbólica dos usuários, cujas manifestações não são a princípio, concretas e desprovidas de significado (Silva *et al.*, 2013).

A autonomia ainda engloba aspectos subjetivos como o acolhimento com o paciente e as relações que se estabelecem com a equipe de saúde. Algumas verbalizações apontam para experiências negativas diante desse processo, expondo que existe sentimento de impotência, falta de escuta ativa por parte da equipe e dificuldade de comunicação.

Em um artigo que busca analisar as concepções de sujeito e autonomia e sua relação com as práticas de humanização em saúde Silva *et al.* (2013) salientam para a perspectiva individualista presente no modo como o profissional de saúde e o usuário são muitas vezes concebidos. Muitas vezes, percebe-se a ideia subjacente em alguns relatos de que a qualificação do cuidado depende mais da “vontade de cada um” e, principalmente, da capacidade de ser desenvolvida pelos profissionais de saúde. Entretanto, tal capacidade é referida sem uma problematização acerca das condições subjetivas, organizacionais/político-institucionais e sociais que as subjazem.

Por outro lado, outros participantes trouxeram aspectos positivos como a percepção de sentirem-se respeitados à equipe na medida em que seus desejos foram respeitados. Chernicharo *et al.* (2013) apontam, em estudo realizado com pacientes hospitalizados no setor de clínica médica acerca das representações sociais sobre a humanização do cuidado, a importância do potencial de uma interação positiva na qualificação do cuidado no ambiente hospitalar. Os autores sugerem que diferentes percepções evidenciadas em uma mesma UTI possam estar relacionadas às questões culturais, diferentes níveis educacionais e o contexto no qual são advindos os participantes, além das particularidades da vivência de cada um na UTI. Ainda, segundo Haeser *et al.* (2012), a educação em saúde promove maior acesso à informação e conseqüentemente maior autonomia. Diante do exposto, além de um acesso mais fluído à informação, sugere-se que uma comunicação empática possa promover aprofundamento do vínculo com a equipe e nas relações em saúde e compreensão dos participantes acerca do contexto que vivenciam.

A percepção de sentir-se acolhido demonstra a importância da escuta ativa para o processo de comunicação entre os participantes e a equipe de saúde. Assim como uma via de mão dupla, uma comunicação eficaz promove a compreensão acerca do processo saúde/doença e gera a percepção de acolhimento. A comunicação e o acolhimento ainda se entrelaçam com a autonomia dos participantes, à medida que se compreende necessário participar do plano terapêutico e perceber-se cuidado pela equipe de saúde. Algumas experiências trazidas pelos participantes remetem à responsabilização apenas do paciente sobre o reestabelecimento de sua saúde, a autonomia como equivalente independência e o paciente

desprovido do direito às decisões sobre seu corpo e plano terapêutico.

O termo autonomia, segundo Segre e Cohen (2002) refere-se à liberdade de direitos, escolha individual, agir segundo a própria pessoa. Os autores ainda citam que a compreensão de um agente autônomo é reconhecer que existem capacidades e perspectivas pessoais, incluindo o direito de examinar e fazer escolhas. Diante dos resultados evidencia-se a dissociação da autonomia ao aspecto subjetivo do termo e sua vinculação à saúde. De acordo com contexto encontrado neste estudo, Massarollo *et al.* (2006) referem que a posição do paciente, na relação assistencial, é a de um objeto que recebe um benefício, porém, deveria configurar um sujeito que discute e emite opiniões sobre sua saúde, seu tratamento e bem-estar.

Segundo Torres (2003), na visão paternalista o aspecto do plano terapêutico e decisões em saúde são resolvidos de forma autoritária pela equipe de saúde, que se configura como central no contexto de adoecimento, enquanto o paciente tem um papel passivo. As percepções dos participantes refletem tal contexto cultural enraizado nas instituições de saúde, onde o paciente é passivo diante do adoecimento e não possui participação em seu tratamento. Também segundo More *et al.* (2009), as pessoas envolvidas numa ação de saúde, quando emocionalmente subjugados à força contextual, perdem sua capacidade de estranhamento ou reflexão a respeito das suas ações, o que os leva progressivamente a naturalizá-las. Os estudos apontados vão de encontro aos resultados em questão, onde diante dos discursos dos participantes evidencia-se uma aceitação e atitude passiva perante a falta de autonomia e controle sobre o processo saúde/doença. Ainda, Haeser *et al.* (2012) em uma revisão bibliográfica sobre promoção de saúde e autonomia apontam para a importância da inclusão do paciente no controle do processo da saúde.

