

Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria*

Communication in health: some reflections based on the perception of bedridden patients in a nursery

Maria Lúcia Toralles-Pereira ¹
Trajano Sardenberg ²
Heloisa Wey Berti Mendes ³
Reinaldo Ayer de Oliveira ²

Abstract *Research of images and meanings about the experiences of patients during the service/treatment in a nursery; aiming to problematize ethic matters in the routine of health practices to stimulate reflections about the professional training and situations considered "natural" attributable to routine urgencies. It was given cameras to 5 bedridden patients in an Orthopedics Nursery of a University Hospital on the second semester of the year 2001, so they could register by photos their experiences as patients, looking for answers to the following questions: what is the meaning of being in bed and unable to get up of it? What is good and bad about your routine in the nursery? Trying to understand this material through the patients' point of view, find herewith part of this experience registered and related. The results showed that amongst the biggest difficulties faced by them were dependence, bringing about embarrassment and discomfort; and lack of information, producing insecurity and enlarging dependence.*

Key words *Communication, Ethics, Humanization, Photography*

Resumo *Investigam-se imagens e significados sobre experiências vivenciadas por pacientes no processo de atendimento/tratamento em uma enfermaria, visando problematizar questões éticas no cotidiano das práticas de saúde, que possam contribuir para refletir, no espaço da formação profissional, sobre situações que, muitas vezes, se "naturalizam" pela urgência da rotina. O trabalho consistiu em entregar câmaras fotográficas a cinco pacientes acamados, internados em uma Enfermaria de Ortopedia de um hospital universitário, no segundo semestre do ano de 2001, para que registrassem, pela fotografia, experiências que vivenciavam na condição de pacientes, procurando responder às perguntas: o que significa estar na cama sem poder sair dela? O que é bom e o que é ruim em sua rotina na Enfermaria? Buscando compreender o material pela ótica dos pacientes, apresenta-se aqui parte da experiência registrada e relatada. Os resultados obtidos apontam que entre as maiores dificuldades enfrentadas pelos pacientes entrevistados estão a dependência, gerando constrangimento e desconforto, e a falta de informação, gerando insegurança e ampliando a dependência.*

Palavras-chave *Comunicação, Ética, Humanização, Fotografia*

* Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp.

¹ Departamento de Educação, Instituto de Biociências de Botucatu/IBB, Unesp. Distrito de Rubião Júnior, s/n, 18618-000, Botucatu SP. luciatoralles@terra.com.br

² Departamento de Cirurgia e Ortopedia, Faculdade de Medicina de Botucatu/FMB, Unesp.

³ Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu/FMB, Unesp.

De sujeito a paciente

A transformação do indivíduo em paciente inclui a vivência de uma série de separações marcadas, freqüentemente, por experiências de fragmentação e perda de autonomia sobre o próprio corpo.

Internado, o paciente sofre uma ruptura com seu cotidiano, desencadeadora de “falta de existência”, como se ele ficasse subitamente em déficit com o mundo: separa-se da família, da residência, do bairro, do trabalho, ... e começa a experimentar um constante desfazer de suas certezas e identidades; (...) deixa de ter direitos sobre o próprio corpo e se vê separado, de modo abrupto, da vida que, dia a dia, construía e reconstruía sua identidade (Sant’Anna, 2000).

No hospital, em particular numa Enfermaria de Ortopedia, a especificidade do tratamento a que precisam ser submetidos alguns pacientes cria, muitas vezes, situações de constrangimento e de grande dependência em relação à equipe de atendimento. Deitado na cama hospitalar (a quase um metro do chão) por vários dias, a situação que o paciente experimenta é, como observa Sant’Anna (2000), a da *fragmentação do tempo, do corpo e das atividades*.

Em situações de maior imobilidade no leito (Fotos 1 e 2), o teto e a superfície superior das paredes passam a referenciar as relações do paciente com objetos e experiências no interior do quarto. Essa condição de imobilidade e distorção das relações espaciais, somada à privação de autonomia diante de situações rotineiras do cotidiano e à experiência de intimidação gerada pelo cenário dos equipamentos da Enfermaria (serra elétrica, brocas, perfuradoras,

instrumentos de tração, martelos etc.) traz, para a prática médica, a preocupação com a qualidade do atendimento/tratamento, entendida não exatamente sob a ótica das condições materiais ou técnicas implicadas na assistência, mas no que se refere à dimensão subjetiva daqueles que experimentam e percebem tais situações.

