

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**AS PACIENTES GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICAS NO
HUSM/SM: O QUE SABEM DA SUA INTERNAÇÃO E A
QUALIDADE DA INFORMAÇÃO RECEBIDA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Raquel Rodrigues Muradás

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

AS PACIENTES GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICAS NO HUSM/SM: O QUE SABEM DA SUA INTERNAÇÃO E A QUALIDADE DA INFORMAÇÃO RECEBIDA

Raquel Rodrigues Muradás

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, Área de Concentração em Promoção e Tecnologia em Saúde, na Linha de Pesquisa em Promoção da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências da Saúde**

Orientadora: Maria Teresa de Campos Velho

Santa Maria/ RS, Brasil

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Rodrigues Muradás, Raquel

AS PACIENTES GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICAS NO HUSM/SM: O QUE SABEM DA SUA INTERNAÇÃO E A QUALIDADE DA INFORMAÇÃO RECEBIDA / Raquel Rodrigues Muradás.-2014.

162 p.; 30cm

Orientadora: Maria Teresa Aquino de Campos Velho
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2014

1. Informação 2. Capacidade 3. Relações médico-paciente
4. Unidade hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia 5.
Bioética I. Aquino de Campos Velho, Maria Teresa II.
Titulo.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**AS PACIENTES GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICAS NO
HUSM/SM: O QUE SABEM DA SUA INTERNAÇÃO E A
QUALIDADE DA INFORMAÇÃO RECEBIDA**

elaborada por

Raquel Rodrigues Muradás

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Ciências da Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:

Maria Teresa Aquino de Campos Velho, Dr.^a.
(Presidenta/Orientadora)

Bruno Rodolfo Schlemper Júnior, Dr. (UNOESC)

Flavio Cabreira Jobim, Dr. (UFSM)

Francisco Maximiliano Pancich Gallarreta, Dr.^o(UFSM)

Santa Maria, 11 de Agosto de 2014.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos de dificuldade e alegria, em especial aos meus pais Ronaldo Chagas Muradás e Quesia Xavier Rodrigues Muradás, minhas irmãs Thaís e Rebecca, meu sobrinho Samuel, assim como a meu esposo e companheiro Marcelo Salame.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida.

Com muito carinho, agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente me ajudaram a trilhar esse caminho e concluir meu mestrado.

Em especial a orientadora desse trabalho que se dedicou e me ajudou na idealização e concretização desse projeto: Professora Maria Tereza Aquino de Campos Velho. Sem ela nada disso seria possível.

De fundamental importância foi a colaboração e dedicação do corpo docente do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, especialmente a figura da professora Ângela Regina Maciel Weinmann.

Agradeço o apoio da Universidade Federal de Santa Maria na disponibilização do Programa Institucional de Voluntário em Iniciação Científica (PIVIC), pelo apoio aos bolsistas para viabilização da pesquisa.

Agradeço aos alunos da medicina bolsistas e colaboradores do trabalho: Arthur Neubauer, Cristine Weihrauch, Vanessa Manfroi, Melaina Lacerda, Raquel Rossi, Julia Piovezan, Ellen de Lima, Fernanda Lang, Bruna Gramz, Gustavo Mandelli e Leticia Voigt. Muito obrigado pela grande ajuda, empenho e disponibilidade.

E muito obrigado às pacientes que se disponibilizaram em fazer parte desta pesquisa. Espero ter contribuído com a saúde de todas.

O saber a gente aprende com os mestres e os livros. A sabedoria se aprende é com a vida e com os humildes.

(Cora Coralina)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

AS PACIENTES GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICAS NO HUSM/SM: O QUE SABEM DA SUA INTERNAÇÃO E A QUALIDADE DA INFORMAÇÃO RECEBIDA

AUTOR: RAQUEL RODRIGUES MURADÁS

ORIENTADORA: MARIA TERESA AQUINO DE CAMPOS VELHO

Santa Maria, 11 de Agosto de 2014.

A atividade médica hoje requer diálogo aberto e franco entre os dois polos do relacionamento: médico e paciente. Esse diálogo é então a principal forma e fonte de informação para o paciente em tratamento. Tendo em mente isso se deve, seriamente, realizar um dos primeiros procedimentos a compor uma relação médico-paciente compromissada e veraz: a paciente precisa ser esclarecida dos motivos pelos quais está sendo internado, qual o desenrolar mais habitual do seu processo de saúde-doença, quais os possíveis procedimentos diagnósticos e terapêuticos que serão instituídos no caso e sobre os procedimentos alternativos cabíveis. Sobremaneira deve ser orientado, da mesma forma, sobre seus direitos e deveres, sobre as dúvidas que apresenta, num enfoque fortalecedor de sua autonomia. O objetivo dessa dissertação é apresentar, sob o ponto de vista das mulheres que estão em tratamento ginecológico ou obstétrico no segundo andar do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), a qualidade e adequação das informações prestadas a elas durante a sua internação e o que sabem e como percebem seu processo de saúde-doença pelos profissionais que as assistem. O presente estudo foi realizado por meio da coleta de informações que preencheram dois requisitos: a realização de uma pesquisa quantitativa e uma pesquisa qualitativa. Na parte quantitativa da pesquisa 399 pacientes aceitaram responder a um questionário fechado e posteriormente foram divididas em três grupos para apresentação e análise dos resultados. Na parte qualitativa da pesquisa dez mulheres aceitaram ser entrevistadas. Com os dados e resultados das duas partes da pesquisa observa-se que houve falhas na relação médico-paciente, com erros principalmente no diálogo do médico para com a paciente. O médico falta ao dar informações e atenção devida à paciente. A paciente tem dúvidas, deseja saber mais e queixa-se da indisponibilidade médica em conversar. Mesmo internada, em instituição hospital universitária, há pacientes que não sabem o diagnóstico, não participam da decisão de tratamento, não têm autonomia.

Palavras-chave: Informação. Capacidade. Relações médico-paciente. Unidade hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia. Bioética.

ABSTRACT

Master of Science Dissertation
Graduate Health Science Program
Federal University of Santa Maria

AS PACIENTES GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICAS NO HUSM/SM: O QUE SABEM DA SUA INTERNAÇÃO E A QUALIDADE DA INFORMAÇÃO RECEBIDA

AUTHOR: RAQUEL RODRIGUES MURADÁS
**MASTER'S SUPERVISOR: MARIA TERESA AQUINO DE CAMPOS
VELHO**

Santa Maria, 11th August 2014.

The medical practice today requires an open and frank dialogue between the two poles of the relationship: physician and patient. This dialogue is the main form and source of information for the patient in treatment. The relationship between the doctor and – no matter which level of attention – requires more care, attention and ethics. In obstetrics, the medical-mother-fetus relationship is unique due to the complete physiological dependence of the fetus towards his/her mother. Moreover, both are considered patients by the obstetrician. All the above should be kept in mind to undertake seriously one of the first procedures to compose a true committed physician-patient relationship. Furthermore the patient needs always to be informed of the reasons of being hospitalized. This information should include: the most usual course of the process of health and disease, the possible diagnostic and therapeutic procedures that will be instituted in the case and the reasonable alternative procedures. It is highly important to inform the patients about their rights and queries, in a way that would strengthen their autonomy. The objective of this dissertation is to understand the perception of women wards at the University Hospital of Santa Maria (HUSM), about the quality and adequacy of information provided to them during their stay. Moreover, this study seeks to understand their knowledge and beliefs about the process of health/disease. This study was designed as both: quantitative research and qualitative research. Therefore, the following research question was used to construct this dissertation: what is the vision/perception of patients admitted in the second floor of HUSM on the quality of information on the process of health-disease by professionals who care for them?

Keywords: Information. Capacity. Doctor-patient relationships. Hospital of Gynecology and Obstetrics. Bioethics.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Os motivos/diagnósticos das pacientes do GOO, internadas no HUSM no período de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014 em Santa Maria/RS, 2014.....	80
Gráfico 2 – Frequência dos motivos/diagnósticos das pacientes do GOC, internadas no HUSM no período de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014, Santa Maria/RS, 2014.....	81
Gráfico 3 – Gráfico demonstrativo dos motivos/diagnósticos das pacientes do GGM, internadas no HUSM no período de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014, Santa Maria/RS, 2014.....	82
Gráfico 4 – Gráfico demonstrativo da satisfação das refeições do HUSM, por grupo de pacientes com $P=0,02$, Santa Maria/RS, 2014.....	105
Gráfico 5 – Dados referentes à coerência do diagnóstico ao serem comparadas as informações no prontuário e as ofertadas pelas pacientes GOO, segundo a via de parto, Santa Maria/RS, Outubro 2013 a Janeiro 2014.....	107

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quadro demonstrativo do grupo de participantes da pesquisa qualitativa e o motivo de internação.....	111
---	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tabela demonstrativa das características sociodemográficas das pacientes internadas na unidade tocoginecológica do HUSM, no período de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014.....	70
Tabela 2 – Dados estatísticos, média, mediana e DP das variáveis da história ginecológica e obstétrica das pacientes participantes da pesquisa.....	72
Tabela 3 – Descrição de alguns dos fatores de proteção e de risco à saúde das mulheres internadas no HUSM no período de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014.....	75
Tabela 4 – Número e frequência dos locais de sítio primário das neoplasias de familiares de pacientes participantes da pesquisa, internadas no HUSM no período de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014.....	76
Tabela 5 – Informações, de modo, momento e forma que o paciente recebeu as informações médicas.....	83-84
Tabela 6 – Dados encontrados sobre a aplicação do TCLE as pacientes internadas no segundo andar do HUSM no período de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014.....	99
Tabela 7 – Resultados a respeito das informações médicas sobre cuidados pré e pós-operatórios e exames diagnósticos ofertados para as pacientes internadas no segundo andar do HUSM no período de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014.....	101
Tabela 8 – Tabela demonstrativa do grau de satisfação das pacientes internadas no HUSM no período de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014, em relação condições de alojamento e material hospitalar.....	104
Tabela 9 – Tabela com dados referentes à conferência por grupo, do diagnóstico dito pela paciente internadas no HUSM, em comparação com as informações no prontuário (cruzamento de dados), por MEEM, no período de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014.....	106

LISTA DE SIGLAS

ACOG: Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCS: Centro de Ciências da Saúde
CEP: comitê de ética em pesquisa
CFM: Conselho Federal de Medicina
CNS: Conselho Nacional de Saúde
CREMESP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DEPE: direção de pesquisa ensino, pesquisa e extensão do HUSM
Febrasgo: Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
GAP: Gabinete de Projeto
GO: ginecologia e obstetrícia
GGM: grupo ginecologia e mastologia
GOC: grupo obstetrícia clínica
GOO: grupo obstetrícia operatória
HUSM: Hospital Universitário de Santa Maria
INCA: Instituto Nacional de Câncer
MEEM: Mini-Exame do Estado Mental
OMS: Organização Mundial de Saúde
RBGO: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
RMP: Relação médico-paciente
SAME: Sistema de Arquivo Médico e Estatística
SIE: Sistema de informações para o ensino
SE-HUSM: Serviço de estatística do HUSM
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
SUS: Sistema único de saúde
TAG: Transtorno de Ansiedade
TCLE: Termo de consentimento livre e esclarecido
TDM: Transtorno Depressivo Maior
TP: Transtorno do Pânico

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta de autorização para acessar o arquivo do HUSM.....	139
APÊNDICE B.1 – Avaliação da Capacidade.....	141
APÊNDICE B.2 – Instrumento de coleta de dados	143
APÊNDICE B.3 – Dados/informações do prontuário	147
APÊNDICE B.4 – Questões Norteadoras da Pesquisa Qualitativa.....	149
APÊNDICE C.1 – Tabulação dos Dados – Cidades.....	151
APÊNDICE C.2 – Tabulação dos Dados – Lista de Patologias.....	153
APÊNDICE C.3 – Lista de siglas dos Pontuários.....	157

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Termo de Confidencialidade	159
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	161

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	29
2. JUSTIFICATIVA.....	33
3. OBJETIVOS.....	35
3.1 OBJETIVO GERAL.....	35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	37
4.1 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.....	37
4.2 A INFORMAÇÃO.....	40
4.3 A CAPACIDADE.....	43
4.4 A JURISPRUDÊNCIA.....	47
4.5 A PACIENTE DO SEXO FEMININO E SUAS PECULIARIDADES.....	48
4.6 AS CAUSAS DE INTERNAÇÕES NA ÁREA GINECO-OBSTÉTRICA.....	52
5 MÉTODOS.....	57
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	57
5.1.1 Delineamento do estudo.....	57
5.1.2 Local de realização da pesquisa.....	58
5.1.3 Cálculo do tamanho da amostra e período de coleta.....	58
5.1.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	59
5.1.5 Coleta dos dados da pesquisa quantitativa.....	60
5.1.6 Estruturação do banco de dados.....	60
5.1.7 Análise Estatística.....	61
5.2 CARACTERIZAÇÕES DA PESQUISA QUALITATIVA.....	61
5.2.1 Coleta de dados da pesquisa qualitativa.....	61
5.3 AS ENTREVISTAS.....	62
5.3.1 A Pré-entrevista.....	62
5.3.2 A Entrevista Propriamente Dita.....	64
5.3.3 A Pós-entrevista.....	66
5.3.4 Análise dos dados.....	67
5.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	67
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	69
6.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO: PARTE QUANTITATIVA:.....	69
6.1.1. Descrição, análise e discussão dos dados sócio demográficos do total da amostra estudada.....	69
6.1.2. Descrição, análise e discussão dos dados obstétricos e ginecológicos da amostra estudada.....	72
6.1.3. Descrição e análise da pontuação obtida pelas pacientes no MEEM.....	76
6.2 QUALIDADE DA INFORMAÇÃO E DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE.....	78
6.2.1 Divisão das pacientes em grupos por área e caracterização dos grupos por motivos de internação.....	79
6.2.2 Qualidade da informação médica prestada.....	83
6.2.3 Aplicação do TCLE dentre os grupos estudados.....	98

6.2.4 Grau de satisfação das pacientes em relação ao ambiente hospitalar, condições de alojamento, internação e material hospitalar.....	103
6.2.5 O confronto dos dados: as respostas dos questionários pelas mulheres versus revisão dos prontuários escritos pelos médicos – “cruzamento de dados”	105
6.3. RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO: PARTE QUALITATIVA.....	110
6.3.1. A (des)informação no atendimento e a relação médico paciente: o vínculo (in)existente.....	110
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	125
APÊNDICE A- CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSAR O ARQUIVO DO HUSM	139
APÊNDICE B.1 - AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE.....	141
APÊNDICE B.2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	143
APÊNDICE B.3 - DADOS/INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO MÉDICO	147
APÊNDICE B.4 - QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA QUALITATIVA	149
APÊNDICE C.1 - TABULAÇÃO DOS DADOS - CIDADES.....	151
APÊNDICE C.2 - TABULAÇÃO DOS DADOS - LISTA DE PATOLOGIAS	153
APÊNDICE C.3 - LISTA DE SIGLAS DOS PRONTUÁRIOS	157
ANEXO A - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	159
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	161

1. INTRODUÇÃO

No dizer da literatura científica o médico pode ser um medicamento forte e eficaz que causa impacto significativo na construção do vínculo e até mesmo na própria ação do remédio prescrito para o paciente. A atitude do médico quando prescreve uma receita, se o faz de modo seguro e claro ou de modo vacilante, se conseguiu ou não formar uma relação de confiança com a cliente, pode ou não reforçar o efeito do remédio (MALDONADO, 1981).

Necessário torna-se, portanto, que o médico saiba receitar-se adequadamente, e para tal será necessário sintonizar consigo mesmo, com a paciente e com a medicina. Encarar o médico como fármaco implica em ver o médico como humano. Com ou sem intenção o médico pode entrar no relacionamento com suas características pessoais, suas privações, seus valores, suas dificuldades e estar impregnado pelas ideologias que o toma. Por exemplo: um médico jovem, recém-formado, ainda sem confiança em sua capacidade, assume uma postura séria e compenetrada, faz pose, deixa crescer a barba para parecer mais velho, mas sente-se constrangido e inseguro quando uma paciente comenta “mas você é tão moço, tem idade para ser meu filho” (MALDONADO, 1981).