O cuidado restringe-se às práticas de assistencialismo e tecnicismo da equipe, distanciando-se dos aspectos subjetivos e focalizando-se em uma prestação de serviço ao paciente, onde a internação hospitalar restringe-se à cura de doenças. Os participantes expuseram percepções que refletem sentimentos de desvalia perante a equipe, onde o paciente deve colaborar com as tarefas para amenizar o sentimento de invalidez. Segundo Pires (2005), em uma revisão teórico-filosófica sobre a política do cuidado, o mesmo é definido por uma mediação dinâmica entre ajuda e poder,

onde o gesto de cuidar é capaz tanto de tutelar quanto de emancipar pessoas, indo de encontro à percepção dos participantes quanto ao caráter assistencial e vertical do cuidado e distanciando-se dele como fortalecimento da autonomia. Apesar do paciente estar em cenário hospitalar e necessitar de procedimentos clínicos, muitos deles de caráter invasivo, não perde a sua subjetividade, devendo o cuidado englobar aspectos emocionais e vinculares onde haja significações e sentimentos ao instaurar o encontro profissional-paciente no processo do cuidado (Chernicharo *et al.*, 2013).

Ainda se encontra nas percepções dos participantes a falta de controle sobre seu corpo, a não inclusão dos mesmos no plano terapêutico e o entendimento de que o paciente não possui o direito à decisão sobre aspectos clínicos ocorridos na UTI. Nesse sentido, segundo Spink (2003), é o paciente que, nesse cenário, aparenta menos poder, embora todo o complexo movimento do processo saúde/doença o tem como ator principal, afinal, é em função de suas necessidades, reais ou imputadas, que se desenrola a complexa trama de ações e significados do qual participam sociedade e instituição hospitalar. No contexto estudado percebe-se que os pacientes não compreendem a autonomia como direito às informações e decisões acerca do seu quadro clínico e plano terapêutico, onde a relação assimétrica entre a equipe de saúde e o sujeito acaba por não respeitar as singularidades e consequentemente não promover saúde na perspectiva da autonomia. Também de encontro aos achados, Junges (2006) aponta que o paradigma médico que se impôs nos últimos séculos, baseia-se na dependência e na colonização médica, impedindo o paciente de tornar-se sujeito do processo saúde/doença, desalentando a autonomia e promovendo a dependência.

De acordo com esse cenário a promoção de saúde objetiva um forte incentivo à autonomia dos pacientes para que esses possam exercer suas escolhas amparados pelo cuidado de uma equipe profissional que converge para a inclusão no plano terapêutico, a compreensão do processo saúde/doença, o acolhimento e o respeito às singularidades. Ainda, segundo Haeser *et al.* (2012), necessita-se ampliar o poder dos indivíduos de questionar, refletir, decidir e agir por parte dos mesmos, promovendo autonomia e consequentemente saúde.

O contexto que se evidencia atualmente nas relações em saúde não abrange o exercício da autonomia na promoção de saúde, pois



se evidencia um caráter paternalista e assistencialista nas relações entre profissional e paciente, conjuntura que invalida o paciente de se tornar um sujeito de direitos e com poder de decisão sobre sua saúde. A promoção de saúde vem ao encontro da ampliação do conceito de saúde/doença, que engloba os determinantes sociais, de trabalho, ambientais e emocionais. Compreende-se que no contexto de UTI muitas vezes encontram-se situações de urgência e pacientes desprovidos da capacidade de decisão, porém, assim como apontado nesse estudo, encontram-se também pacientes com condições clínicas e emocionais de exercerem sua autonomia e terem sua singularidade respeitada.

### Considerações finais

O presente estudo teve por objetivo identificar a percepção de autonomia de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva embasado na estreita relação desse conceito com a promoção de saúde. Os resultados obtidos através das entrevistas sugerem que os participantes dissociam a autonomia do campo da saúde e não se percebem como protagonistas do processo saúde/doença, o que pode estar relacionado a uma percepção individual, mas também histórica e cultural vivida por cada um deles na sua trajetória de vida e encontros com as práticas de saúde já experienciadas ao longo dos anos.

A autonomia na ótica da promoção de saúde não pode ser vivenciada de forma vertical, onde a equipe impõe ao paciente condutas e formas de agir para garantir sua saúde. Almeja-se que o paciente possa estar informado sobre seus direitos, consciente e capacitado para optar pelas melhores escolhas para si. Dentro desta perspectiva, é o paciente, e não somente sua doença, que deveria ser o elemento central do complexo sistema de saúde.