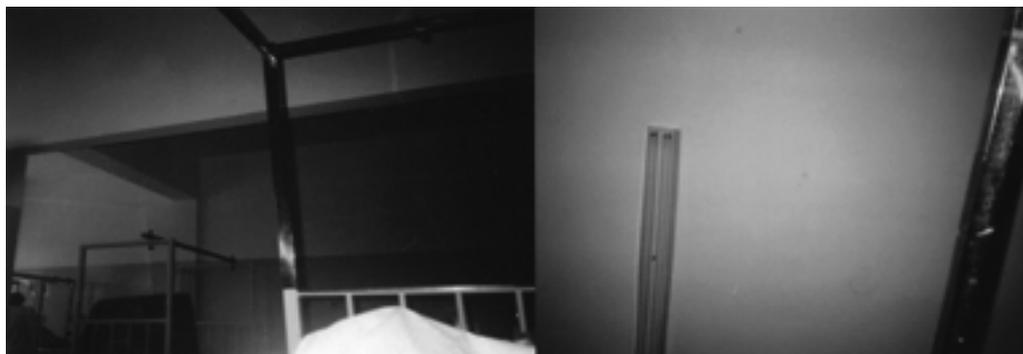
Conhecer o modo como essas condições são vividas, pensadas e valorizadas na dimensão subjetiva dos pacientes pode representar uma importante tarefa a ser enfrentada no contexto da discussão sobre a construção de uma ética cotidiana – a ética pensada no momento do exercício da prática médica –, abordagem desenvolvida por Schraiber (1997).

A importância de estudar como essas situações são elaboradas em termos de expectativas e como são percebidas em termos de vivência pelos usuários de uma enfermaria mobilizou esta investigação, entregando câmaras fotográficas a pacientes acamados para que eles próprios pudessem registrar experiências significativas vividas na enfermaria atuando com direito de escolher imagens, expressar idéias, sensações e expectativas sobre as experiências vividas.

O objetivo do trabalho foi pesquisar imagens e significados que expressem, a partir da ótica de pacientes, situações que vivenciam no processo de atendimento/tratamento na enfermaria visando favorecer a discussão e a reflexão sobre ética no espaço do cotidiano das práticas e da formação na área da Saúde, para problematizar, no espaço da formação profissional, situações que, muitas vezes, se “naturalizam” pela urgência da rotina.

Fotos 1 e 2

Imagens registradas por pacientes.



A pesquisa: procedimentos metodológicos

Trata-se de pesquisa qualitativa que utilizou fotografias produzidas por pacientes e depoimentos obtidos mediante entrevista aberta, realizada a partir do material visual produzido pela revelação dos filmes de cada paciente.

O uso da fotografia na pesquisa, como recurso à comunicação, tem sido utilizado em estudos fenomenológicos na área da saúde para estimular a discussão sobre experiências de difícil abordagem para a vida dos pacientes (Hanna & Jacobs, 1993). A idéia de utilizar a fotografia como uma mediação para a comunicação foi desenvolvida por Collier & Collier (1986), no livro *Visual anthropology: photography as a research method*. Hagedorn (1994), tomando como referência o estudo dos autores acima, discutiu as possibilidades da fotografia como instrumento para levantar dados na área da Saúde, considerando essa abordagem inovadora e, ao mesmo tempo, estética para o desenvolvimento de pesquisas qualitativas que valorizem a percepção e as idéias construídas por pessoas acerca de suas experiências de vida.

O universo da pesquisa envolveu cinco pacientes adultos do sexo masculino, acamados no segundo semestre de 2001 em uma enfermaria de ortopedia de um hospital público universitário, sem alterações de consciência, sem condições de sair do leito temporariamente, porém, no momento de realização deste estudo, apresentavam condições de manipular câmaras fotográficas. Os cinco participantes do estudo são do sexo masculino, jovens, pertencentes à população economicamente ativa, na maioria trabalhadores de reparação e manutenção; um dos pacientes tem escolaridade de nível superior; dois têm escolarização de nível

fundamental incompleto; e outros dois, escolarização de nível médio.