A confiança e a segurança do médico quando faz uma prescrição podem até mesmo influenciar na ação do medicamento, inclusive de placebos. Mas, sobretudo, vale ressaltar o valor da pessoa do médico não só como droga, mas também como instrumento do seu trabalho. Da mesma forma que um medicamento, a atuação do médico pode fazer bem ou provocar efeitos colaterais indesejáveis. As confluências destas possibilidades formam a encruzilhada básica: o médico como gestor de saúde ou como fonte de dificuldades. Fundamentalmente, o médico que atua tão somente como bom técnico deixa de utilizar boa parte do seu potencial terapêutico: a dimensão humana. Ao colocar-se como pessoa que trata de pessoas é que constitui o “algo mais” da ação do médico como promotor de saúde em sua acepção mais global (MALDONADO, 1981).

A encruzilhada do médico como fonte de adversidade ou como agente de ajuda por vezes torna-se extremamente complicada: há situações em que, ao nível técnico, o médico funciona como beneficiador, mas, ao nível emocional, atua como fonte de dificuldades. Esta situação dramática ocorre, por exemplo, em casos de neoplasias. Vale ressaltar que as possibilidades de atuação do médico como agente de saúde ficam bastante limitadas no âmbito da assistência institucional: o sistema de atendimento vigente na maioria de nossas

instituições é inadequado para o médico porque não lhe oferece condições mínimas para fazer assistência e acompanhamento adequado, ou seja, boa medicina – se, nos poucos minutos de consulta não se pode nem olhar a paciente tecnicamente, não se poderia estruturar com ela um vínculo significativo (MALDONADO, 1981).

De acordo com a Resolução nº 1.493/1998, do Conselho Federal de Medicina (CFM), todo paciente tem o direito de ter um médico como responsável direto pela sua internação, assistência e acompanhamento até a alta, sendo dever do Diretor Clínico do estabelecimento de saúde as providências cabíveis para que isso ocorra. Diante disso, uma vez internado, o paciente fica sob responsabilidade do médico assistente que, para prescrever tratamento ou procedimentos, deve realizar o exame direto deste. Portanto, é necessário que haja pelo menos uma visita diária para avaliação e prescrição dos pacientes hospitalizados (CREMESP, 2004).

Durante a internação de uma paciente, se for solicitada a presença de um acompanhante, devemos lembrar que é dever da instituição hospitalar – de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Artigos 2º e 12º) e com o Código de Saúde do Estado de São Paulo (Artigo 31º) –, dar condições para que um dos pais ou acompanhante que tenha vínculos afetivos permaneça junto da criança ou adolescente durante toda a internação. Não há obrigatoriedade alguma, estabelecida por lei, no sentido da presença de acompanhante durante a internação hospitalar para pacientes adultos. Porém, o direito ao acompanhante da gestante já é reconhecido em diversas instâncias, incluindo a Lei dos Direitos dos usuários de serviços de saúde (CREMESP, 2004).

O acompanhamento da parturiente pelo marido, companheiro, familiar ou amiga não envolve necessariamente nenhum preparo técnico. Representa o suporte psíquico e emocional à parturiente nos momentos difíceis, cabendo àqueles que assistem ao parto respeitar esse direito da mulher. No que concerne às responsabilidades das instituições hospitalares, é importante que elas deem condições para que isso ocorra, propiciando que o trabalho de parto e o parto sejam vivenciados com mais tranquilidade e participação, resgatando o nascimento como um momento de família (CREMESP, 2004).

Essas evidências demonstram também que é imprescindível o aperfeiçoamento do ensino médico para que desde a sua graduação o profissional possa desenvolver habilidades que permitam identificar e compreender as situações de risco a saúde do paciente até a própria doença. Além de corresponder às exigências e expectativas da sociedade atual de parte dos profissionais de saúde e dos pacientes (NOMURA, MIYADAHIRA e ZUGAIB, 2010; SEIDMAN, 2007).

Durante a graduação o estudante de medicina tem sua atenção focada para o aprendizado dos aspectos técnicos e específicos da profissão. Entretanto, nos campus de estágio, ao lidar com pacientes, é possível a identificação de estudantes de risco para uma posterior atuação profissional, por sua inabilidade em se relacionar com o paciente. A técnica médica clínica ou cirúrgica pode ser bem aplicada, mas a palavra, dita pelo aluno de medicina ou profissional despreparado, pode ferir ou desorientar o paciente. Nesse sentido, cabe aos superiores e professores instituírem medidas pedagógicas preventivas, estendendo-as para a especialização, como na residência médica – momento em que o aprendizado ocorre pelo treinamento em serviço. Igualmente, esse tema deve permear e estar sempre presente, sendo valorizado em outros tipos de programa de pós-graduação na área da saúde (NOMURA, MIYADAHIRA e ZUGAIB, 2010; SEIDMAN, 2007).

Na residência médica a relação médico-paciente-familiar estreita-se e o profissional médico depara-se com situações novas de relação médica e interpessoal. Mesmo tendo aulas teóricas sobre o assunto, nunca enfrentaram situações reais até aquele momento na prática. Na graduação, muitos alunos de medicina não valorizam o assunto, considerando-o inerente e próprio das pessoas que irão dedicar-se aos cuidados de outros. Infeliz armadilha. Essa é uma matéria aprendida e apreendida como outra qualquer para as quais os menos sensíveis precisam dedicar-se com mais persistência. Assim sendo, na prática, são enfrentadas dificuldades até inconscientes, necessitando aprender com o dia-a-dia e com o modelo disponível (professor, preceptor). Se nem sempre atentos e preparados, esses alunos, futuros médicos e os médicos residentes poderão passar por dificuldades, apresentando erros de condutas e até enfrentando processos jurídicos na carreira profissional.

Em estudo revisado na bibliografia consultada, verifica-se que os médicos denunciados judicialmente no exercício da especialidade de ginecologia e obstetrícia (GO) eram, predominantemente, do sexo masculino, com até 45 anos de idade, que não cursaram Residência Médica e nem obtiveram Título de Especialista (BOYACIYAN e CAMANO, 2006). Enfatiza-se, ainda, que, apesar de a linha de investigação ser complexa, a apreciação dos motivos dos processos contra tocoginecologistas aponta deficiências inequívocas na formação desses profissionais (BOYACIYAN e CAMANO, 2006; NOMURA, MIYADAHIRA e ZUGAIB, 2010). Logo, a capacitação periódica neste tema – como conduzir-se e realizar a complexa relação médico paciente –, deve proporcionar meios para que os profissionais possam, além de atualizar os seus conhecimentos técnicos, obter

aprimoramento quanto à atuação ético-profissional e à legislação vigente relacionada ao exercício da especialidade (NOMURA, MIYADAHIRA e ZUGAIB, 2010).

A paciente precisa ser esclarecida dos motivos pelos quais está sendo internada, qual o desenrolar mais habitual do seu processo de saúde-doença, quais os possíveis procedimentos diagnósticos e terapêuticos que serão instituídos no caso e quais os procedimentos alternativos cabíveis. Da mesma forma a paciente deve ser orientada sobre seus direitos e deveres e ser atendida nas dúvidas que apresenta, num enfoque fortalecedor de sua autonomia.

Para a melhor apresentação do tema, a dissertação que segue está dividida em capítulos temáticos. Desta forma não serão apresentados artigos científicos e a discussão será apresentada junto com os resultados.

2. JUSTIFICATIVA

Uma das justificativas apontadas para realização dessa pesquisa é que com a mesma preencheu-se os requisitos de um mestrado profissional. O trabalho também poderia fornecer ao serviço de ginecologia e obstetrícia do HUSM (GO/HUSM), informações relevantes que, provavelmente, auxiliariam na melhora do acolhimento e atendimento das mulheres que internam nesse setor. Justifica-se igualmente, pois muitas vezes foram ouvidas queixas das pacientes, que denunciavam o desconhecimento em relação a sua doença. Os pesquisadores preocupados com tal situação resolveram estudá-la de forma mais adequada.

Sabe-se que a maioria dos processos que são movidos pelas pacientes contra os médicos nessa área ocorre, prioritariamente, por déficits nas informações. Salienta-se que uma relação médico-paciente bem estabelecida e estruturada, ética e baseada na confiança e verdade são os pilares básicos estruturantes da relação e do que dela advir. Dentre esses pilares está o importante papel de fornecer informação oportuna e adequada para as pacientes em tratamento. Em tese este fazer poderia diminuir os casos de negligência da paciente com o próprio tratamento, sua não aderência ao mesmo, faltas em consultas de acompanhamento, retardamento no diagnóstico e tratamento das doenças. Para muitas dessas doenças o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo oportuno são os mais importantes preditores e norteadores do prognóstico e qualidade de vida das pacientes.

Deste modo, ao buscar-se a participação ativa da mulher nos processos de aquisição de informação e compreensão das mesmas pode-se estimular, sobremaneira, sua autonomia e o enfrentamento de seus processos de saúde e doença.

Esse trabalho visou também proporcionar ao mestrando, residentes e colaboradores um treinamento profissional e informações mais profunda e aperfeiçoada na temática.

Assim sendo, ao analisar o presente estudo pretendeu-se responder à seguinte pergunta de pesquisa: Qual é a visão/percepção das pacientes internadas no segundo andar do HUSM, enfermaria de ginecologia e obstetrícia, sobre a qualidade da informação prestada sobre o seu processo de saúde-doença pelos profissionais que as assistem?

A hipótese inicial do estudo foi de que as informações fornecidas às pacientes internadas na enfermaria de ginecologia e obstetrícia pelos profissionais que as assistem eram insuficientes e pouco adequadas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O objetivo dessa pesquisa foi descrever, sob o ponto de vista das mulheres que estiveram em tratamento ginecológico ou obstétrico no segundo andar do HUSM, a qualidade e adequação das informações prestadas a elas e a sua percepção sobre o seu processo de saúde-doença.

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar dados sociodemográficos das participantes (escolaridade, sexo, renda familiar, idade e estado marital).
- Avaliar, através de instrumento específico, a capacidade (intelectual/cognitiva) das participantes para compreender e informar sobre sua situação de saúde-doença.
- Descrever e analisar o momento, situação, forma de transmissão, o tipo e a qualidade de informação recebida pela paciente na ocasião do diagnóstico da sua doença ou o motivo da internação.
- Avaliar a participação da paciente na tomada de decisão junto ao médico assistente a respeito do tipo de tratamento, forma, duração e terapia proposta.
- Avaliar a aplicação/obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de procedimento cirúrgico proposto e o grau de participação da paciente no momento em que foi aplicado o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).
- Descrever e analisar o grau de conhecimento e satisfação das pacientes, no pós-operatório ou durante a internação a respeito do tratamento ao qual foi ou será submetida.
- Descrever os motivos de internação, tratamentos e orientações propostas que constam no prontuário das pacientes e que foram revisados após a aplicação dos instrumentos de coletas de dados, para confrontar com as informações dadas pelas mulheres.

4. REVISÃO DA LITERATURA

Aquilo a que você resiste, persiste.

(Carl J. Jung)

Para melhor compreensão, a revisão da literatura apresenta-se dividida por temas e assuntos em: a relação médico-paciente, a informação, a capacidade, a jurisprudência, a paciente do sexo feminino e suas peculiaridades e as causas de internações na área gineco-obstétrica.

4.1 A relação médico-paciente

Desde Hipócrates (460 a.C – 377 a.C), considerado o pai da Medicina, o médico, endeusado por deter a centelha que aliviava a dor e até mesmo curava as mais graves doenças, foi revestido por uma roupagem mística. No passado esses discípulos de Hipócrates encabeçavam a hierarquia social. Mesmo com uma tecnologia diagnóstica e terapias de tratamentos rudimentares a que dispunham para o exercício da medicina esses médicos eram prestigiados. Este prestígio perdura até então (LOCH, 2008).

Em decorrência dos clamores e das perspectivas, alguns profissionais, empapados de poder, assumiram posturas autoritárias, esquivando-se das práticas que batizavam a regulação da saúde. Antes do século XVIII o hospital era uma instituição que atendia apenas as populações socialmente menos favorecidas: muito mais que uma ideia de assistência, era um modo de exclusão, pois o portador de doença era potencialmente perigoso por sua capacidade de contagiar os outros. O hospital era visto como um morredouro, ou seja, um lugar para morrer (LOCH, 2008).

Houve os bons tempos, dito de modo nostálgico, em que existia o médico da família. A sociedade organizava-se de modo a ter em seu meio o médico da família. Este não só conhecia os membros da sua comunidade como agia à semelhança do bom samaritano, visitando os pacientes em seus lares dia e noite, visando suprir as necessidades e as urgências

de cada um. Ele acompanhava a história de cada membro da família desde sua origem, participando da intimidade cotidiana e adquirindo um conhecimento integral daqueles a quem atendia (LOCH, 2008).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, foi uma medida implantada para atender a demanda e as necessidades populacionais, no entanto, trouxe como negativo a massificação do exercício da medicina. Outro aspecto que, em meado dos anos 80 e início dos 90, desfavoreceu a boa e velha relação entre o médico e o paciente foi a importação do modelo americano aderido por alguns profissionais que realizaram especialização nos Estados Unidos. Neste país desenvolveu-se uma medicina defensiva, pela instalação de uma cultura em que o paciente tornou-se algoz do médico, através de processos milionários contra esta classe. Logo, observou-se a transição da imagem do médico seguro, como um profissional inatingível, para um médico que tem a paranoia de ver o “paciente como um inimigo em potencial” (LOCH, 2008).

A maior tarefa de uma ética clínica é trabalhar por resultados que melhor sirvam aos interesses do paciente e de sua família. Para os profissionais de saúde o significado de melhor geralmente relaciona-se com as premissas derivadas do desenvolvimento científico, que servem para definir as condições de bem-estar. No cotidiano dos pacientes, porém, o significado melhor está associado a valores que não se vinculam diretamente ao conhecimento médico (THOMPSON, 1998).

A relação profissional de saúde-paciente constitui-se em uma aliança terapêutica necessária para promover a recuperação da saúde. Os laços de confiança e credibilidade que se estabelecem durante a internação entre quem cuida e o doente são fundamentais para o sucesso do tratamento (LOCH, 2008).

Os diferentes modelos de relação médico-paciente, o manejo da confidencialidade das informações compartilhadas, o valor do princípio da autonomia, a origem e a terminalidade da vida, o conceito de morte, a limitação de esforços terapêuticos são apenas alguns exemplos da importância destas questões. Para caracterizar as formas de relacionamento entre médicos e pacientes, e que pode ser aplicada à relação de outros profissionais de saúde, alguns autores propuseram quatro modelos de relação: o modelo paternalista, modelo informativo, modelo interpretativo e modelo deliberativo (LOCH, 2008).

O modelo deliberativo tem por objetivo ajudar o paciente a determinar e eleger, entre todos os valores relacionados com sua saúde, aqueles que são os melhores. Os objetivos dos profissionais de saúde são: indicar porque certos valores relacionados com a saúde têm mais

importância e porque se deve aspirar por eles. Nesse modelo, o profissional da saúde e o paciente comprometem em uma deliberação conjunta sobre quais valores relacionados com a saúde podem e devem ser buscados pelo paciente. O profissional de saúde atua como um professor ou um amigo e a autonomia do paciente é concebida como um autodesenvolvimento moral. O paciente pode analisar, através do diálogo, os diferentes valores relacionados com sua saúde, sua importância e suas implicações no tratamento. Este modelo tem como objetivo ajudar o paciente a determinar e eleger dentre todos os valores relacionados com sua saúde – e que podem apresentar-se em um ato clínico – aqueles que são os melhores. Contudo o profissional de saúde deve esboçar a informação sobre a situação clínica do paciente e ajudá-lo posteriormente a esclarecer os tipos de valores incluídos nas opções possíveis (LOCH, 2008).

Esta ideia tem sido resgatada e a sociedade contemporânea acredita que a função do profissional de saúde continua a mesma, demandando trazer de volta a humanização exercida em tempos remotos, pois a missão é atender, cuidar, orientar e em alguns momentos servir como instrumento – o que também significa ensinar. Nas relações interpessoais inerentes ao exercício profissional é a qualidade do encontro que determina sua eficiência. Reconhecidamente a empatia – entendida como troca de sensibilidade entre profissional de saúde e paciente – é essencial neste encontro. Assim, na formação e na identificação do bom profissional, esta relação é sempre referida como fundamental na promoção da qualidade do atendimento (LOCH, 2008).

A relação médico-paciente na medicina contemporânea tem apresentado grandes modificações, em especial nos últimos anos. Com o progresso da ciência médica no entendimento das diversas doenças e de seus diagnósticos, passou-se a considerar o sucesso nos tratamentos como algo evidente, a depender, unicamente, da disposição do paciente a ele se submeter (TIZZOT, 2007). A figura dedicada e respeitada dos idos tempos do sacerdócio o médico viu-se transformado na imagem de um ser quase mitológico, possuidor de um poder imensurável, tanto para curar como para destruir (TIZZOT, 2007; COSTA, GARRAFA e OSELKA, 1998; SILVA, 1982). O tempo passou, as modificações sociais ocorridas alavancaram e modificaram as relações entre as pessoas e dentre elas a dos pacientes e profissionais da saúde.