Quanto às limitações do estudo, vale apontar que as entrevistas foram realizadas à beira do leito dos pacientes, configurando um cenário que muitas vezes pode ser acometido por distúrbios sonoros, urgências clínicas e interrupções por parte da equipe. Por outro lado, também pode ser apontado como um diferencial do estudo, onde as entrevistas realizadas propiciaram uma visão do contexto real que os pacientes vivenciavam naquele momento. Também se aponta como uma limitação a ausência de contraste entre as percepções dos pacientes e dos profissionais da saúde, que

poderia colaborar para estratégias eficazes na promoção de saúde nestes contextos.

A realização de mais pesquisas e reflexões acerca do tema abordado é importante para se atingir a maior parte dos profissionais de saúde e sensibilizar as equipes para a promoção de saúde no contexto da terapia intensiva. As pesquisas poderiam ir de encontro às percepções tanto de pacientes quanto de profissionais em relação à autonomia nos diferentes níveis de atenção em saúde. Também é importante destacar que o tema abordado no estudo deve estar presente na formação dos profissionais em saúde, visando uma prática congruente aos direitos do paciente e as diretrizes estabelecidas pelo sistema de saúde vigente.

### Referências

- ALVES, C.A.; FERNANDES, M.S.; GOLDIM, J.R. 2012. Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente. *Revista HCPA*, 32(3):358-362. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/159322>. Acesso em: 13/10/2017.
- BISOGNO, S.B.C.; QUINTANA, A.M.; CAMARGO, V.P. 2010. Entre a vida enferma e a morte sadia: a ortotanásia na vivência de enfermeiros em unidade de terapia intensiva. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14(3):327-334.
- BITENCOURT, A.G.V.; NEVES, F.B.C.S.; DANTAS, M.P.; ALBUQUERQUE, L.C.; MELO, R.M.V.; ALMEIDA, A.M.; AGARENO, S.; TELES, J.M.M.; FARIAS, A.M.C.; MESSEDER, O.H. 2007. Análise de Estressores para o Paciente em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(1):53-59. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000100007>
- BITENCOURT, A.L.P.; QUINTANA, A.M.; VELHO, M.T.A.C.; GOLDIM, J.R.; WOTTRICH, L.A.F.; CHERER, E.Q. 2013. A voz do paciente: por que ele se sente coagido? *Psicologia em Estudo*, 18(1):93-101. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722013000100010>
- BRASIL. 2016. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Conselho Nacional de Saúde (MS). Brasília, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 12/11/2017.
- CAMPOS, R.T.O.; CAMPOS, G.W.S. 2006. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: G.W.S. CAMPOS; M.C.S. MINAYO; M. AKERMAN; J.M. DRUMOND; Y.M. CARVALHO (eds.), *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec/Fiocruz, p. 669-688.
- CARVALHO, S.R. 2005. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. São Paulo, Hucitec, 183 p.
- CHERNICHARO, I.M.; FREITAS, F.D.S.; FERREIRA, M.A. 2013. Representações sociais da huma-