As câmaras fotográficas, do tipo automática, foram entregues aos pacientes, com filme colorido de 12 poses, permanecendo com cada um pelo período de quatro dias. A realização das fotos teve como referência duas perguntas a eles dirigidas: *O que significa estar na cama sem poder sair? O que é bom e o que é ruim em sua rotina na Enfermaria?*

A revelação das fotos foi realizada logo após o término da experiência de cada paciente com a máquina fotográfica. As imagens reveladas foram apresentadas aos autores para que apreciassem e comentassem cada foto. Para a análise do material visual, utilizou-se o método de interpretação de imagens baseado na abordagem *Image Watching* desenvolvida por Robert Ott (1997), que inclui cinco etapas (*descrevendo, analisando, interpretando, fundamentando e revelando*). A interpretação dos resultados incluiu a análise do material visual e dos depoimentos dos pacientes (registrados em gravador), analisados a partir da identificação de categorias encontradas pela técnica de saturação das respostas obtidas no grupo estudado, com base nos estudos de Minayo (1998). Essas categorias foram interpretadas e analisadas a partir do referencial teórico utilizado sobre o vínculo interativo que envolve compartilhamento e interação nas práticas sociais (Schraiber, 1997; Sant'Anna, 2000; Gauderer, 1991; Maffesoli, 1987).

Resultados

Os dados apresentados neste artigo foram organizados em três categorias: características *do estar doente, do cuidado e do quarto*.

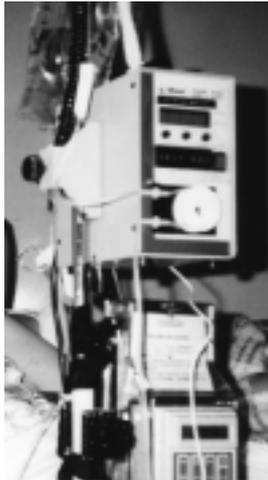
Foto 3

Imagens produzidas pelos pacientes.

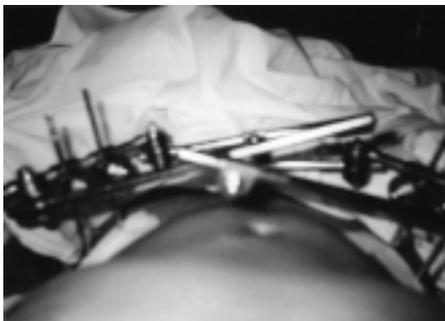




4



5



6



7



8



9

Foto 4**Soro.**

... é uma coisa ruim você ficar com esse monte de soro ligado no braço e o tempo todo perder a veia por causa do medicamento secar aí... ou por causa da heparina... (...) Já não é bom você ficar com isso na veia e você perder a veia porque o funcionário não veio ver, acho que isso não é bom não. (Paciente 1)

Foto 5**Aparelho.**

... isto é um aparelho porque eu estava tomando remédio para trombose. (...) para mim era muito ruim ficar com esses negócios no pulso, na veia. (Paciente 2)

Foto 6**Dor.**

... É muito ruim... Esse aparelho que eu estou com ele na barriga (...) A noite, em vez de dormir, eu ficava gritando de dor (...) Foi muita dor! (Paciente 3)

Fotos 7 e 8**Imobilidade, dependência, desconforto.**

... esta foto ... é a minha infelicidade. Um tombo de moto me fez ficar quinze dias em cima de uma cama sem poder me levantar, nem para ir ao banheiro ... Você vê o banheiro perto de você e não pode ir até ele, tem que pedir, ficar dependendo de favor dos outros. É incômodo de mais... (Paciente 4)

Foto 9**O corpo imobilizado (Paciente 1).**

Sobre o “estar doente”

Nesta categoria apareceram: as dificuldades que os pacientes enfrentavam com as máquinas, os equipamentos, a tecnologia envolvida no processo de atendimento/tratamento; a dor física, provocada por intervenções complexas; o desconforto, a imobilidade e o constrangimento que enfrentavam pela dependência.