A atividade médica hoje requer diálogo aberto e franco entre os dois polos do relacionamento: médico e paciente. Não se pode mais falar do paciente como polo passivo a entregar-se inteiramente a tratamentos para ele desconhecidos (TIZZOT, 2007), mesmo que

isso possa lhe trazer a confortável e esperançosa sensação de ter no outro lado da relação alguém com dedicação exclusiva e capacidade ilimitada para abreviar o seu sofrimento (GRAUDENZ, 2007).

A medicina atual requer transparência nas relações, com regras claras, de modo que as pessoas que se relacionam precisam estar perfeitamente cientes de seus direitos, deveres e reais expectativas (TIZZOT, 2007; COSTA, GARRAFA e OSELKA, 1998; SILVA, 1982). A relação com o paciente institucionalizado e doente demanda mais cuidados, atenção e ética. Mesmo assim, os pacientes internados em hospitais gerais são particularmente propensos a apresentar quadros depressivos e ansiosos. Tal fato deve-se à associação comum entre esses quadros e doenças físicas, bem como à perda de independência e ao distanciamento da família (LOUREIRO et al., 2012). Em obstetria, a relação médico-mãe-feto é diferente de qualquer outra enfrentada pelos médicos devido à completa dependência fisiológica do feto em relação à mãe, e porque ambos são considerados pacientes do obstetra. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) divulgou orientações ético-profissionais em publicação específica, muitas vezes consultada em defesa do profissional (CREMESP, 2004; NOMURA, MIYADAHIRA e ZUGAIB, 2010).

4.2 A informação

A informação é considerada como um processo de relação de troca verbal de informações entre o profissional de saúde e o paciente. Essa relação faz parte de todas as intervenções de saúde e é uma obrigação a maioria dos profissionais. O titular do direito à informação deve ser sempre o paciente (ORTEGA, MURILLO e BARRIOS, 2002).

A informação é regulada não só do ponto de vista do atendimento, no caso da internação, mas também relacionada com o direito à informação necessária para escolher o tratamento, o acompanhamento e demais condutas. Hoje já ocorre o debate sobre se essa informação também deve cobrir as diferenças envolvendo o fato de que um determinado tratamento proposto é praticado em outro centro médico. Quer dizer, poderia ser relevante para o paciente, ao tomar uma decisão, conhecer as estatísticas de sucesso e as consequências de uma intervenção com base em quem e onde essa intervenção é praticada? (GALLEGO, 2002).

Da mesma forma, os cidadãos têm o direito de conhecer os problemas de saúde que poderiam acometer a sua comunidade, quando envolve um risco para a saúde pública ou individual (direito à informação epidemiológica). O termo "informação adequada", como sinônimo de informação suficiente e apropriada para o paciente, é a informação dada de forma completa e contínua, verbal e escrita para o paciente (ORTEGA, MURILLO e BARRIOS, 2002). O contrário, os equívocos, a concepção errônea, também conhecida como *misconception*, é a interpretação da informação, de forma errada, incompleta e superficial. O termo *misconception* para alguns autores se refere também às crenças infundadas, mitos ou preconceitos que a pessoa tem sobre determinado assunto ou tema (CHERY, 1987; BOOG, 1999).

De acordo com o Código de Ética Médica a informação pode ser evitada ao paciente quando há o conhecimento de que essa informação poderia comprometer seriamente a saúde do mesmo. Neste caso, o médico irá refletir sobre o caso e comunicar apenas aos familiares envolvidas com o paciente. A informação é considerada como o primeiro e fundamental passo para qualquer tomada de decisão do paciente (LEÓN VÁZQUEZ, GALÁN CORTÉS e SANZ RODRIGO, 2004).

Não é possível decidir razoavelmente sem saber: o conhecimento é condição necessária para toda decisão. A maioria dos pacientes podem tomar decisões, não como é a realidade. Alguns pacientes supõem saber a realidade. A informação real depende de como o paciente percebe aquilo que supostamente deve ser (BRUSA, 2005).

A forma de perceber a realidade tem a ver com o desenvolvimento cognitivo, o estado emocional, o amadurecimento, a experiência, a personalidade e, claro, com o tipo de informação recebida. A informação recebida pode ser distinguida por pelo menos dois tipos: o primeiro no que se refere a uma informação para a decisão, que há de proporcionar um mínimo de informação necessária e suficiente sobre a situação da enfermidade de um paciente para que esse paciente possa tomar decisões razoáveis sobre isso (BRUSA, 2005). Soma-se ainda o ato de respeitar o paciente. Nesse sentido, significa respeitar sua decisão sobre a direção da sua autodeterminação. Assim, a informação é muito importante para ajudar a tomar essa direção. Isso, classicamente, no princípio da bioética, pode ser chamado como autonomia da paciente. Na prática médica consiste na expressão livre da vontade do paciente ao consentir e então concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ou não (BRUSA, 2005; GONZÁLEZ e MIGUEL, 2012).

A informação para a orientação é o segundo tipo e responde a outras necessidades do indivíduo, tais como o senso de direção em sua nova situação de doença, o conhecimento do que está acontecendo e vai acontecer, algum senso de controle e ajuda a redefinir "a própria identidade", entre outros. Fornecer tal informação não seria como o fim da tomada de decisão do paciente, mas teria valor terapêutico intrínseco: o fato de informar contribui para a recuperação do paciente se não física, pelo menos psicologicamente. Podendo ajudar a focar em uma relação clínica de abordagem mais baseada na doença do que no doente (BRASIL, 2001; FAGUNDES et al., 2011).

É impossível na atualidade falar do exercício correto da medicina ou pesquisa médica em seres humanos sem fazer menção do consentimento informado. A reflexão sobre os direitos dos pacientes e o consentimento informado interessa a todo ser humano, pois ninguém pode eximir-se do cuidado da saúde, seja a própria ou daqueles que estão por perto. As pessoas enfermas, apesar de sua discutível passividade, impotência e fragilidade, podem ser protagonistas de sua vida e tratamento, ou seja, devem ter direito à autonomia. Por esse motivo devem ser respeitadas, ouvidas e consultadas. O reconhecimento e a atenção aos direitos dos pacientes cumprem uma função importante na sociedade e uma notável contribuição ao exercício da solidariedade e justiça social (LOCH, 2008).

A palavra autonomia é derivada do grego *autos* (próprio) e *nomos* (regra, lei) referem-se à capacidade do ser humano ter valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças próprias. A pessoa autônoma é aquela que tem liberdade de pensamento, livre de coerções internas ou externas, para escolher entre as alternativas que lhe são apresentadas (liberdade de decidir; de optar). De maneira que o conceito de capacidade da decisão que diz respeito ao suporte existencial do paciente está ligado ao conceito de autonomia. Sob o aspecto bioético, o princípio da beneficência, que orienta o médico a agir na busca do bem do paciente, não pode ser contraposto ao bem encontrado pelo próprio paciente plenamente informado, segundo o princípio da autonomia decisória (LOCH, 2008).

A autonomia ainda é um tema que incomoda ao profissional menos experiente, acreditando que o seu conhecimento sobrepõe-se à vontade, ao momento, à própria ansiedade do paciente. E infelizmente, alguns profissionais da comunidade médica passaram a ter um elo diferenciado com seus pacientes. Explicando melhor, o momento do paciente deixou de ser respeitado. O diagnóstico passou a ser transmitido de modo abrupto, em toda a sua extensão. Inclusive o prognóstico de tempo de vida do paciente, sem que este quisesse saber ou mesmo estivesse preparado para tal informação, era revelado sem delongas. Com isto, o

paciente sentia-se impotente, agredido, desesperado, pois não tinha tido um tempo para assimilar o diagnóstico da sua doença. A atitude do médico era fruto de um mecanismo de uma suposta proteção para não sofrer futuros processos por não ter revelado a verdade (LOCH, 2008).

4.3 A capacidade

A capacidade, segundo dicionário da língua portuguesa significa a competência e/ou talento de uma pessoa para realizar ou compreender algo. Competência, trazida como sinônimo de capacidade significa o conjunto de conhecimentos ou habilidades; uma aptidão (HOUAISS, 2009). Logo, capacidade e competência são palavras utilizadas como sinônimas para indicar que uma pessoa está em condições de tomar decisões. Porém, essas palavras, pertencem a diferentes âmbitos linguísticos especializados: o legal e o clínico. Portanto, capacidade e competência teriam significado distinto. Capacidade é um termo que pertencem à área do direito. Competência é uma palavra de âmbito clínico. Toda pessoa capaz é competente, mas nem toda pessoa competente é capaz. Capacidade é a habilidade legal, necessária para consentir a um tratamento, ou, por exemplo, uma cirurgia (BRUSA, 2005).

A avaliação da capacidade decisória do paciente é muito mais complexa do que a mera noção legalista de capacidade de fato pelo Direito Civil. De modo que, os critérios de noções de capacidade legal, determinados pelo Código Civil são limitados e devem ser lidos conjuntamente com a autonomia do paciente defendida pela Bioética. A personalidade civil tem sua medida na capacidade, que é entendida como capacidade de direito ou de gozo, é extensível a todos como sendo a aptidão para adquirir direitos e contrair obrigações por si ou por terceiro (LOCH, 2008).

A capacidade de fato ou de exercício compreende a de praticar atos da vida civil, ou a possibilidade de alguém executar pessoalmente tais atos. Em princípio, há o reconhecimento da capacidade civil para todas as pessoas. Ocorre que há previsão legislativa de que em determinados casos, os quais detenham particularidades especiais, será determinante a incapacidade. Esta restrição legal importa na limitação ao exercício de alguns, ou de todos, os atos da vida civil. Esta forma de proteção é definida na lei como incapacidade absoluta e incapacidade relativa. Os incapazes não podem realizar todos ou alguns dos atos da vida civil,

necessitando, para tanto, de representantes legais e assistentes para manifestarem sua vontade. Os absolutamente incapazes, segundo o artigo 3º do Código Civil, compreendem os menores de 16 anos, os que por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos, e, por fim, os que ainda por motivo transitório não puderem exprimir sua vontade (LOCH, 2008).

No caso dos absolutamente incapazes, há vedação total da prática de atos, sofrendo como consequência jurídica a nulidade absoluta dos mesmos, de acordo com o que prescreve o artigo 166, inciso I, do capítulo V do Código Civil. Os relativamente incapazes ocupam uma zona intermediária entre a capacidade plena e a incapacidade total, uma vez que podem participar da vida jurídica, desde que assistidos por quem a ordem jurídica encarregar deste ofício, podendo ser em razão de parentesco, de relação de ordem civil ou de designação judicial. Os incapazes relativamente são os que ocupam hipótese legal do artigo 4º do Código Civil, sendo os maiores de 16 anos e menores de 18 anos, os ébrios habituais, os viciados em tóxicos e os que, por deficiência mental, tenham discernimento reduzido, os portadores de necessidades especiais, sem desenvolvimento mental completo e, finalmente, os pródigos (BRASIL, 2012).

Não raras vezes, no âmbito da prática médica, os profissionais da saúde deparam-se com pacientes que embora, legalmente capazes, podem ser considerados de pessoas dotadas de especial vulnerabilidade. Não aquelas vulnerabilidades a que todos estão submetidos e que superam ao longo das vidas das pessoas, pois essas são inerentes ao desenvolvimento físico e intelectual dos seres humanos, mas sim àquelas vulnerabilidades incidentais, circunstâncias desfavoráveis que tornam os pacientes ainda mais suscetíveis a, ou em perigo de, sofrer danos, e, portanto, sem capacidade real de decidir melhor para si. As eventuais vulnerabilidades detectadas pelos médicos podem então, recomendar uma consulta do paciente a um psicólogo, psiquiatra ou assistente social para um aconselhamento, mas há de que se lembrar de que em alguns casos entende-se que essa vulnerabilidade não é legitimada a afastar a autonomia decisória civil do paciente (LOCH, 2008).

Para ter capacidade, uma pessoa precisa de habilidade de entender e lembrar-se da informação (no caso, informação sobre sua doença e seu tratamento; habilidade de equilibrar a informação adquirida como, por exemplo, os riscos e benefícios, os prós e os contras) e habilidade de tomar uma decisão voluntária e livre (GONZÁLEZ e MIGUEL, 2012; BRUSA, 2005). A capacidade de decisão (capacidade de autogerir) é a habilidade funcional do paciente para considerar os fatos relevantes de uma decisão específica e chegar – bem como comunicar

– uma decisão individual apropriada. Questões relacionadas à habilidade do paciente para tomar decisões frequentemente surgem durante o processo de obtenção do TCLE para uma intervenção proposta. Somente se o paciente tem a habilidade para considerar suas opções e seus valores pessoais, suas escolhas são verdadeiramente um reflexo de uma tomada de decisão autônoma. Enquanto o nível de capacidade de decisão necessária para consentir ou recusar uma intervenção pode variar, dependendo especificamente do paciente e da natureza da decisão a ser tomada, certo nível mínimo de habilidades cognitivas e intelectuais deve estar presente antes que a decisão possa de ser aceita como um reflexo genuíno dos desejos e interesses do paciente (LOCH, 2008).

Para ter competência, uma pessoa precisa (para consentir a um tratamento, por exemplo) de vários fatores: tempo (para tomar uma decisão), consistência (relacionado com a coerência com o mundo de valores previamente adquiridos), previsão (capacidade de prever as consequências futuras de sua decisão), emoção (os estados emotivos influenciam sobre as tomadas de decisões) e estado mental hígido (capacidade de processar a informação) (BRUSA, 2005).

De um modo geral, pode-se destacar uma recente tendência em realizar avaliações ou testes mais sistematizados, objetivando identificar a competência do paciente (LOCH, 2008). Idealmente, um teste para o exame do estado mental deve ser simples, de rápida aplicação e passível de reaplicação. Deve também dispensar material complementar e conhecimento especializado, de modo a ser utilizado por profissionais não-médicos. O Mini-exame do Estado Mental (MEEM) preenche os requisitos acima, além de ser um teste amplamente utilizado em todo o mundo, fazendo parte de baterias mais amplas de diagnóstico e também por ter sua confiabilidade confirmada em diversas comparações com outros testes (BERTOLUCCI et al., 1994).

Desde sua publicação inicial o MEEM tornou-se importante instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo. Como instrumento clínico pode ser utilizado na detecção de perdas cognitivas, no seguimento evolutivo de doenças e no monitoramento de resposta ao tratamento ministrado. Como instrumento de pesquisa tem sido largamente empregado em estudos epidemiológicos populacionais, fazendo parte integrante de várias baterias neuropsicológicas.

No Brasil o MEEM foi traduzido por Bertolucci et al. (1994), os quais observaram que o escore total do MEEM dependia do nível educacional dos 530 indivíduos avaliados na triagem médica de um hospital-escola de São Paulo. Eles propuseram a utilização de pontos

de cortes diferenciados de acordo com a escolaridade para o diagnóstico genérico de “declínio cognitivo” (BERTOLUCCI et al. , 1994). Na primeira versão publicada foi observada clara e forte influência da escolaridade sobre os escores totais do MEEM, replicando resultados de trabalhos anteriores em outras populações, em que também constataram-se escores menores em indivíduos com níveis educacionais mais baixos. Porém não se observou associação do MEEM com a idade do paciente, tanto em jovens, adultos jovens e idosos (BRUCKI et al., 2003).

A escala é simples de usar e pode ser facilmente administrada em 5-10 minutos, inclusive por profissionais não-médicos. Tombaugh e McIntyre (1992) observaram que a escala tem boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste. Eles também demonstraram que o ponto de corte 23/24 tem boa a excelente sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de demência.

Outros fatores além do comprometimento cognitivo podem interferir com o escore final do indivíduo no MEEM. Crum et al. (1993) estudaram o desempenho de 18.056 adultos vivendo na comunidade (*National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area Study*). Eles observaram que o resultado final do MEEM dependia da idade do entrevistado: mediana de 29 para indivíduos de 18 a 24 anos e 25 pontos para aqueles com mais de 80 anos de idade. Além disso, os escores também se relacionaram com o nível educacional: mediana de 29 para aqueles com pelo menos nove anos de escolaridade, 26 para aqueles com cinco a oito anos, e 22 para aqueles com quatro ou menos até analfabetos. Outros estudos confirmaram a interferência da idade e do nível educacional sobre o desempenho no MEEM, embora alguns especulem que o baixo nível educacional e idade são fatores de risco reais para o desenvolvimento de demência (ALMEIDA, 1998, CRUM et al., 1993).