- nização do cuidado na concepção de usuários hospitalizados. *Saúde e Sociedade*, **22**(3):830-839. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300016>
- DAVIS, M.; ELWYN, G. 2008. Advocating Mandatory Patient 'Autonomy' in Healthcare: Adverse Reactions and Side Effects. *Health Care Analysis*, **16**(4):315-328. <https://doi.org/10.1007/s10728-007-0075-3>
- ENTWISTLE, V.A.; CARTER, S.M.; CRIBB, A.; MCCAFFERY, K. 2010. Supporting Patient Autonomy: The Importance of Clinician-patient Relationships. *Journal of General Internal Medicine*, **25**(7):741-745. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1292-2>
- FLEURY-TEIXEIRA, P.; VAZ, F.A.C.; CAMPOS, F.C.C.; ÁLVARES, J.; AGUIAR, R.A.T.; OLIVEIRA, V.A. 2008. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, **13**(Sup.2):2115-2122. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63009616>. Acesso em: 10/09/2016.
- FONSECA, A.S.; PETERLINI, F.B.; COSTA, D.A.C. 2014. *Segurança do Paciente*. São Paulo, Martinari, 276 p.
- GRAÇAS, E.M.; SALES, L.V.T. 2005. O Mundo-Vida no Centro de Tratamento Intensivo: experiência do ser em situação de doença. *Revista Mineira de Enfermagem*, **9**(1):13-19.
- GUIRARDELLO, E.B.; ROMERO-GABRIEL, C.A.A.; PEREIRA, I.C.; MIRANDA, A.F.A. 1999. Percepção do Paciente sobre sua Permanência na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Escola de Enfermagem*, **33**(2):123-129. <https://doi.org/10.1590/S0080-62341999000200003>
- HSIEH, H.F.; SHANNON, S.E. 2005. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, **15**(19):1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- HAESER, L.M.; BÜCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F.S. 2012. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, **22**(2):605-620. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000200011>
- JORGE, M.S.B.; PINTO, D.M.; QUINDERÉ, P.H.D.; PINTO, A.G.A.; SOUSA, F.S.P.; CAVALCANTE, C.M. 2011. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, coresponsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, **16**(7):3051-3060. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>
- JUNGES, J.R. 2006. *Bioética Hermenêutica e Casuística*. São Paulo, Edições Loyola, 268 p.
- JUNIOR, E.Q.O.; OLIVEIRA, E.Q.; OLIVEIRA, P.B.Q. 2013. Autonomia da vontade do paciente x autonomia profissional do médico. *Relampa*; **26**(2):89-97. Disponível em: <http://www.relam-pa.org.br/details/886/pt-BR/autonomia-da-vontade-do-paciente-x-autonomia-profissional-do-medico>. Acesso em: 19/10/2016.
- KOVÁCS, M.J. 2010. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, **34**(4):420-429. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20104420429>
- LEFEVRE, F.; LEVEFRE A.M.C. 2007. *Promoção de Saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro, Vieira & Lent, 166 p.
- MASSAROLLO, M.K.B.; SACCARDO, D.P.; ZOBOLI, E.L.C.P.; 2006. Autonomia, privacidade e confidencialidade. In: T. OGUISSO; E.L.C.P. ZOBOLI (eds.), *Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. Barueri, Manole, p. 136-152.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2004. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Série B: Textos Básicos de Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniz-asus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniz-asus_2004.pdf). Acesso em: 27/10/2015.
- MORE, C.L.O.O.; CREPALDI, M.A.; GONÇALVES, J.R.; MENEZES, M. 2009. Contribuições do pensamento sistêmico para à prática do psicólogo no contexto hospitalar. *Psicologia em Estudo*, **14**(3):465-473. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000300007>
- NETO, J.L.F.; KIND, L. 2011. *Promoção de Saúde: práticas grupais na estratégia saúde da família*. São Paulo, Hucitec, Belo Horizonte, Fapemig, 182 p.
- OLIVEIRA, D.L. 2005. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, **13**(3):423-431. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000300018>
- PEDRO, D.R.C.; SILVA, G.K.T.; MOLIN, T.D.; OLIVEIRA, J.L.C.; NICOLA, A.L.; TONINI, N.S. 2016. Conhecimento do paciente sobre a assistência hospitalar recebida durante sua internação. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, **20**:e978. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160048>
- PIRES, M.R.G.M. 2005. Politicidade do Cuidado e Avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, **5**(1):S71-S81. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000500008>
- SEGRE, M.; COHEN, C. 2002. *Bioética*. 2ª ed., São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 220 p.
- SENE, T.B.; LINO, M.L.; GONSAGA, R.A.T.; SILVA, E.M.; BISCEGLI, T.S. 2012. Autonomia do paciente: análise situacional de uma unidade de urgência. *Revista Bioética*, **20**(3):520-527. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533260018>. Acesso em: 11/08/2017.
- SILVA, A.M.; SÁ, M.S.; MIRANDA, L. 2013. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. *Saúde e Sociedade*, **22**(3):840-852. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300017>
- SOARES, J.C.R.S.; CAMARGO JR, K.R. 2007. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, **11**(21):65-78. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000100007>
- SPINK, M.J.P. 2003. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis, Vozes, 339 p.

TORRES, W.C. 2003. A Bioética e a Psicologia da Saúde: Reflexões sobre Questões de Vida e Morte. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, **16**(3):475-482.

<https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000300006>

VICTORINO, A.B.; NISENBAUM, E.B.; GIBELLO, J.; BASTOS, M.Z.N.; ANDREOLI, P.B.A. 2007. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicol-*

*gia Hospitalar*, **10**(1):53-63. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582007000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100005). Acesso em: 12/09/2016.

*Submetido: 29/09/2016*

*Aceito: 14/11/2017*