Ficar doente e depender de outros traz constrangimentos; passa a ser vergonhoso em uma sociedade marcada pelo sucesso e pela ca-

pacidade de produzir. Representa, como observa Sant’Anna (2000), um retrocesso ao tempo de criança, quando não se tem total responsabilidade sobre o próprio corpo.

Sobre o “atendimento”

Na condição de paciente em uma enfermaria, ao transtorno de depender dos cuidados de outros, somam-se as práticas que constituem o dia a dia no hospital: o corpo do doente passa a ser o principal lugar de manipulações diversas e, às vezes, fragmentadas, realizadas por muitas mãos: profissionais de enfermagem, médicos, estudantes, residentes ... (Sant’Anna, 2000). E nessa condição de dependência, o paciente começa a vivenciar a insegurança: vive a angústia da dúvida e a carência de atenção...

A necessidade de atenção é visível. A ruptura com a vida cotidiana – trabalho, amigos, família –, desencadeia “uma carência de presença”. Enfermeiras, médicos e outros profissi-



10

Foto 10

Os médicos.

...os médicos que estão atendendo a gente aqui... é uma coisa boa... de manhã eles vêm aqui, animam a gente, conversam, explicam tudo para a gente. (Paciente 1)



11

Foto 11

O atendimento.

É o R1 que está responsável pela enfermaria, o (...). É um rapaz muito bonzinho! ...É aquela história de não ter ainda adquirido alguns vícios de doutores, então, é muito simples... Vem conversar com a gente, tenta explicar o que ele sabe. Ele é o elo da gente com os professores.

Por exemplo, agora, no meu caso, tem o professor (...) que está me acompanhando, que foi diferente das outras duas cirurgias que eu fiz e não fiquei sabendo quem foram os profissionais que me operaram. Eu não vi, não vieram me ver ... eu só tinha contato com o residente da enfermaria. Agora, o doutor (...) tem acompanhado. Diariamente ele passa aqui e o (...), por ser o residente responsável, também ... Diferente de outros residentes que a gente já viu aqui e que não dão a mesma importância pra esse contato com a gente.

Queria agradecer pela oportunidade de estar falando, porque essas coisas vinham me engasgando, já ... das duas cirurgias que até hoje eu não sei quem me operou. É uma falha enorme de quem operou, do médico que fez a cirurgia no paciente... E assim a gente vê outros pacientes, que saem daqui sem saber nada. Alguns, inclusive, vão para cirurgia, sem saber direito como vai ser feita a cirurgia ... (Paciente 3)



12

Foto 12

A delicadeza no cuidado.

... Aqui são dois auxiliares de enfermagem que têm contato direto com a gente. Só para lembrar de falar que tem auxiliares de enfermagem e “auxiliares de enfermagem” ... tem alguns que são muito delicados ... tem uns que são brutos no movimento... (...) e a gente sofre mais do que o necessário, acredito. (Paciente 3)

Fotos 13 e 14
Enfermeiros.



(...) é uma enfermeira; se não dependesse dela estaria passando mal (...) qualquer coisinha que a gente pedia, ela fazia pra gente. E (...) é outro enfermeiro muito legal. Pode desabafar qualquer coisa com ele; ele ajuda, é um grande amigo, do coração! (Paciente 5)

onais funcionam, por vezes, como “doadores” de presença e de atenção, *figuras fundamentais para restabelecer os laços entre o paciente e a vida* (Sant’Anna, 2000).

Sobre o “quarto”

Ao lado das idéias construídas sobre a experiência percebida no próprio corpo e da percepção do cuidado e atendimento que recebem, aparecem as dificuldades enfrentadas pelas condições do quarto em termos de privacidade, iluminação, lazer.

No quarto, a presença de outros pacientes apresenta a necessidade de conviver com mais sofrimento, mas também, a possibilidade de construir um novo cotidiano e fazer novas amizades.

No conjunto, pelo aspecto negativo da experiência na enfermaria, foram enfatizadas a dependência e a falta de informação; e pelo aspecto positivo da experiência apareceram: as novas amizades, o conhecimento adquirido junto da equipe de profissionais, o cuidado e atenção de profissionais.