Vale ainda a lembrança de que o MEEM é instrumento de rastreio, sugerindo-se que sujeitos com escores inferiores aos das medianas descritas sejam submetidos a melhor avaliação quanto a eventuais perdas funcionais em relação ao nível prévio, bem como sejam encaminhados para avaliação neuropsicológica mais detalhada (BRUCKI et al., 2003).

Cabe lembrar que, em nosso país, o ensino fundamental é bastante heterogêneo, com características regionais próprias, como número de dias na escola, período de horas diárias, frequência de educadores. Isto faz com que, principalmente nos grupos de escolaridade inferiores, tenhamos heterogeneidade de perfil de respostas, como exemplificado em trabalhos de análise de perfil de erro e diferenças dentro do mesmo grupo de analfabetos. Em

escolaridades mais elevadas observamos concordância nos níveis de corte e semelhanças nas médias obtidas nas amostras (BRUCKI et al., 2003).

A justificativa maior para a utilização de instrumentos padronizados, como o MEEM, refere-se a uma possibilidade de melhor detectar os diferentes níveis envolvidos na capacidade de tomada de decisão. É preciso considerar que instrumentos padronizados acabam possuindo uma aplicabilidade maior (BRUCKI et al., 2003).

4.4 A jurisprudência

Segundo os artigos 46 e 59 do Código de Ética Médica, incorre-se em infração ética o médico que deixar de relacionar os possíveis eventos funestos passíveis decorrentes da assistência médica. Por isso a importância, jurídica, do termo de consentimento livre e esclarecido. Baseado na legislação, não há como negar a necessidade de que uma conversa franca e amigável sobre o estado de saúde da paciente, ou seus sonhos acalentados com o recém-nascido, por exemplo, seja transformada em um documento inconteste, alertando que situações dramáticas e imprevisíveis poderão suceder-se (COSTA, GARRAFA e OSELKA, 1998; SILVA, 1982; KFOURI, 1996). Algumas especialidades médicas têm elaborado modelos para consentimentos informados como os constantes no endereço eletrônico da Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

Os aspectos referentes aos possíveis insucessos ou acidentes nos tratamentos causam em especial aos obstetras e ginecologistas, uma grande inquietação. Em outras especialidades médicas, como oncologia, mastologia ou cirurgia oncoginecológica, isso pode ser minimizado, dado que, ao leigo, muitos destes insucessos mostram-se evidentemente inevitáveis, pois em geral as doenças nessas especialidades apresentam-se de uma forma mais agressiva e com evidente comprometimento do estado geral dos pacientes (COSTA, GARRAFA e OSELKA, 1998; SILVA, 1982; CUNHA e MATTHEUS, 2000).

Alguns dos procedimentos ginecológicos podem ser enquadrados em eletivos, ou mesmo com pouca repercussão no cotidiano das pacientes, mas é na obstetrícia que essa desigualdade fica mais evidente. O que dizer dos partos ou cesarianas? Como referir-se à paciente jovem e gestante de seu primeiro filho que, para atendê-la, necessitamos da sua assinatura em um documento (CUNHA e MATTHEUS, 2000) que mostrará a presença da

fragilidade do ser humano no seu grau mais extremo, mesmo em eventos naturais como o nascimento? É de boa prática médica mencionar que existe, embora remotamente, um percentual de partos que podem evoluir para traumatismos fetais ou maternos, ou que o óbito intraútero de causa desconhecida e não detectável no pré-natal possa ocorrer. Todo o processo não vai ser resumido a um documento no entanto, ele é parte final de uma conversa franca, dialogada, sensível, respeitosa e com os temas expostos de forma honesta, mas nunca cruel (COSTA, GARRAFA e OSELKA, 1998; SILVA, 1982; CUNHA e MATTHEUS, 2000).

Talvez outras especialidades médicas, como a oncologia ou a neurocirurgia, não apresentem as mesmas dificuldades para que os médicos exponham os insucessos (COSTA, GARRAFA e OSELKA, 1998; SILVA, 1982; CUNHA e MATTHEUS, 2000). Mas o diagnóstico de câncer de mama ou câncer ginecológico (câncer de vagina, útero, colo do útero ou ovário) ainda está vinculado à ideia de dor, sofrimento e mutilação, principalmente por tratar-se de um órgão considerado há muito como um dos principais símbolos da identidade feminina (útero e mama). É sabido que existem pessoas que se sentem “mais mulheres” por menstruarem regularmente e mensalmente e que podem sofrer com a retirada do útero (BARBOSA, XIMENES e PINHEIRO 2004; CAMARGO, 2003). A histerectomia causa uma ausência de sangramento pós-cirúrgico e dependendo da causa da histerectomia algumas mulheres podem sentir os efeitos clínicos pela falta dos hormônios ovarianos nos casos de ooforectomia bilateral associada (GHULAM et al., 2006; SOUZA e ANDRADE, 2008).

4.5 A Paciente do sexo feminino e suas peculiaridades

Em 2003, os ministros e secretários do meio ambiente dos países da América Latina e do Caribe elaboram notável documento intitulado “Manifesto pela vida, por uma ética da sustentabilidade”, no qual a categoria cuidado é incorporada na ideia de um desenvolvimento que seja efetivamente sustentável e radicalmente humano (BOFF, 2012).

O cuidado faz-se presente também em âmbito social e pessoal. Ele está especialmente presente nas duas pontas da vida: no nascimento e na morte. A criança sem o cuidado não existe; o moribundo precisa de cuidado para sair decentemente desta vida. Quando desponta alguma crise num grupo gerando tensões e divisões é a sabedoria do cuidado o caminho mais

adequado para ouvir as partes, favorecer o diálogo e buscar convergências. O cuidado impõe-se quando se manifesta em alguém alguma crise de saúde que exige internação hospitalar. Ele é colocado em ação por parte dos médicos, dos enfermeiros e enfermeiras, decidindo sobre os procedimentos a serem feitos e o aparato clínico mais indicado para curar e devolver o paciente à sua família e aos seus afazeres (BOFF, 2012).

O cuidado é exigido em praticamente todas as esferas da existência, desde o cuidado do corpo, dos alimentos, da vida intelectual e espiritual, da condução geral da vida até ao se atravessar uma rua movimentada. O cuidado é aquela sombra que sempre nos acompanha e nunca nos abandona porque somos feitos a partir dele (BOFF, 2012).

Metaforicamente pode-se dizer que o cuidado é a mão aberta que se estende para a carícia essencial, para o aperto das mãos, os dedos que se entrelaçam com outros para formar uma aliança de cooperação e união de forças. Ele opõe-se à mão fechada e ao punho cerrado, para submeter e dominar o outro. Esta é a primeira acepção de cuidado, seu lado mais luminoso e construtivo. Como se depreende, este tipo de cuidado pertence ao humano mais humano, aquele que se tornam apreciáveis e amigos da vida. Outro sentido do cuidado é todo o tipo de preocupação, inquietação, desassossego, incômodo, estresse, temor e até medo em face de pessoas e a realidade com as quais se está afetivamente envolvido e por isso são preciosas (BOFF, 2012).

Este tipo de cuidado com o outro, pertence à estrutura de vida humana, desde o momento em que o ser humano nasce. Acompanha-a em cada momento e em cada fase da vida e carrega-se até o momento da morte. É uma sombra ora leve, ora pesada, ora sombria ora ameaçadora que escolta e da qual não se pode furtar. O que pode e deve ser feito é conviver com ela, com habilidade existencial e sabedoria de vida, não permitindo que sua dimensão negativa torne-se senhora das atitudes e atos, nem perturbem o rumo das vidas. Todas essas formas de cuidados tornam a vida ora leve, radiante e feliz, ora sombria, preocupada e dramática. E como os sentidos se realizam e coexistem permanentemente, mesclando-se de forma inseparável, tornam a existência humana paradoxal e contraditória, mas sempre apetecível e de valor inestimável (BOFF, 2012).

Pelas mãos do médico passam uma infinidade de casos que jamais chegarão aos profissionais de saúde emocional; na história do vínculo médico-cliente sempre há momentos de impasse, situações difíceis ou que geram mais ansiedade, às vezes ameaça de rotura, momentos delicados; na vida de cada pessoa há períodos de maior vulnerabilidade, que necessitam de cuidados e ajuda adequada. O ginecologista e obstetra rotineiramente atendem

pessoas em transições existenciais peculiares: início de vida sexual, gravidez, climatério, aborto, parto prematuro, ter um filho natimorto ou malformado, esterilidade, doenças graves, crônicas ou fatais, cirurgias mutiladoras e neoplasias. Antes de diferenciar didaticamente os tipos de transição existencial, convém mencionar as características comuns a todos eles: a resolução de uma transição pode levar a pessoa a alcançar maior nível de maturidade e integração pessoal (BOFF, 2012).

Por outro lado, pode levá-la também a maior desorganização emocional, desestruturando-a de modo mais permanente. Por exemplo, a experiência de gestar, parir e cuidar de um filho pode dar à mulher uma nova dimensão de vida e contribuir para seu crescimento pessoal. Por outro lado, pode precipitar desorganização interna e roturas de vínculos e de papéis (de filhinha, de criança) tão insuportáveis que, em casos mais graves, resultam em quadros de intensa depressão pós-parto ou até mesmo de psicose puerperal. Um dos fatores relevantes nesta encruzilhada de saúde emocional é a qualidade de ajuda (profissional ou não) que se oferece à pessoa em transição. Por esse motivo, é importante que o médico conheça as reações típicas pelas quais passa e os manejos mais adequados para, que, deste modo, aumente seu campo de ação e cuidado como profissional de saúde. Portanto, em termos de atuação, o médico também fica na situação de encruzilhada: pode ser agente de ajuda ou fonte de dificuldades (MALDONADO, 1981).

Entre as pacientes do sexo feminino, fatores adicionais parecem estar implicados no surgimento de transtornos e doenças psiquiátricas, como fatores hormonais, intimamente ligados a alterações físicas e a aspectos psicológicos (BRASIL, 2007). A associação de fatores físico-hormonais, psicológicos, contextuais e as situações acima relatadas são fartamente descritas na literatura. Mais ainda, quadros depressivo-ansiosos entre mulheres internadas são agravados em função de deficiências de informações na identificação de seu estado de saúde-doença e manejo de tratamento, os quais raramente são realizados de forma adequada, piorando a qualidade de vida dessas pacientes. Esses quadros depressivo-ansiosos podem estar vinculados e contribuir acentuadamente para o surgimento de transtornos do humor e questões psicossociais diversas, passando desde a mudança do papel da mulher na sociedade até risco de exposição (LOUREIRO et al., 2012).

Os achados na revisão da literatura demonstram ser possível estabelecer variáveis de risco para a presença de sintomas depressivos e de baixa qualidade de vida entre as pacientes internadas em enfermaria de GO, principalmente no tocante à duração da internação e do conhecimento sobre sua própria doença (LOUREIRO et al., 2012). Dentre essas variáveis, em

estudo comparando a prevalência de distúrbios psiquiátricos em homens e mulheres, foi observado que o sexo feminino apresentava grande influência no desenvolvimento de transtornos ansiosos como o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). A prevalência de TAG em mulheres era duas vezes maior do que em homens e que elas apresentavam maior probabilidade de apresentar associação com Transtorno Depressivo Maior (TDM), além de apresentarem também maior incidência de Transtorno do Pânico (TP) (LOUREIRO et al., 2012; GHULAM et al., 2006).

Nesse mesmo estudo foi aventada a possibilidade de alterações do ciclo menstrual e da gestação como causa dessa maior vulnerabilidade feminina e constatou-se que mulheres com TP apresentavam aumento dos sintomas de ansiedade e de pânico durante a fase lútea ou pré-menstrual do ciclo (LOUREIRO et al., 2012). Em outro estudo foi suposto que o estrógeno poderia desestabilizar ou sensibilizar mecanismos neurotransmissores e neuroendócrinos, contribuindo com o desenvolvimento de déficit de memória e transtornos cíclicos do humor (ANDRADE, VIANA e SILVEIRA, 2006). Em outro estudo foi relatado a influência variável da gestação que sofriam transtornos psiquiátricos relacionados ao ciclo reprodutivo como transtorno disfórico pré-menstrual e depressão puerperal, a flutuação hormonal não diferia da de mulheres saudáveis, indicando uma vulnerabilidade cerebral às flutuações hormonais e, portanto, uma predisposição genética e não endócrina em mulheres com diagnóstico prévio de transtorno de pânico, podendo-se afirmar apenas que no período pós-parto há um aumento de risco para o início do TP (LOUREIRO et al., 2012).

Salienta-se, portanto, a necessidade de uma interface atuante entre os ginecologistas, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e os psiquiatras com a finalidade de aumentar a detecção e a oferta de abordagens e tratamentos de possíveis ansiedades, transtornos de humor e da memória emocional. Tais transtornos são altamente comprometedores do bem-estar destas mulheres e podem estar presentes, em número considerável de pessoas, durante os processos do adoecimento e interações (LOUREIRO et al., 2012).

Recorda-se que a memória emocional não se manifesta com palavras, mas o faz com lembranças rápidas das cenas traumáticas, que se traduzem com emoções, com pesadelos, tremores e evocações de medo e/ou silêncios paralisantes. A memória verbal, no entanto, é a que se utiliza para reter a informação. Pode ser expressa por palavras e é um método coerente e organizado para captar e recordar as vicissitudes da vida. Estas duas memórias, memória emocional e verbal, são diferentes e localizam-se em partes distintas do cérebro.

Normalmente utiliza-se a memória verbal para recordar as histórias passadas, que fazem parte da biografia. Quando se fala a respeito desses fatos, o faz-se com tranquilidade, pois pouco a pouco as pacientes perdem as suas intensidades emocionais. No entanto, aquelas recordações muito traumáticas e/ou dolorosas que são guardadas na memória emocional, não mudam. Sua vigor e intensidade tendem a se manter, mesmo com o passar do tempo (ROJAS, 2002).

Cabe ao ginecologista e obstetra então a aproximação inicial e adequada para a condução desses casos. Deve-se cuidar para não agir como costumeiramente, chamando e delegando imediatamente esse atuar a um profissional da área da psicologia ou psiquiatria. Isso aponta para uma incapacidade médica frente ao acolhimento e a contenção primária dos eventos emocionais vinculados ao processo do adoecimento. Cabe aos primeiros ter o conhecimento e a habilidade adequada para acolher, em um procedimento inicial, o sofrimento advindo dos momentos de crise.

4.6 As causas de internações na área gineco-obstétrica

Dentre todas as doenças que se manifestam ou se agravam no decorrer da gravidez, a hipertensão arterial é a mais frequente e aquela que causa maior morbimortalidade materna e perinatal (NEME, 2000), incidindo em cerca de 7% a 10% de todas as gestações. Distúrbios relacionados a ela são a segunda maior causa de mortalidade materna nos Estados Unidos (DIRETRIZES..., 2005). Já em países em desenvolvimento, como o Brasil, a hipertensão na gravidez é uma das principais causas de mortalidade, com cerca de 30% do total das mortes maternas, ao lado dos quadros hemorrágicos e infecciosos (NEME, 2000; ATRASH, ALEXANDER e BERG, 1995).

A morte de mulheres por complicações da gestação, aborto, parto e puerpério representa, em 90% dos casos, um desperdício de vidas (REDE..., 2005). O óbito materno é um dos mais sensíveis indicadores das condições de vida de uma população e reflete, principalmente, a desarticulação, desorganização e qualidade inadequada da assistência de saúde prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, uma vez que a assistência pronta, oportuna e adequada pode evitar a maioria dessas mortes (REDE..., 2005; BELFORT, 2000).

Anualmente, 515 mil mulheres morrem, no mundo inteiro, por complicações da gravidez, aborto, parto e puerpério. Em 2001, Hill, Abouzahr e Wardlaw estimaram as taxas

de mortalidade materna para todos os países do mundo com indicadores que chegavam a ultrapassar 1.000 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos em certos países da África e atingiam níveis inferiores a 10 por 100.000 nascidos vivos para alguns países da América do Norte e Europa. No Brasil, os óbitos maternos correspondem cerca de 6% na faixa etária de 10 a 49 anos (BRASIL, 2005), ocupando a oitava posição entre todas as causas de óbito feminino nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a nona na região Sul e a décima na Sudeste (REDE..., 2005; BRASIL, 2005).

Outras patologias na área ginecológica são as neoplasias: de mama e trato genital feminino (vulva, vagina, colo, útero e ovários). Dos cânceres, atualmente, a neoplasia maligna de mama feminina é a segunda causa de câncer no Brasil, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer – INCA de 2012, sendo a principal causa entre as mulheres, perdendo apenas para o câncer de pulmão, que no mundo todo é o câncer mais comum em termos de incidência e mortalidade. Na Região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 65 casos novos por 100 mil (ESTIMATIVA..., 2008, 2010, 2012).

A abordagem terapêutica do câncer de mama e trato reprodutor inferior da mulher pode envolver a cirurgia indicada para a doença, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Geralmente os tratamentos propostos associam duas ou mais abordagens, levando em consideração também as características individuais, tanto clínicas, como psicológicas, visando obter uma melhor qualidade de vida pós-tratamento (REDE..., 2005; BELFORT, 2000). Atualmente, muitas mulheres podem ficar curadas ou viver longos períodos com sua doença e sem manifestações dela. Entretanto, ao contrário de outros tratamentos para doenças crônicas, aqueles tratamentos contra o câncer são mais tóxicos e intensos, resultando num aumento tanto da demanda das reservas físicas como, também, de recursos sociais e psicológicos para a mulher sobreviver e enfrentar a doença (CAMARGO, 2003).

Na literatura discutem-se muito as mudanças no cotidiano das mastectomizadas, assim como também nas pacientes pós-histerectomizadas que enfrentam dificuldades. O principal ponto discutido é a sexualidade e a autoestima dessas mulheres, mostrando a mama como sinônimo de feminilidade e felicidade e o útero com o símbolo da sexualidade e fertilidade (SILVA et al., 2010). Na grande maioria dos casos há baixa autoestima, vergonha da exposição corporal e medo do abandono por parte do parceiro. Esta associação é ainda maior nas pacientes de menores condições socioeconômicas e menor escolaridade (GONÇALVES,

ARRAIS e FERNANDES 2007; TALHA FERRO, LEMOS e OLIVEIRA, 2007; KAPPAUN e FERREIRA, 2008). Grande parte delas sente vergonha de mostrar-se ao parceiro, mesmo após anos da ressecção, embora na maioria dos casos admitam a importância do apoio do companheiro e de seu papel como parceria sexual, afetiva e econômica (MELO et al., 2002; AVELAR et al., 2006; FERREIRA e MAMEDE, 2003).

Sabe-se empiricamente que desde o momento do diagnóstico até muitos anos após o tratamento a paciente portadora passa por situações de angústia, medo, negação e superação. Esse é o motivo do crescente interesse em avaliar, compreender e prestar o atendimento adequado a essas mulheres em relação ao aspecto psicossocial (GASPARELO et al., 2010; MOURA, 2010). Talvez o tempo de convivência com a lembrança da patologia seja muito maior do que o tempo de tratamento da doença em si. É preciso preparar a mulher para a longa caminhada do viver após uma experiência desagradável e negativa com o seu próprio corpo. É papel da equipe de saúde e principalmente dos médicos acompanhá-la na sua trajetória de vida e não apenas nos momentos cirúrgicos ou de internação hospitalar. A informação inicial dada e a compreensão percebida pela paciente são fundamentais para a sequência toda de eventos médicos, sociais e relacionais que irão advir (SOUTO e SOUZA, 2004; DUARTE e ANDRADE, 2003).

Apesar disso, a literatura é farta ao discutir e revelar os problemas enfrentados pelas pessoas com a doença. Essa não se resume apenas ao ato cirúrgico, mas traça repercussões que continuam na vida da mulher e de seus familiares próximos por toda a vida. Pesquisa de Souza e Andrade (2008) diz respeito às políticas públicas de saúde no Brasil critica e pontua de modo especial a ausência de investimento nos cuidados adequados com as pacientes com câncer de mama. Estes vão desde a demora até a procurar por um especialista, a espera nas filas para cirurgia, a não realização da técnica do linfonodo sentinela – meio que reduziria a necessidade de esvaziamento axilar –, assim como o não cumprimento da lei 12.802/2013 em que o Estado responsabiliza-se pela reconstrução da mama acometida.

Cita-se como outro fator negativo que corrobora com a necessidade do presente estudo que no decorrer da história do câncer de mama – do diagnóstico ao tratamento – verifica-se um descaso da classe médica, considerada como indiferente aos problemas das pacientes (GHULAM et al., 2006; FERREIRA e MAMEDE, 2003; MOURA, 2010; DUARTE e ANDRADE, 2003).

Um estudo revisado relata a visão médica sobre o tema e salienta que a classe é mal remunerada pelos serviços prestados nesse tipo de atendimento, que é complexo e que

envolve além das questões técnicas inúmeras questões transcendentais a elas. Além disso, existe uma enorme demanda de pacientes, sugerindo, assim, que o ponto a ser trabalhado seria a gestão pública, com políticas mais eficientes e amplas (SOUZA e ANDRADE, 2008). No entanto, salienta-se a importância de enfatizar que essas afirmações são artigos amplamente conhecidos e que não justificariam um atendimento claudicante. Muitos autores continuam estudando e enfatizando a importância da existência de uma relação médico-paciente e de informações adequadas aos pacientes (MALDONADO, 1981).

A necessidade de superação e os pontos positivos também são abordados na literatura, citando a esperança de cura como grande contraponto da mastectomia (CAMARGO, 2003; KAPPAUN e FERREIRA, 2008; PINHEIRO, 2008). Outros autores apontam que o processo do adoecer acaba por estreitar laços e aproximar familiares (TALHAFERRO, LEMOS e OLIVEIRA, 2007; GASPARELO et al., 2010; DUARTE e ANDRADE, 2003; BERVIAN e GIRARDON-PERLINI, 2006).

Alguns artigos utilizados como referência nesta dissertação trazem análises qualitativas. Isso se justifica pelo fato de não ser possível padronizar sentimentos em uma grande amostra de pacientes, assim como esses padrões hipotéticos não teriam validade para a população geral. Cada mulher sente, sofre, reage e supera o câncer de uma forma que é única, sua, trazida no seu íntimo de acordo com suas vivências, seu suporte psicológico e social e seus valores. É indispensável a atenção individualizada a cada paciente para poder prestar o auxílio necessário no enfrentamento da neoplasia de mama (SOUZA e ANDRADE, 2008; AVELAR et al., 2006; DUTRA, 2004; DUARTE e ANDRADE).

5 MÉTODOS

5.1 Caracterização da pesquisa

A presente pesquisa se concretizou através da coleta de informações ofertadas pelas mulheres internadas na enfermaria de ginecologia e obstetrícia do Hospital Universitário de Santa Maria, através de três instrumentos: dois questionários e entrevistas. Tal fato se deu pela necessidade de responder a dois requisitos propostos: a realização de uma pesquisa quantitativa e uma pesquisa qualitativa. A coleta de dados da pesquisa quantitativa ocorreu entre os meses de Novembro de 2013 a Janeiro de 2014 e a coleta de dados da pesquisa qualitativa foi realizada nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2014.

É relevante ressaltar que os dois métodos de pesquisa aqui propostos são complementares e não excludentes. Por um lado, a pesquisa quantitativa fornece resultados para determinado tipo de investigação, no geral, mais genéricos sobre os pontos que foram investigados. Por outro, a pesquisa qualitativa permite a oportunidade de que se aprofundem dados, informações e conhecimentos que, sem a declaração/expressão/opinião das pessoas entrevistadas de forma aberta, no presente caso, as pacientes da unidade de tocoginecologia, não apareceriam.

Estes métodos serão descritos a seguir como nominados acima: Parte 1 (Pesquisa Quantitativa) e Parte 2 (Pesquisa Qualitativa)

Parte 1 – Estudo Quantitativo

Os tópicos a seguir descritos (5.1.1 a 5.1.7) são relativos à parte quantitativa da pesquisa realizada.

5.1.1 Delineamento do estudo

A pesquisa tratou-se de um estudo descritivo, realizado de modo transversal, analítico de base hospitalar. O mesmo foi executado após ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria. O estudo quantitativo constituiu-se da aplicação de dois instrumentos para coleta de dados das participantes aleatorizadas e que aceitaram participar do estudo através do consentimento voluntário e assinatura do TCLE (Anexo B). Esses instrumentos foram a avaliação da capacidade e um questionário sobre diversas questões, dentre elas, a qualidade da informação (Apêndices B.1 e B.2).

5.1.2 Local de realização da pesquisa

O Hospital Universitário de Santa Maria é um prédio de seis andares, apresentando 274 leitos de enfermarias, sendo o segundo andar do HUSM destinado ao atendimento e internação das pacientes na área de ginecologia e obstetrícia. Nesse andar existem 11 leitos para pacientes da área da ginecologia/mastologia e 24 leitos para as internações obstétricas clínicas e cirúrgicas (em geral pós-partos vaginais ou cesáreos). Esta unidade tocoginecológica tem, constantemente, ocupação plena. Procurou-se manter, tanto quanto possível, o sigilo sobre o título e o motivo da pesquisa para evitar o viés do conhecimento do intuito da mesma e com isso, a melhora das informações prestadas às pacientes, pelos médicos, nesse período. Além disso, procurou-se coletar os dados no horário da tarde e noite por ser um período mais tranquilo para tal propósito e com menor interferência externa (por exemplo: ruídos, visitas e etc.). É importante salientar que as pacientes foram aleatorizadas ou seja, em determinados dias abordava-se as pacientes de determinados leitos e em outros dias, outros pacientes de outros leitos. Os executores do projeto tinham um plano prévio dos leitos que seriam abordados, desconhecidos pelas demais pessoas que trabalhavam na unidade.

5.1.3 Cálculo do tamanho da amostra e período de coleta

Utilizou-se para o cálculo do tamanho da amostra, com um erro amostral tolerável (E_0) de 5%, $\alpha = 0,05$ (95% de confiança), e \hat{P} (proporção amostral) de 0,50, onde se obteve o tamanho mínimo de 385 mulheres.

Segundo os dados do Serviço de Estatística (SE) do HUSM e publicados no folheto “HUSM na sua Dimensão” (2011) a taxa de ocupação dos leitos de enfermaria é de aproximadamente 88,7% e a rotatividade dos leitos é de 5,44 dias por paciente por leito.

Logo, através disso, se estimou que houvesse em média 198 pacientes por mês, internados no segundo andar do HUSM por causas clínicas e/ou cirúrgicas, ginecológicas e obstétricas.

Outros dados que podem ser expressos, oriundos do Serviço de Estatística (SE) do hospital, no que tange a procedimentos ou motivos de internação, ocorreram no ano de 2011, 743 partos normais, 1.195 cesarianas, 423 cirurgias ginecológicas e 29 cirurgias da especialidade da mastologia, num total de 1647 pacientes atendidas num período de 12 meses. Estimou-se então, baseado no total anteriormente citado, um número de aproximadamente 137 pacientes por mês.

Assim sendo, como o cálculo amostral para concretização deste trabalho foi composto por no mínimo 385 mulheres, o período mínimo de coletas necessário seria de aproximadamente três meses após a aprovação do Comitê de Ética.

5.1.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados critérios de inclusão para o presente estudo todas as pacientes que estiveram internadas no segundo andar do HUSM, por qualquer motivo/causa/doença, e que aceitaram participar do projeto. Pacientes menores de idade que estavam acompanhadas do responsável e ambos assinaram juntamente o seu assentimento/consentimento.

Pacientes que não desejaram participar, menores de idade desacompanhados de responsável legal, pacientes declaradas incapazes (por lei ou doença neurodegenerativa), sob efeito de drogas (hipnóticos, sedativos ou anestésicos de longa duração) no momento de aplicação do questionário; com dor pelos pós-operatórios recentes, aquelas que se encontravam em condição considerada desconfortável para conversar (com dificuldade para amamentar, com sondagem nasogástrica, contida no leito, depressão pós-parto) foram consideradas critérios de exclusão. Foi considerado também como um critério de exclusão, pacientes que foram: atendidas, acompanhadas, internadas ou operadas pela médica autora do projeto.

5.1.5 Coleta dos dados da pesquisa quantitativa

O questionário foi aplicado pela autora do projeto e por colaboradores do mesmo, prévia e devidamente, treinados, num período de quatro meses (de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014). As participantes do projeto foram abordadas, aleatoriamente, e convidadas a responder aos questionários em situação oportuna para elas e os pesquisadores. Depois de convidadas as pacientes que aceitaram participar da pesquisa receberam a explicação sobre os mesmos e obedecidos os critérios de inclusão/exclusão, obteve-se o TCLE (Anexo B).

A aplicação dos questionários (Apêndice B.1 e B.2) foi realizada no segundo andar, em consultório reservado, ou na sala de apoio 2002 ou, quando necessário, à beira do leito, com biombo divisor para manter a privacidade da mulher nos casos em que ela não podia locomover-se e dirigir-se a uma sala privativa. Os questionários também poderiam ser aplicados em duas oportunidades diferentes para que a participante não se cansasse muito.

Num segundo momento aplicou-se um questionário validado especialmente para avaliação de demência/depressão em pacientes idosos, o MEEM (Apêndice B.1). No entanto, por ser um instrumento simples e de fácil aplicabilidade foi utilizado para avaliar o nível de capacidade de cada participante. Optou-se pela utilização desse instrumento nesse trabalho pela não existência de outro que tenha a validação e mesma facilidade para apreciar a capacidade de entendimento das pessoas mais jovens.

Somente após a obtenção das informações através dos questionários aplicados às pacientes é que os prontuários foram revisados pelos pesquisadores para leitura das descrições diagnósticas, clínicas e cirúrgicas que foram, posteriormente, confrontadas com as informações fornecidas pelas pacientes (Apêndice B.3).

5.1.6 Estruturação do banco de dados

Todos os dados obtidos nesse projeto foram digitados duas vezes, por pessoas distintas, no programa Microsoft Excel 2007® (Redmond, Washington, Estados Unidos) para controle de qualidade. A seguir realizou-se a validação, comparando as duas digitações, com correção dos erros identificados. Após a validação dos dados os mesmos foram transportados para o programa SPSS 15.0 (*Statistical Package for the Social Sciences for Windows*) para análise estatística.

5.1.7 Análise Estatística

Os dados foram submetidos inicialmente à análise estatística descritiva, com cálculo de proporções para variáveis categóricas e medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas. Posteriormente utilizaram-se testes de hipóteses para verificar possíveis associações entre as variáveis. Nas análises bivariadas, para verificar presença de associações entre as variáveis, foram empregados testes do Qui-quadrado ou teste exato de Fisher. As associações foram consideradas significantes se o valor de P não excedeu a 0,05. A análise estatística foi realizada no programa SPSS versão 15.0 (Chicago, Illinois, Estados Unidos).

Parte 2 – Estudo Qualitativo

Os tópicos a seguir descritos (5.2 a 5.3.4) são relativos à parte qualitativa da pesquisa realizada.

5.2 Caracterizações da pesquisa qualitativa

A concepção de pesquisa qualitativa baseia-se em uma lógica em que raramente trabalha-se com representações numéricas (amostras matematicamente representativas ou estatisticamente significativas), ou seja, com possibilidades de generalização dos resultados obtidos. Na pesquisa qualitativa os indivíduos são escolhidos de modo intencional, em função de características que deveriam preencher e serem compatíveis com as intenções e os interesses da pesquisa. É um estudo em profundidade sobre dado tema ou grupo de pessoas (VELHO, 2003; LEOPARDI, 2001).

5.2.1 Coleta de dados da pesquisa qualitativa

Foram realizadas entrevistas gravadas com dez participantes internadas no segundo andar do HUSM, selecionadas intencionalmente e que concordaram em participar do estudo. No entanto, essas participantes não responderam ao questionário da pesquisa quantitativa (Apêndice B.1, B.2). Considerou-se que a participação das pacientes nos dois tipos de questionários (qualitativo e quantitativo) pudesse ser muito cansativa para as mesmas e,

principalmente, porque tal fato poderia, sem dúvida, trazer um viés à pesquisa qualitativa, pois as respondentes já estariam sensibilizadas e sugestionadas por perguntas e respostas previamente dadas.

As perguntas das entrevistas eram abertas, com eixos norteadores (Apêndice B.4) que abordaram temáticas que envolviam a vivência hospitalar das participantes no período da pesquisa. Apontavam, igualmente, questões relacionadas ao conhecimento que as pacientes pudessem ter sobre os motivos de sua internação (diagnóstico e tratamento) e seu processo saúde-doença. Após consentimento da paciente e obtenção do TCLE (Anexo B) as respostas foram registradas com um gravador de voz, digital, da marca *Xion Player* (Montevideu, Uruguai), apropriado para esse uso. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas para um programa processador de texto Word® Microsoft (Redmond, Washington, Estados Unidos) e analisadas.