O que é ruim mesmo disso tudo é a gente ficar dependendo dos outros, a gente não poder levantar para ir ao banheiro (...) Tudo tem que depender dos outros, (...) é muito ruim ficar deitado nesta cama ... (Paciente 2)

Pra dizer a verdade, só o fato de você estar no hospital já é um motivo ruim. Mas o que eu acho

pior aqui é a falta de informação ... qualquer coisa que a gente queira saber do médico e, às vezes, não conseguir conversar. (...) Esse é um diferencial em favor do doutor (...), eu achei super importante esse contato médico/paciente.

Então, ...é difícil falar o que tem de bom aqui, quer dizer, tem esse lado bom, esse contato com outras pessoas, com o conhecimento, com os auxiliares que a gente faz amizade ... (Paciente 3)

Pra mim... ruim foi que eu fiquei vários dias parado. E bom, foi que eu fiz amizades, fiz muitas amizades novas, pessoas diferentes, que sabem conviver com pessoas que têm defeitos, doenças ... E todo mundo aqui tem consciência de que a vida vale mais do que qualquer coisa. (Paciente 4)

Da expressão dos pacientes à compreensão da experiência vivida

O ato médico, como outras ações em saúde, não se resume à intervenção técnico-científica. *É sempre uma interação: relação entre duas pessoas* (Schraiber, 1997).

...toda ação sobre o corpo (seja manual direta ou não), todo o gestual do ato e o explicitamente enunciado resultam em comunicados e aprendizados, além de alterações físicas. São repercussões, pois, no plano material e no plano simbólico (Schraiber, 1997).

Excluindo as situações de urgência e os estados de inconsciência do paciente, Schraiber



15



16



17



18



19



20

Foto 15

Privacidade.

Tirei esta foto por causa dos biombos. Achei que eles estavam bem sujos: poderia ser melhorado isso... E melhoraria até a privacidade da gente. ... às vezes, eles não estão bem encaixados... a gente tá tomando banho... tá até em posições meio desconfortáveis...

A porta lateral... (...) pra mim essa porta é mais um estorvo, uma coisa ruim... que entram e saem várias pessoas. Às vezes você está fazendo curativo, está com a comadre ... e a pessoa abre a porta... atravessa com a família aqui (...) fica aquele entra e sai de pessoas desconhecidas... Eu acho uma coisa ruim. (Paciente 1)

Foto 16

A escuridão.

Esta foto eu tirei no escuro. O fato de apagar tudo e fecharem as portas eu acho que não é uma coisa boa. Acho que podiam deixar a porta aberta, pelo menos... deixar um pouco de iluminação. (...) Por várias vezes eu acordei de madrugada ... e o quarto inteirinho apagado... e você ter que apertar a campainha e pedir pra vir aqui jogar a comadre, acender a luz para você. Não é legal você não ter um botão de luz na sua mão. Você estando debilitado na cama ... é uma coisa ruim. (Paciente 1)

Foto 17

A solidão.

Aqui tem uma parte boa e ruim. A parte boa é que eu conheci, pelo tempo que fiquei aqui, muitas pessoas que passaram por esta cama, que ficaram comigo, uma semana, cinco dias... E a parte ruim é que você fica um tempo sozinho também. O quarto só tem duas camas. Você fica sozinho um período (...) Aquela solidão danada... (Paciente 3)

Foto 18

Lazer.

É o aparelho de TV. Não que seja dos piores, é uma marca boa e tudo... só que não funciona direito. (...) Acho que pelo menos uma televisão boa deveria ter no quarto para distrair o pessoal, já que tem que ficar aqui... acamado. um pouquinho de conforto e uma televisão boa, eu acho que melhora. (Paciente 1)

Foto 19

O calor.

expressa o calor que está em todo lugar; falta água para as pessoas beberem... falta chuva e também... a energia elétrica. Sem a chuva está tudo apagado, só no escuro. (Paciente 5)

Foto 20

Os companheiros de quarto.