5.3 As entrevistas

A entrevista, parte do transcurso metodológico, constou de três etapas, seguindo o preconizado: a pré-entrevista, a entrevista e a pós-entrevista, que serão, a partir de agora explicitadas.

5.3.1 A Pré-entrevista

Os encontros e as entrevistas exigiram um preparo prévio da pesquisadora, através de revisão teórica sobre os temas a serem abordados, o que possibilitou, na sequência do estudo, selecionar e sedimentar os questionamentos dirigidos às participantes e desenvolvidos durante a entrevista. Reforça-se assim a teoria de que quanto mais se sabe, mais provável é que se obtenham informações históricas em uma entrevista (THOMPSON, 1998). Elegeu-se, portanto, um modelo básico de entrevista, que auxiliou para que se passasse, com naturalidade, de uma pergunta à outra, de um ponto a outro, quando se realizava a conversa.

Os contatos com as participantes para convidá-las a participar das entrevistas foram realizados pessoalmente, individualmente, no leito de cada paciente e fora do horário da visita. Nestes, foram apresentados os objetivos do trabalho de pesquisa e foi ressaltada a importância da contribuição da participante no processo de coleta de dados e no da construção do conhecimento. Lembrou-se que cada história era singular e contextualizada e que teria um papel relevante. Nessa mesma oportunidade, esclareceu-se a forma como seria realizada a entrevista. Foi explicada a necessidade e a conveniência do uso do gravador, pois a sua utilização seria importante para o registro preciso da fala da participante, e para permitir ouvi-la, pela pesquisadora, tantas vezes quantas fossem necessárias, com a finalidade de precisar a compreensão e a transcrição do que foi dito.

Importante, ainda na fase da pré-entrevista, foi assegurado a confidencialidade e a manutenção do anonimato das participantes, valendo-se dizer, que elas não seriam identificadas, em suas histórias de vida ofertadas, por outras pessoas além da pesquisadora. Assim, substitui-se o seu nome e todos os que aparecem em suas falas por letras escolhidas aleatoriamente pela pesquisadora. Para identificar as pacientes participantes, utilizamos a letra “P”, seguida de uma letra minúscula, colocada na sequência temporal em que foi concedido o seu depoimento (a, b, c, d, etc.). Logo, ficaram identificadas como: “Pa”, “Pb”, “Pc” e assim por diante. Os nomes das outras pessoas que apareceram em seus relatos foram substituídos pela letra X seguida de números por ordem crescente, ou seja, X1, X2 e assim consecutivamente.

Esclareceu-se que a possível desistência da participação na pesquisa, pela participante, poderia ocorrer em qualquer momento, se assim ela o desejasse. Porém, na presente pesquisa não se registrou nenhuma desistência das participantes.

Foi relatado às participantes que o projeto do qual elas fariam parte havia sido julgado e aceito pela Comissão de Ética do Hospital Universitário de Santa Maria. Elas foram orientadas para que, em caso de dúvidas ou para maiores esclarecimentos, procurassem tal comissão e/ou a própria autora da investigação, cujos endereços e telefones lhes foram ofertados junto com a carta de aceitação de participação do projeto.

Igualmente, elas foram orientadas acerca da utilização de seus depoimentos como referentes desta pesquisa e ficaram cientes que eles seriam, em princípio, utilizados nesta dissertação; *a posteriori*, poderiam ter seus resultados publicados em artigos ou livro. Nada foi vetado pelas participantes, com relação aos esclarecimentos e às solicitações propostos e

todas concordaram, oralmente e por escrito, com tais solicitações e possibilidades de publicações futuras.

5.3.2 A Entrevista Propriamente Dita

Antes o início das entrevistas, realizou-se a conferência das condições do material a ser empregado na mesma ocasião, tais como: gravador, caneta e caderno de anotações e local/ambiente de entrevista adequado e agradável. As entrevistas foram realizadas nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2014, sendo realizadas dez entrevistas no total, e as mesmas foram divididas entre os dois meses, portanto, cinco entrevistas ocorreram no mês de Janeiro e cinco em Fevereiro.

A entrevista ocorreu, em geral, na sala de aula de apoio no segundo andar, na sala de exame físico, no quarto onde estava o leito, se a paciente estivesse sozinha, sempre em sala privativa. A serenidade, o aconchego e a privacidade favoreceram a conversa e a descontração da fala, necessárias à realização das entrevistas e ao seu desenrolar. Assim, as entrevistas transcorreram tranquila e livremente, com intervenções ou perguntas da pesquisadora.

Faziam-se as devidas anotações no caderno de anotações e as lacunas, os silêncios, os choros, de certo modo, ficavam registrados na gravação. Recorda-se que as pessoas são diferentes no seu modo de ser e de se expressar. Algumas são mais extrovertidas e quase não necessitam de estímulos para falar. Outras são mais tímidas e reservadas. Respondem às questões solicitadas com brevidade e são mais sintéticas. Procurava-se adequar-se ao modo de ser da participante e obter assim, o máximo de sua contribuição, dentro do que ela, no momento, podia oferecer.

Algumas perguntas e questões não previstas inicialmente pela pesquisadora foram sugeridas pelas próprias entrevistadas no decorrer de seus relatos, como exemplo a questão do conforto do quarto na internação: do calor e mosquitos referentes ao ambiente da enfermaria hospitalar. A contribuição surgida dessa maneira é prevista pelos oralistas e é considerada enriquecedora ao trabalho. Demonstra-se também o fluxo bilateral das discussões e dos aportes (entrevistada-entrevistadora) e a incorporação na pesquisa da contribuição ofertada pelas mulheres que dela fizeram parte.

Percebe-se ser de fundamental importância que a entrevistadora consiga que a entrevistada se refira menos a generalizações estereotipadas ou evasivas, mais a lembranças

detalhadas. Os relatos foram permeados de momentos de lembranças doces e felizes, assim como de recordações sofridas e amargas, marcadas por lágrimas nos olhos e voz embargada. Procurou-se, assim, reter de forma adequada o maior número de informações oferecidas pelas participantes. Os silêncios ficaram descritos como reticências dentro de parênteses (...), as dúvidas como pontos de interrogação (?) e as alegrias e as interjeições como pontos de exclamação, pontuação que denota este estado (!). Estes signos são previstos para tornarem mais claras e didáticas as transcrições (THOMPSON, 1998; MEIHY, 2000).

Num primeiro momento a paciente falava um pouco sobre si e sobre sua família, procedência, a profissão e escolaridade. Esses assuntos consistiam a conversa inicial dela com a entrevistadora, que tinha o propósito consciente de aquecer e descontraír o início do encontro, como preconizado (THOMPSON, 1998).

A sequência dada aos temas abordados nas entrevistas procurava-se seguir, quando possível, certa ordem cronológica dos eventos do processo saúde-doença, do início dos sintomas, ao diagnóstico até a internação da mulher. Isso teve a finalidade de facilitar a entrevista e a apreensão, pela pesquisadora, dos elementos considerados relevantes para a construção da história da entrevistada dentro dos assuntos que se focava.

Assim, aos poucos, foram processando-se as entrevistas. Expondo os assuntos e retornando aos acontecimentos do início do adoecimento ou início de uma gestação, a rotina de atendimento, exames, até o momento do diagnóstico e internação. Nesse processo, as participantes relatavam os fatos mais importantes e significativos para elas, suas percepções dos acontecimentos durante sua gestação/tratamento ou atendimento ambulatorial e respondiam às ocasionais perguntas da entrevistadora, que objetivava esclarecer fatos, ideias ou centrar o foco nos temas pretendidos, quando se tornavam muito dispersos. As questões norteadoras dessa entrevista encontram-se juntamente com os anexos deste relatório (Apêndice B.4).

As conversas com as pacientes fluíram com facilidade e os relatos, no geral, surgiram espontaneamente. Lançaram-se as perguntas norteadoras e a participante discorria sobre o assunto. A maioria das mulheres apresentou tranquilidade ao falar, e raramente pareceu deixar de contar ou discorrer sobre algum assunto. Quando tal acontecia, e percebia-se a dificuldade para focar determinada temática, respeitou-se o seu silêncio. Esteve-se inteirado dessa possibilidade e das diversas maneiras que as pessoas podem reagir quando falam de detalhes, às vezes, íntimos de sua vida pessoal.

Procurou-se seguir algumas diretrizes fundamentais recomendadas para a realização da entrevista, pois, uma entrevista é uma relação social entre pessoas, com suas convenções próprias, *misconceptions*, cuja violação pode destruí-la, portanto existem algumas regras básicas. Fundamentalmente espera-se que a entrevistadora demonstre interesse pela informante, permitindo-lhe falar o que tem a dizer sem interrupções constantes e que, se necessário, proporcione, ao mesmo tempo, alguma orientação sobre o que discorrer. Por baixo disto tudo está uma ideia de cooperação, confiança e respeito mútuos (THOMPSON, 1998).

Em sua maioria, as mulheres demonstraram satisfação e interesse em colaborar, pois sabiam que, ao contar a sua história e sua experiência, ofereceriam argumentos para compreender, elucidar e complementar os estudos sobre um processo – a qualidade da informação – que vivenciaram durante a internação e no seu processo saúde-doença, além da relação que a paciente teve com o seu médico.

5.3.3 A Pós-entrevista

As entrevistas foram realizadas nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2014, cinco em cada mês. Duraram, em média, trinta a quarenta minutos cada. Essas logo foram transcritas pela pesquisadora após suas realizações. Procurou-se, assim, manter o depoimento das mulheres de forma mais fidedigna quanto possível. Dessa maneira mantêm-se os relatos mais frescos na memória e fica mais fácil e coerente sua passagem ao papel (THOMPSON, 1998).

O tempo dedicado a essa parte do trabalho de pesquisa foi de seis a oito horas de transcrição, para cada hora de material gravado. Totalizaram-se aproximadamente quarenta horas na execução desse trabalho. A transcrição das entrevistas foi textual, ou seja, procurou-se, do modo mais fiel possível, escrever tal e qual foi falado pelas participantes, utilizando as simbologias, já descritas, para demarcar determinadas reações ou acontecimentos, como as reticências para demonstrar silêncios, mas com algumas correções dos erros habituais de linguísticas, sem perder nem prejudicar a essência da entrevista.

5.3.4 Análise dos dados

O critério do número de participantes desta parte da pesquisa se deu por saturação dos dados quando de sua leitura através das respostas às perguntas abertas que eram respondidas pelas pacientes. Foram escolhidas 10 mulheres internadas para a entrevista.

Após a transcrição literal das entrevistas, elas foram exaustivamente lidas e analisadas pelos pesquisadores. As temáticas emergentes das respostas às questões abertas, respondidas livremente pelas pacientes, foram categorizadas e estudadas segundo análise de conteúdo (BARDIN, 1977). Assim, obtiveram-se as categorias de análise que emergiram das entrevistas que foram interpretadas e confrontadas com a literatura consultada.

5.4 Aspectos éticos

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, com número CAAE 18476013.0.0000.5346. A autora do trabalho manteve em sigilo os dados identitários das mulheres cujas informações foram pesquisadas e levantadas, utilizando os demais dados somente para fins de pesquisa, conforme anexo o termo de confidencialidade (Anexo A).

A pesquisadora cumpriu os requisitos para a pesquisa que envolve seres humanos, conforme exigência do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de acordo com a resolução 466/12, do Brasil. Para isso, foi realizado o registro no Gabinete de Projeto (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e, posteriormente, a anexação do mesmo à Plataforma Brasil.

Inicialmente, o presente estudo, em forma de projeto foi aprovado com um único termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que deveria ser utilizada tanto na pesquisa quantitativa, como na pesquisa qualitativa. Posteriormente constatou-se que o ideal seria que cada pesquisa tivesse um TCLE diferente, por se tratarem de métodos diferentes.

Este estudo apresentou como possíveis riscos: desconfortos, um pouco de cansaço, modificação nas emoções, estresse, angústias, dentre outros. Em geral tratou-se de um projeto de risco mínimo, pois abordou de forma delicada e cuidadosa temas aos quais as pacientes já estavam expostas através da relação médico/paciente – já estabelecidas previamente à atual internação. Não houve benefício direto às pacientes participantes, mas sim um benefício

indireto que consistiu no possível acréscimo aos conhecimentos científicos sobre a temática estudada.

Esta pesquisa visa preencher o requisito final de Conclusão do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Insanidade é continuar fazendo sempre a mesma coisa e esperar resultados diferentes.

(Albert Einstein)

Elegeram-se para a escrita desta pesquisa a concomitância da apresentação dos resultados seguidos imediatamente da discussão pertinente ao tópico relatado. Tal fato ocorre para que se siga uma linha de raciocínio que comporte os dois métodos propostos: o quantitativo e o qualitativo.

6.1 Resultados e discussão: parte quantitativa:

6.1.1. Descrição, análise e discussão dos dados sócio demográficos do total da amostra estudada

Durante o período da coleta de dados 399 pacientes aceitaram participar da pesquisa quantitativa. A amostra estudada foi composta somente por mulheres, com média de idade de 30,5 (DP±12,57) anos, sendo que a idade mínima foi de 14 anos e máxima de 86 anos. Houve no presente estudo a participação de 23 mulheres com menos de 18 anos de idade e que portanto tiveram o assentimento de familiar ou responsável legal no TCLE. Essas idades podem parecer desiguais, mas elas estão compiladas de modo genérico, ou seja, pacientes obstétricas (n=344) e ginecológicas (n=55) foram avaliadas, em um primeiro momento, conjuntamente. Assim sendo a média de idade das pacientes obstétricas foi de 27 anos (DP±7,0 anos) e as ginecológicas foi de 51,0 anos (DP±19 anos). As primeiras são mais jovens e as últimas, no geral, tem mais idade. Portanto, sabe-se que o período do nascimento dos filhos se dá em idade mais precoce e as patologias ginecológicas e neoplasias transcorrem, geralmente, em mulheres mais velhas.

Tabela 1 - Tabela demonstrativa das características sociodemográficas das pacientes internadas na unidade tocoginecológica do HUSM, no período de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014.

Variáveis	n	%
Cor		
Branca	204	51%
Negra	69	17%
Parda	106	26,6%
Mestiça	7	2,0%
Indígena	3	0,8%
Não responderam	10	2,5
Estado		
Casada/união estável	173	43%
Solteira	100	25%
Viúva	9	2,2%
União consensual	114	29%
Não responderam	3	0,8%
Religião		
Católica	209	52,4%
Evangélica	101	25,2%
Espírita	19	5%
Não tem religião	61	15%
Não responderam	9	2,2%
Escolaridade		
Não sabe ler/escrever	8	2%
1ª A 5ª série	63	16%
6ª a 9ª serie	128	32%
1º ao 3º ano	188	47%
Ensino superior (completo/incompleto)	6	1,3%
Sabe ler/escrever e não frequentou escola	1	0,2%
Renda (em reais)		
Sem renda fixa	47	12%
<500	28	7%
500 a 2000	235	58,5%
>2000	36	9%
Não sabe	52	13%
Não informou	1	0,2%

n=número; %: porcentagem;

Fonte: Dados da autora, 2014.

As pacientes declararam-se em 52% (n=204) da raça branca, 27% (n=106) pardas, 18% (n=69) negras, 2% (n=7) mestiças e apenas 1% (n=3) indígenas.

Provenientes de diversas cidades referentes à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, que fazem referência ao Hospital Universitário de Santa Maria, a maioria das pacientes eram de Santa Maria, 67% (n=268), e também tinham a cidade como local de naturalidade em 49% (n=197). Dessas, 43% (n=173) eram casadas e 29% (n=114) tinham união consensual, enquanto que 25% (n=100) eram solteiras e 2% (n=9) eram viúvas.

Cabe ressaltar o perfil religioso das participantes da pesquisa. Neste estudo, 16% (n=61) declararam não ter religião e das que declararam seguir ou ter uma religião, a maioria era católica, 53% (n=209); 26% (n=101) eram evangélicas e 5% (n=19) espíritas. Segundo o senso do IBGE de 2010 (BRASIL, 2014) constatou-se que no Rio Grande do Sul a religião predominante foi referida como a católica, o que é compatível com os resultados descritos. Em respeito a este tópico faz-se necessária uma pequena ressalva com relação ao papel da espiritualidade para a pessoa enferma. Diz, inclusive, a ciência na atualidade, que ter/desenvolver a espiritualidade pode potencializar os efeitos benéficos de uma internação ou terapia pelas pessoas que vivem o processo de adoecimento (TEIXEIRA, MÜLLER e DA SILVA, 2004). Afirma-se que a espiritualidade possui uma força curativa própria. Não se trata, de forma alguma, de algo mágico e esotérico. Trata-se de potencializar aquelas energias que são próprias da dimensão espiritual, tão válidas como a inteligência, a libido, o poder, o afeto, entre outras dimensões do humano. Ela é percebida como um entusiasmo, que nos toma e nos faz saudáveis, dando-nos vontade de viver e de criar continuamente o sentido de existir e trabalhar (BOFF, 2012).