...aqui é o seu P... que estourou um pneu de caminhão; ele perdeu o braço. (...) Estar deitado em frente a ele é ruim, uma coisa que eu não desejo pra ninguém. Mas... ele foi mutilado mas estava feliz, não perdeu a vida. Falava pra gente: "eu estou assim, mas eu estou vivo, tenho minha vida pela frente! ..." (Paciente 4)

(1997) lembra que toda intervenção, decorrente do julgamento clínico (e a decisão médica), engloba duas dimensões praticadas em conjunto: a física e a comunicacional. Mostra, assim, que a qualidade do atendimento/tratamento não é resultado apenas das condições materiais que incluem o saber/aplicar conhecimento técnico-científico. *Também se faz com base nos dispositivos relacionais, fruto das éticas interativas e comunicacionais.* No entanto, observa a autora, tende-se a acreditar que é mais “correto”, mais importante tecnicamente, cuidar da parte física da intervenção (medicamentos, tipo de intervenção etc.) do que cuidar da parte relacional (discutir com o paciente, possibilitar que ele se aproprie de informações sobre seu estado de saúde compreendendo o porquê de determinadas condutas ou medicamentos etc.).

Para o paciente esse procedimento, que torna a dimensão relacional secundária, parece gerar mais insegurança, angústia e dependência em relação ao serviço e aos cuidados: *... o que eu acho pior aqui é a falta de informação ... qualquer coisa que a gente queira saber do médico e... não conseguir conversar. Porque às vezes o residente não pode te dar informação, ele tem que conversar com o docente, só que esse docente que foi quem te operou, às vezes a gente não tem acesso porque ele não vem nos quartos, não aparece aqui pra explicar nada para gente* (Paciente).

Por outro lado, para a assistência ao doente, focar o aspecto técnico-científico em detrimento do relacional parece ser mais simples, mais objetivo. *Primeiro, porque sabemos bem melhor e mais precisamente o que quer dizer acertar na dimensão técnico-científica do que na esfera das relações ou na dimensão comunicacional... Segundo, porque valorizamos mais a dimensão do natural e suas leis, como o corpo biologicamente tomado, do que a dimensão humano-valorativa, em que o corpo aparece investido socialmente, com necessidades e possibilidades diversas, às vezes opondo-se ao biológico e criando dificuldades para nossa intervenção* (Schraiber, 1997).

Embora nem sempre seja considerado participante das decisões tomadas sobre sua vida e nem sempre seja comunicado a respeito dessas decisões de modo a compreendê-las, o doente hospitalizado se mantém como fonte viva de informações, disponíveis e manipuláveis, as quais tendem a seguir uma via unidirecional de comunicação: ora do doente para a equipe de saúde, mediante informações solicitadas de forma objetiva, visando filtrar conteúdos de subjetividade; ora da equipe de saúde para o

doente, mediante a tradução de decisões técnicas. Dificilmente observam-se essas informações transitando de modo bidirecional e dialógico (Maffesoli, 1987).

... Esse é um diferencial em favor do doutor (...); eu achei super importante esse contato médico/paciente. (...) os médicos que estão atendendo a gente aqui agora (...) conversam, explicam tudo para a gente (Paciente).

A falta de diálogo, com o passar do tempo, leva a uma fala esvaziada de sentido para a pessoa doente, que se expressa, algumas vezes, na insatisfação com a qualidade do atendimento pela maior dependência em relação à equipe e ao serviço. A desinformação acentua a dependência, favorecendo situações de controle e relações de dominação. Ter acesso à informação é um direito do paciente, condição necessária para que possa exercer a sua autonomia e partilhar decisões conscientes sobre o seu corpo. Mas o conhecimento e a autonomia do paciente colocam uma nova lógica às relações sociais entre profissionais/instituição de saúde e pacientes/usuários.

A palavra é uma irrupção perigosa que rompe a segurança do instituído. A palavra é o que responde e o que elucida, ela é o paradigma da relação social, a troca simbólica por excelência, pois permite o acordo ou o confronto de subjetividades que se assumem como tais e que se superam umas às outras, num mesmo movimento, numa alteridade plural (Maffesoli, 1987).

O vínculo interativo: compartilhamento ou dominação

Do ponto de vista das condições materiais, os avanços da ciência e da tecnologia têm contribuído para melhorar a assistência e aumentar as chances de tratamento e sobrevivência, contudo, têm, cada vez mais, enfraquecido os vínculos entre profissionais de saúde e pacientes/usuários. A anamnese e o exame físico têm sido, em parte, substituídos por aparelhos que fornecem informações diagnósticas e indicam terapêuticas, diminuindo a participação do doente nesse processo de levantamento das suas condições de saúde. A atenção dirige-se para a doença e não para o indivíduo doente. A individualidade de cada sujeito (inseguranças, preocupações, necessidades, angústia) passa a ser um ruído no processo de comunicação que, para se exercer, tende a silenciar o doente, realizando-se em uma única direção, sem espaço para o

diálogo e para a participação do doente como sujeito que sente, percebe e pensa sobre a sua condição de doente. Nesse processo de comunicação que se realiza em uma única direção, de modo *unilinear* (em classificação de Teixeira, 1997), o uso corrente de uma terminologia ancorada em vocábulos técnicos complicados e termos típicos do meio hospitalar, pelos profissionais, acaba por reforçar uma relação de domínio e opressão. Diante disto, Gauderer (1991) lembra que o profissional de saúde, imbuído do poder de curar, adquire *status* e prestígios especiais que, quando não compartilhados com o paciente mediante uma discussão mais ampla sobre as suas condições e possibilidades, podem desencadear abuso de poder pela posse de saberes e de segredos que se tornam inacessíveis aos pacientes.

A individualidade de cada sujeito, doente ou sadio, continua sendo o principal fator de perturbação para o olhar clínico, que precisará, então, para poder se exercer, silenciar o corpo doente do doente, fixando-se no corpo doente genérico (Moysés & Collares, 1997).

A essa dificuldade interacional histórica, que está na origem das práticas de saúde (Foucault, 1977), soma-se o fato de o atendimento ser, cada vez mais, realizado por equipes que se servem do anonimato para a tomada de decisões unilaterais sobre a vida do paciente, ampliando a impessoalidade desse atendimento, como vêm analisando alguns pesquisadores (Boemer, 1989; Siqueira, 1997; Mendes, 1999).

Na relação profissional de saúde/paciente, a autonomia da pessoa doente já é um fato assegurado por legislação. Os direitos do paciente, no âmbito do Estado de São Paulo, estão assegurados pela lei nº 10.241 de 17 de março de 1999. Conforme o artigo 2º, entre outros direitos, o paciente deve ser claramente informado, no caso de procedimentos invasivos, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os riscos e conseqüências indesejáveis e a duração esperada do procedimento. Deve receber informações sobre exames e condutas a que será submetido, alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes no serviço de atendimento ou em outros serviços. É, ainda, direito do paciente consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação sobre procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados, recebendo, por escrito, o diagnóstico e o tratamento indicado, com identificação do nome do profissional e o

seu número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão (Brasil, 1999).

Exercer essa autonomia, na relação profissional de saúde/paciente, pressupõe conhecimento e liberdade para proceder, de modo consciente, às escolhas dentre as opções possíveis; exige conhecimento e percepção da liberdade para partilhar decisões.

O consentimento esclarecido, mediante o qual a decisão do paciente deve ser acatada, implica respeito ao paciente e à sua autodeterminação como pessoa. A solicitação de consentimento ao paciente tem sido bastante enfatizada quando se trata da obtenção de seu aval para participar de pesquisas, mas não recebe a mesma ênfase em relação ao atendimento. O profissional tem o domínio de conhecimentos para identificação dos problemas do paciente: elabora o julgamento clínico e implementa procedimentos para resolvê-los. Mas, o paciente sente e percebe suas necessidades: profissionais e pacientes estão implicados no processo de decisão (Brasil, 1996).

Para que o paciente exerça sua autonomia precisa obter todas as explicações necessárias sobre a situação (riscos envolvidos nas diferentes alternativas de escolha) e compreensão das informações para tornar factível a escolha que melhor atenda às necessidades da situação. A autonomia exige cidadania garantida: implica acesso igualitário à educação, saúde, informação. Em sociedades com desigualdades sociais grandes, o discurso da beneficência e da autonomia mostra-se, freqüentemente, vazio de significado para os desprovidos de conhecimento e de direito à liberdade de escolher e decidir sobre suas vidas e seu bem-estar porque a relação profissional de saúde e paciente ocorre, com freqüência, entre pessoas que, no plano social, representam autoridades técnicas e científicas desiguais. Assim, *tendemos a vê-la como uma interferência de uma só mão: do médico para o paciente* (Schraiber, 1997); do profissional de saúde para o usuário etc.