A renda das mulheres em 59% (n=235) era de, aproximadamente, um a três salários mínimos por mês. Somente 19% (n=75) declaram que recebiam menos que um salário mínimo ou que não possuíam nenhuma renda fixa.

Levando em consideração o tempo de escolaridade das pacientes encontrou-se que 47% (n=188) delas estudaram em média de nove a onze anos e uma minoria 1,3% (n=6) tinha nível superior (completo ou incompleto). Não sabiam ler nem escrever 2% (n=8) das pacientes estudadas, e sabiam ler/escrever, mas não frequentaram a escola 0,2% (n=1). Tal quesito será mais bem discutido posteriormente, pois se sabe que o nível educacional pode interferir na compreensão das informações que são fornecidas às pacientes e, portanto, na capacidade e tomada de decisão.

Tendo-se narrado alguns elementos referentes aos dados sociodemográficos das respondentes descreve-se a seguir informações relacionadas ao histórico obstétrico e ginecológico das mulheres.

6.1.2. Descrição, análise e discussão dos dados obstétricos e ginecológicos da amostra estudada

Sabe-se que um dos principais objetivos dessa pesquisa constituiu-se na avaliação das informações recebidas pelas pacientes de uma unidade de internação tocoginecológica. Por esse motivo, considera-se relevante descrever, analisar e discutir, brevemente, os achados das histórias ginecológicas e obstétricas das pacientes participantes. Na tabela abaixo estão representadas as medidas descritivas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão) das variáveis numéricas:

Tabela 2 - Dados estatísticos, média, mediana e DP das variáveis da história ginecológica e obstétrica das pacientes participantes da pesquisa.

Variáveis	n	Média	DP (\pm)	Mediana
Menarca (anos)	389	10,00	1,66	16,00
Sexarca (anos)	379	16,43	2,84	16,43
Menopausa (anos)	27	47,07	7,06	48,00
Gestações	392	2,65	1,80	2,00
Paridade	388	2,15	1,75	2,00
Abortos	377	0,33	0,66	0

n=número; DP: desvio padrão.

Fonte: Dados da autora, 2014.

Analisando a tabela acima se pode constatar que os resultados relativos à menarca e menopausa foram compatíveis com os da literatura consultada, onde se referiam que a menarca das meninas no sul do Brasil é próxima aos 12 anos de idade e a menopausa ao redor dos 48 anos (PEDRO et al., 2003).

Já o início da atividade sexual, em estudo realizado em Santa Maria (VELHO, 2010), mostrou que a sexarca para as mulheres pesquisadas se dá ao redor dos 17,5 anos, compatível com os achados encontrados no presente trabalho. O que é um pouco mais tardio do que

ocorre no nordeste (entre 9 e 13 anos) e no norte (antes dos 14 anos) do país (PEIXOTO et al., 2012; PRADO et al., 2012).

A mediana de número de gestações referidas foi de duas gestações (média: 2,6; DP±1,8) por cada mulher, sendo essa também a mediana para o número de partos (média: 2,1; DP±1,7) e nenhum aborto (média: 0,3; DP±0,6). O número de gestações máximas para uma única paciente foi de 12 e o número máximo de abortos por uma única paciente foi de quatro. Das pacientes que gestaram 80% (n=293) referiram ter amamentado seus filhos.

Das pacientes que estavam internadas para parto/interrupção da gestação no HUSM, no período estudado, encontrou-se que: 69,1% (n=169) informaram terem sido submetidas a parto cesáreo e 30,9% (n=76) partos vaginais. Desses 76 partos obtivemos a informação de que 40,5% (n=31) foram submetidas à episiotomia e 59,5% (n=45) tiveram parto normal sem a episiotomia. O uso do fórcepe deu-se em 13% (n=4) dos partos.

Em geral, o parto deveria ser um evento essencialmente fisiológico, e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) não existem motivos que justifiquem uma taxa de cesariana superior a 15% em nenhum lugar do mundo. No entanto, essa taxa tem crescido em muitos países nos últimos 30 anos e o Brasil já foi conhecido por ter a maior taxa de cesáreas do mundo. Dados do Ministério da Saúde indicam que, em 2010, 52% dos partos no país foram cirúrgicos. Na rede pública, onde ocorre $\frac{3}{4}$ de todos os partos o índice nacional chega a 37% (BRASIL, 2001).

Dados divulgados em maio de 2014, na pesquisa ‘Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento’, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz em parceria com o Ministério da Saúde, mostram que o índice brasileiro de cesarianas é de 52%, chegando a 88% na rede privada. O estudo mostra ainda que 70% das mulheres desejava, *a priori*, um parto normal logo que engravidaram. No total, 23.894 mulheres foram entrevistadas em 266 hospitais de 191 cidades brasileiras entre 2011 e 2012 (LEAL, 2014).

Existem fatores demográficos, socioeconômicos e relacionados ao risco gestacional, além do acesso e do comparecimento adequado às consultas do pré-natal que podem estar associados ao tipo de parto das mulheres brasileiras. Dentre eles destacam-se a idade, a cor da pele, a escolaridade e a renda. A escolha do tipo de parto é motivo de grande discussão. No entanto, ao que é referido pela literatura, a maioria das gestantes não participa dessa discussão, sendo simplesmente informada sobre a decisão médica final (PATAH e MALIK, 2011; D’ORSI et al., 2006).

Observou-se, nesse trabalho, que foi alto o índice de cesarianas, mesmo em um hospital universitário, totalmente público. Verificou-se que a conduta em relação à via de parto foi tomada quase que exclusivamente apenas pela equipe médica. Porém, sabe-se que a aceitação ou não em relação à conduta médica e a associação entre a sua aceitação e os possíveis resultados perinatais, não são levados em consideração na grande maioria das vezes (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2011). Sendo assim, de maneira geral, as mulheres que não interferem na decisão sobre o tipo de parto, ou simplesmente não são consultadas sobre sua opinião ou são oriundas de classe social baixa e/ou possuem menor nível de escolaridade (VICTORA et al., 2011; D'ORSI et al., 2006). No entanto, sabe-se que se a conduta médica adequada é aquela que deve ser informada à paciente que, *a priori*, indica a condição de uma relação construída com mais ou menos tempo, mas que precisa apontar para a confiança que é base fundante deste relacionamento profissional.

No presente estudo encontrou-se que o nível de escolaridade das pacientes em média era um nível relativamente alto para esse tipo de hospital, mas a renda foi considerada baixa. Além disso, constatou-se uma desvinculação entre médico que presta o atendimento no parto e a paciente. Tal fato acontece pois no serviço público, em geral, não é o mesmo profissional que faz o pré-natal e o parto. Essa é uma realidade também vista em outros países menos ou mais desenvolvidos. Essa desconexão pode resultar em falta de informações sobre a gestação atual e as anteriores no momento do parto, e o parto cesáreo acaba sendo uma opção onde o obstetra “tem maior controle” sob a situação (PATAH e MALIK, 2011; MELLER e SCHÄFER, 2011). Ao contrário das gestantes com acesso a convênios médicos ou serviços particulares, aquelas que realizam o pré-natal pelo SUS frequentemente não têm a chance de escolher o médico que irá assisti-las e, provavelmente, não terão poder de negociação sobre o tipo de parto de sua preferência ou a forma de atendimento que desejam (FREITAS e BEHAGUE, 1995; FREITAS, 2012).

Isso requer, todavia, uma excelente preparação da equipe de saúde, desde o pré-natal até o momento do parto ou internações. As informações e orientações fornecidas por parte dos profissionais precisam ser consistentes e uniformes, pois desse modo as mulheres terão os conhecimentos necessários e estarão melhor preparadas para as múltiplas facetas dos desfechos que poderão ocorrer. Reuniões em grupo aberta a familiares e companheiros, reuniões em “sala de espera”, discussões sobre o tema, ensinamentos sobre gestação, parto e puerpério podem ser extremamente úteis para facilitar esses processos (BRASIL 2001, 2005).

Vale lembrar que a cesariana é indicada com a intenção de preservar a vida da mãe e do filho em situação de risco e não deve ser decidida em função do desejo da grávida nem de acordo com a conveniência do médico. Além disso, é preciso reduzir ainda mais as disparidades regionais, socioeconômicas e étnicas de maneira que interfiram cada vez menos na decisão sobre o tipo de parto (FREITAS e BEHAGUE, 1995; FREITAS, 2012).

Além do acima exposto que demonstrou alguns fatores relacionados à história ginecológica e obstétrica das mulheres pesquisou-se a existência de alguns dos fatores de risco relacionados à saúde das mesmas. Constatou-se que 18% das pacientes (n=73) referiram ser usuárias do tabaco/fumo e referiram não ser tabagistas 82% (n=326).

Enfocando-se, ainda, a história pregressa das mulheres pesquisou-se a existência de alguns fatores protetores ou de risco que pudessem estar relacionados com as doenças das pacientes. Como foram inquiridas mulheres internadas por patologias do trato genital feminino e da mama sabe-se da importância de coletar informações sobre a história pessoal ou familiar que pudessem estar relacionadas com os diagnósticos apresentados pelas participantes. Na tabela 3 encontram-se demonstrados esses achados.

Tabela 3 - Descrição de alguns dos fatores de proteção e de risco à saúde das mulheres internadas no HUSM no período de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014.

Variáveis	n	Percentual (%)
Amamentação		
Sim	293	73,4%
Não	74	18,5%
Não respondeu	32	8,1%
História familiar de câncer		
Sim	77	19,0%
Não	319	80,0%
Não respondeu	3	1,0%
Tabagismo		
Sim	73	18,0%
Não	326	82,0%

n=número; %: porcentagem

Fonte: Dados da autora, 2014.

Sobre a história familiar de neoplasia, 19% (n=77) disseram ter tido algum familiar com câncer. Dentre esses, 40% (n=31) disseram ser câncer de útero/endométrio e 39%

(n=30) câncer de mama. Sabe-se que a história familiar positiva para câncer de mama é um dos principais elementos relacionados à possibilidade de uma mulher vir a desenvolver a doença (SILVA 2011; ESTIMATIVA..., 2008). Eis aqui outro fato importante sobre o qual todas as mulheres com maior risco necessitam ter informação precisa de cuidados e seguimentos preventivos. É a parte pedagógica da consulta médica, inclusive a habitual, de controle, onde a educação em saúde na função de promovê-la deve ser parte constante, sempre (BRASIL, 2001; FAGUNDES et al., 2011).

Das pacientes que referiram história familiar positiva para câncer, os sítios primários das neoplasias relatadas estão representados na tabela 4 abaixo.

Tabela 4 - Número e frequência dos locais de sítio primário das neoplasias de familiares de pacientes participantes da pesquisa, internadas no HUSM no período de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014.

Variável	n	%
Útero/endométrio	31	40%
Mama	30	39%
Ovário	5	6%
Colo	5	6%
Vulva	1	1%
Não respondeu	5	6%

n=número; %: porcentagem;

Fonte: Dados da autora, 2014.

6.1.3. Descrição e análise da pontuação obtida pelas pacientes no MEEM

A diferenciação de escolaridade, por tempo (anos) foi um dado importante na análise da capacidade das pacientes através dos resultados obtidos no teste do Mini-exame do Estado Mental (MEEM), aplicado a todas as pacientes participantes do estudo. Considerou-se importante a aplicação desse instrumento para avaliar, de modo superficial e rápido, a capacidade das mulheres para responder adequadamente ao questionário da pesquisa quantitativa.

Ao se aplicar o MEEM tinha-se pleno conhecimento de que o desempenho do mesmo poderia ser influenciado pela escolaridade das mulheres participantes. Como existe previsão

de que o teste seja aplicado também em jovens, adultos jovens e idosos, levou-se em consideração a escolaridade para a seleção de indivíduos e a avaliação dos resultados. Portanto, utilizaram-se neste estudo, escores limítrofes, que permitiriam a avaliação da capacidade mental nas várias escolaridades e, principalmente, naquelas mais baixas, em que é mais provável ocorrer erro diagnóstico de confusão mental, como no estudo de Bertolucci, 1994.

Em estudo realizado em São Paulo o Mini-exame do Estado Mental (MEEM) foi aplicado em 530 indivíduos, classificados segundo suas idades e escolaridades, para avaliar o desempenho dessa população. Essa população foi dividida de acordo com a idade em: jovens (15 a 50 anos); adultos (51 a 64 anos) e idosos (65 anos ou mais). Dessa amostra revelou-se a seguinte composição: quanto ao sexo, 294 mulheres (55%) e 236 homens (45%); quanto à idade, 203 jovens (38%), 196 adultos (37%) e 131 idosos (25%). A comparação de diferentes escolaridades dentro da mesma faixa etária mostrou diferença significativa ($P < 0,0001$), na qual os participantes analfabetos tinham escore MEEM menor que os que tinham escolaridade (baixa escolaridade – um a quatro anos incompletos; média escolaridade – quatro a oito anos incompletos; alta escolaridade – oito ou mais anos); e os que tinham baixa ou média escolaridade obtiveram escore MEEM menor que os participantes com alta escolaridade (BERTOLUCCI et al., 1994).

Ao contrário, nesse estudo, na análise de cada faixa de escolaridade para as diferentes faixas etárias não houve diferença significativa entre os grupos: analfabetos (jovens, adultos e idosos), $P < 0,2323$; baixa escolaridade (entre jovens, adultos e idosos), $P < 0,5809$; média escolaridade (entre jovens, adultos e idosos), $P < 0,629$; e alta escolaridade (entre jovens, adultos e idosos), $P < 0,0035$ (BERTOLUCCI et al., 1994).

Portanto os resultados indicaram que o fator mais importante na determinação do desempenho no MEEM é o nível educacional. Esses resultados foram de muita importância no sentido de alertar quanto ao uso de um único escore para uma população heterogênea. Quanto à idade, não houve diferença significativa entre as três faixas, em desacordo, portanto, com alguns estudos em que a idade tem sido imputada como fator de influência. Nos escores do MEEM a separação em mais e menos de oito anos de escolaridade, feita em outros estudos, é insuficiente (BERTOLUCCI et al., 1994).

Por isso, e segundo a literatura consultada, para cada nível de escolaridade, um nível mínimo de pontuação deveria ser obtido no teste pelas mulheres participantes do presente estudo. Essa pontuação mínima era o ponto de corte utilizado para classificar o teste MEEM

como alterado ou normal. A pontuação máxima do teste que poderia ser obtida era de 30 pontos (LOURENÇO e VERAS, 2006).

Como ponto de corte, no presente estudo, para a participante que se declarou sem escolaridade ou que não sabia ler/escrever apresentava o MEEM alterado se o valor obtido no teste fosse menor que 18 pontos (sem incluir o 18); caso a paciente obtivesse pontuação maior ou igual a 18 era classificada como MEEM normal; quem referia ter até três anos de escolaridade, tinha teste alterado se o valor fosse menor que 21; MEEM era considerado normal se obtivesse pontuação maior ou igual a 21; a paciente que tinha até seis anos de frequência escolar tinha MEEM considerado alterado se o valor fosse menor que 24 e normal quando maior ou igual a 24; a mulher que declarou ter mais que seis até nove anos de escolaridade era considerado com teste MEEM alterado se o valor obtido fosse menor que 28 pontos e MEEM normal se o valor fosse igual ou maior a 28. O ponto de corte para analfabetos apresenta sensibilidade de 73,5% e especificidade de 73,9% e o ponto de corte para indivíduos com instrução escolar a sensibilidade é 75% e a especificidade de 69,7% (LOURENÇO e VERAS, 2006).

Assim sendo, corrigido pelo tempo de escolaridade, encontrou-se que 21% (n=84) das pacientes obtiveram pontuação inferior ao ponto de corte para o nível escolar declarado e, portanto, foram classificadas como tendo exame MEEM alterado. Já 79% (n=315) obtiveram pontuação igual ou acima do ponto de corte e foram então classificadas como teste MEEM normal. Apesar de alguns testes revelarem um escore não tão adequado, considerou-se pertinente a manutenção da participação das mulheres no estudo para posterior análise dos resultados.