Concluindo

À noite, ... eu ficava gritando de dor... foi muita dor!

As narrativas apresentadas traduzem o sofrimento dos pacientes em imagens vivas que encontram eco no "outro ser humano" que as escuta (Maffesoli, 1987). Por isto, elas chocam, sensibilizam, problematizam... Expressam o

sofrimento e a dor vivenciada pelos pacientes; mas apontam também para as condições materiais e não materiais que interferem na qualidade da assistência em saúde: privacidade, dignidade, aspectos relacionais, insegurança, necessidades... Problematicam a lógica social instituída dos processos formadores num hospital universitário. As práticas de comunicação ainda são desafio à construção de uma cidadania social em nossa sociedade. Para Romano (2002), há muito o que caminhar neste campo; *o processo de comunicação do conhecimento é tão ou mais complexo que o processo de invenção do conhecimento.*

Nesta pesquisa, a fotografia, utilizada como estratégia de ruptura a modelos de comunicação instituídos, possibilitou momentos de autonomia aos pacientes, trazendo imagens e

relações, que podem contribuir para uma reflexão crítica sobre os desafios éticos relativos aos aspectos relacionais e comunicacionais da formação em saúde, apontando que, entre as maiores dificuldades enfrentadas pelos pacientes internados entrevistados estão a dependência, gerando constrangimento e desconforto, e a falta de informação, gerando insegurança e ampliando a dependência.

....queria agradecer pela oportunidade de estar falando, porque essas coisas vinham me engasgando já ... das duas cirurgias que até hoje eu não sei quem me operou. É uma falha enorme de quem operou, do médico que fez a cirurgia no paciente... E assim a gente vê outros pacientes, que saem daqui sem saber nada. Alguns, inclusive, vão para cirurgia, sem saber direito como vai ser feita a cirurgia ... (Paciente)

Colaboradores

ML Torralles-Pereira, T Sardenberg, HWB Mendes e RA Oliveira participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências bibliográficas

- Boemer MR 1989. *A morte e o morrer*. Cortez, São Paulo.
- Brasil 1999. São Paulo. Lei nº 10.241. Disposições sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e das outras providências. Disponível em <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh>>. Acessado em 17 de março de 2002.
- Brasil 1996. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.
- Collier Jr & Collier M. 1986. *Visual anthropology: photography as research method*. University of New Mexico Press, Albuquerque, NY.
- Foucault M 1977. *O nascimento da clínica*. Forense Universitária, Rio de Janeiro.
- Gauderer EC 1991. *Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência*. (3ª ed.). Record, Rio de Janeiro.
- Hagedorn M 1994. Hermeneutic photography: an innovative esthetic technique for generating data in nursing research. *Advances in Nursing Science* 17(1): 44-50.
- Hanna KM & Jacobs P 1993. The use of photography to explore the meaning of health among adolescents with cancer. *Comprehensive Pediatric Nursing* 16:155-64.
- Maffesoli M 1987. *Dinâmica da violência*. Vértice, São Paulo.
- Mendes HWB 1999. *Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Botucatu, 175p.
- Minayo MCS 1998. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Moyses MAA & Collares CAL 1997. Inteligência abstrai-da, crianças silenciadas: as avaliações de inteligência. *Psicologia USP* 8(1):1-18.
- OTT RW 1997. Ensino crítico nos museus, pp. 111-139. In AM Barbosa (org). *Arte-educação: leitura no sub-solo*. Cortez, São Paulo.
- Romano R 2002. Ética, ciência, universidade: entrevista com Roberto Romano. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 6(10):97-109.
- Sant'Anna D 2000. Pacientes e passageiros. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 4(1):13-20.
- Schraiber L 1997. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho médico. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 1(1):123-140.
- Siqueira JE 1997. A evolução científica e tecnológica, o aumento dos custos em saúde e a questão da universalidade do acesso. *Bioética* 5:41-48.
- Teixeira RR 1997. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 1(1):7-42.
- Artigo apresentado em 9/1/2004
Aprovado em 5/2/2004
Versão final apresentada em 3/5/2004