Posteriormente uma análise mais detalhada dessas pacientes com MEEM alterado, em comparação com as com MEEM normal, será apresentada e ver-se-á se houve ou não influência desse dado com outras questões da relação médico-paciente e com a qualidade de informação recebida (MELLO et al., 2003).

6.2 Qualidade da informação e da relação médico paciente

Para melhor compreensão, a partir dessa etapa os grupos de mulheres serão separados, por motivos de internação, pois as respostas advindas dessas mulheres hospitalizadas, por

causas bastante diferentes, poderiam divergir de maneira importante, confundindo a análise. Assim sendo, os grupos foram divididos por área de especialidade e atendimento dentro do serviço de tocoginecologia do HUSM. Reitera-se que são grupos de pacientes distintos dentro da amostra analisada de 399 mulheres que participaram da pesquisa.

6.2.1 Divisão das pacientes em grupos por área e caracterização dos grupos por motivos de internação

A divisão constituiu-se de três grupos de pacientes selecionadas em grupos chamados pelos pesquisadores de “obstetrícia operatória” (GOO), formado por gestantes que foram internadas para parto ou cesárea (n=245); grupo “obstetrícia clínica” (GOC), constituído por gestantes internadas por patologias clínicas da gestação (n=99) e, por último, o “grupo ginecologia e mastologia” (GGM), composto por mulheres internadas por patologias ginecológicas, oncológicas ou da mastologia, tanto cirúrgica como clínica (n=55). As principais causas de internação e diagnósticos para cada grupo de pacientes estão representadas através dos gráficos 1,2 e 3.

Informa-se que todas as pacientes do grupo obstetrícia operatória (GOO) eram pacientes em momento puerperal. Ou seja, as mulheres desse grupo eram obrigatoriamente ou pós-parto normal ou pós-parto cesárea. Porém, quando os prontuários médicos foram revisados e os diagnóstico e motivos de internações anotados em campo específico do questionário contemplaram-se dois diagnósticos diferentes.

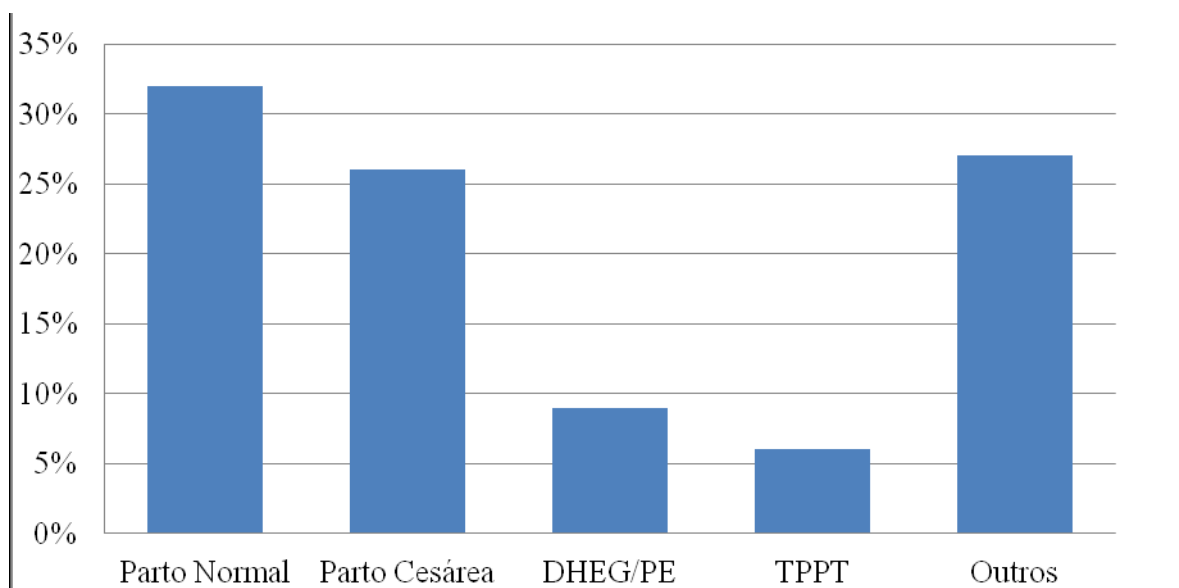


Gráfico 1 - Os motivos/diagnósticos das pacientes do GOO, internadas no HUSM no período de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014 em Santa Maria/RS, 2014.

Logo, como se observa no gráfico 1, algumas pacientes tinham então dois diagnósticos. Por exemplo: uma paciente podia ser pós-parto normal por trabalho de parto prematuro (TPPT); outro exemplo: uma paciente podia ser pós-cesárea e que na gestação teve doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) ou no pós-parto cesárea estava investigando a presença de pré-eclâmpsia (PE). Dessa forma, o diagnóstico de parto normal e cesariano eram os dois principais motivos de internação. Portanto, nesse grupo de pacientes, como representado no gráfico acima, observam-se também os diagnósticos de DHEG/TP e TPPT como terceiro e quarto motivo de internação das pacientes desse grupo.

Já as pacientes do GOC, como representado no gráfico 2, eram compostas unicamente por gestantes. No grupo dessas pacientes obstétricas as principais patologias da gestação e, portanto, os motivos da internação são diferentes em diagnósticos, número e frequência dos encontrados no GOO, como se observa no gráfico 1.

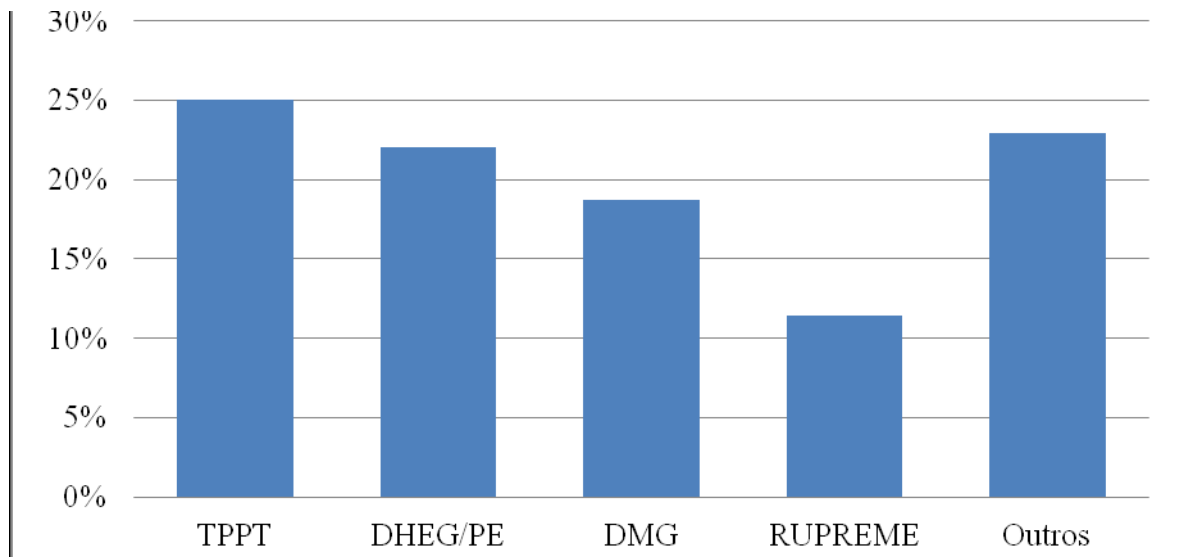


Gráfico 2 – Frequência dos motivos/diagnósticos das pacientes do GOC, internadas no HUSM no período de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014, Santa Maria/RS, 2014.

As pacientes do GGM, representadas no gráfico 3, estiveram internadas principalmente por patologias neoplásicas, sendo o câncer de mama o mais representativo. Este número de internações reflete quase o dobro da soma das outras neoplasias ginecológicas em conjunto (câncer de endométrio, ovário e colo do útero). Sendo o HUSM um centro de referência para atendimento desse tipo de pacientes, é natural que esse tipo de doença tratada seja prevalente. Relatam-se também, casos de cirurgias ginecológicas eletivas por outros motivos (distopias, incontinência urinária).

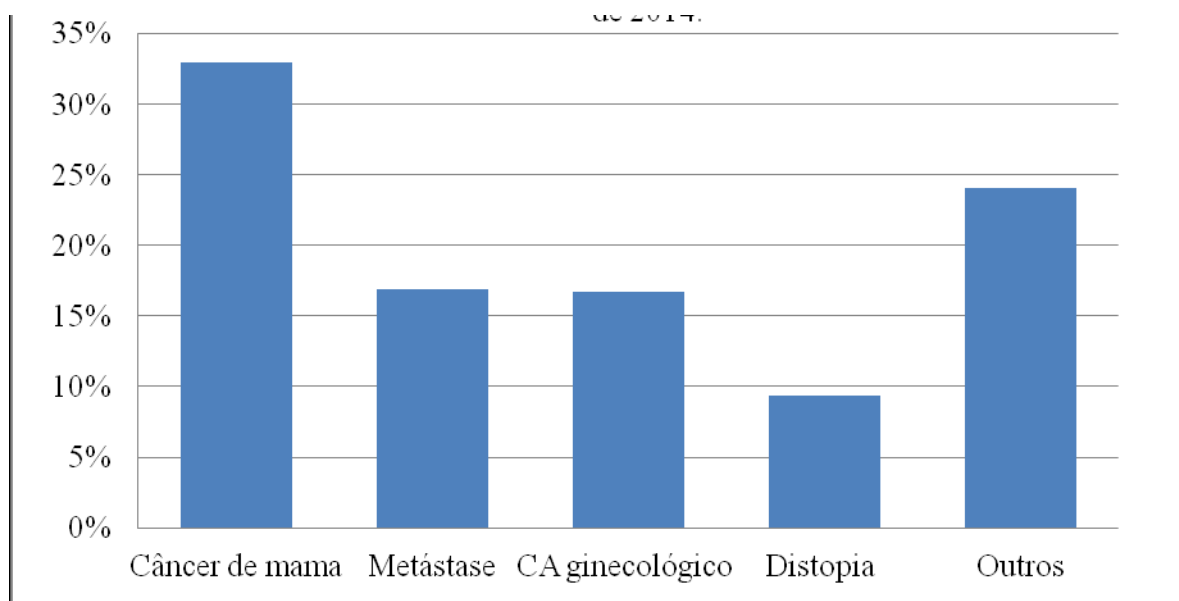


Gráfico 3 – Gráfico demonstrativo dos motivos/diagnósticos das pacientes do GGM, internadas no HUSM no período de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014, Santa Maria/RS, 2014.

Como já referido anteriormente nessa dissertação, o câncer de mama, representa a principal neoplasia que acomete na paciente do sexo feminino. As regiões Sul e Sudeste são as que apresentaram maior número de diagnósticos da doença no ano de 2010. A cada ano, cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama (ESTIMATIVA..., 2008, 2010, 2012). É importante ressaltar que estes gráficos tiveram a intenção de serem esclarecedores no sentido de situar e caracterizar a amostra estudada e não apresentarão um aprofundamento mais significativo na discussão, pois o foco da dissertação centra-se em outro tema que envolveu as internações das pacientes.

Como visto acima, as participantes apresentavam situações e patologias que estavam relacionadas aos diferentes momentos de vida da mulher: o ciclo gravídico-puerperal, o ciclo reprodutivo, o período de climatério e envelhecimento. Esses motivos tornam diferentes também o momento e a situação de cada paciente durante uma internação hospitalar: esses transitam desde a mulher estar feliz por ser esse o momento que vai parir o seu filho, um recém-nascido saudável, à gestante que pode estar internada por outros motivos necessários como, por exemplo, o controle pressórico, que recebe a informação de que o feto não está se desenvolvendo adequadamente. De outro lado, pode estar àquela mulher com câncer de mama internada para investigar nódulo pulmonar. São situações que envolvem sensações e

sentimentos quase opostos para as pessoas que as vivenciam e que devem receber cuidados e atenção pertinentes e diferenciados por parte da equipe de saúde, dentre eles, os médicos que devem estar preparados para abordar com propriedade e discernimento cada situação singular.

Esses grupos demonstraram igualmente que equipes médicas distintas trabalham dentro do mesmo serviço. O GOO foi atendido principalmente pela equipe médica do centro obstétrico e por médicos e residentes plantonistas do CO. As pacientes do GOC eram supervisionadas e cuidadas pela equipe médica do pré-natal de alto risco, ultrassonografistas e residentes rotineiros. Além desses, atuam médicos e residentes da mastologia e a equipe médica das cirurgias ginecológicas que internam e lidam diretamente com os cuidados pré, intra e pós-operatório das pacientes do GGM no HUSM.

6.2.2 Qualidade da informação médica prestada

A seguir discorrer-se-á sobre as principais respostas, por grupos, obtidas através do questionário com foco principal na avaliação dada pelas pacientes ao atendimento médico hospitalar e, principalmente, no que se refere à qualidade e adequação da informação prestada. Para todas as perguntas constantes no questionário, que eram perguntas fechadas, as pacientes tinham como opção responder: sim, não ou parcialmente.

Abordar-se-á a seguir e conforme demonstra a tabela 5, os fatores referentes à qualidade da informação dada pelo profissional de saúde às pacientes durante o atendimento e internação hospitalar.

Tabela 5 - Informações, de modo, momento e forma que o paciente recebeu as informações médicas.

Perguntas e respostas	GRUPO			<i>P</i> ¹
	GOO n (%)	GOC n (%)	GGM n (%)	
A Sra. sabe o motivo da internação?				
Sim	241 (99,2%)	96 (100,0%)	46 (86,8%)	*
Não/Parcialmente	2 (0,8%)	0 (0%)	7 (13,2%)	

Tabela 5 - Informações, de modo, momento e forma que o paciente recebeu as informações médicas (Continuação).

A Sra. compreendeu os motivos da internação?				
Sim	231 (95,9%)	87 (91,6%)	52 (96,3%)	
Parcialmente	6 (2,5%)	7 (7,4%)	1 (1,9%)	0,249
Não	4 (1,7%)	1 (1,1%)	1 (1,9%)	
A Sra. já imaginava o motivo da internação/diagnóstico antes de recebê-lo?				
Sim	159 (64,9%)	36 (36,7%)	29 (55,8%)	
Parcialmente	13 (5,3%)	12 (12,2%)	4 (7,7%)	0,000
Não	70 (29,8%)	50 (51,0%)	19 (36,5%)	
A Sra. sabe se a informação foi dada por um médico?				
Sim	208 (85,6%)	84 (85,7%)	50 (94,3)	
Parcialmente	14 (5,8%)	7 (7,1%)	0 (0%)	0,343
Não	21 (8,6%)	7 (7,1%)	3 (5,7)	
O médico foi claro/explicativo ao dar as informações?				
Sim	219 (91,6%)	81 (85,3%)	42 (77,8%)	
Não/Parcialmente	20 (8,4%)	14 (14,8%)	12 (22,2%)	0,011
O médico foi atencioso?				
Sim	224 (93,7%)	93 (94,9%)	49 (90,7%)	
Não/Parcialmente	15 (6,3%)	5 (5,1%)	5 (9,3%)	0,601
A Sra. sentiu-se confiante ao receber as informações?				
Sim	221 (91,7%)	87 (91,6%)	49 (90,7%)	
Não/Parcialmente	20 (8,3%)	8 (8,4%)	5 (9,3)	0,974
A Sra. gostaria de receber TODA a informação sobre a sua doença?				
Sim	179 (80,6%)	73 (76,8%)	44 (83,0%)	
Parcialmente	4 (1,8%)	3 (3,2%)	0 (0,0%)	0,687
Não	39 (17,6%)	19 (20,0%)	9 (17,0%)	

1: teste qui-quadrado; *: o teste não foi válido; sra: senhora;

(Conclusão)

Fonte: Dados da autora, 2014.

Inicialmente foi questionado se as pacientes sabiam e haviam compreendido o motivo da internação ou o diagnóstico no momento da internação. Encontrou-se que a grande maioria delas, nos três grupos, respondeu que sim, sabiam e compreendiam o diagnóstico/motivo da internação. Porém, diferente das gestantes, algumas pacientes do GGM responderam que não sabiam ou sabiam parcialmente o motivo da internação ou diagnóstico.

Vale ressaltar que apesar de não ter um valor estatístico significativo esse resultado revelou o alarmante fato de que algumas pacientes, mesmo internadas, não sabem ou sabem parcialmente o seu diagnóstico, ou não sabem o motivo de sua internação. Tal fato pode ser representado pelas respostas do grupo GGM, no qual 13,2% (n=7) das mulheres não sabiam por que estavam no hospital. As mulheres sabem apenas porque estão no hospital, que algo não vai bem, mas não sabem precisar o que. Tal fato é muito preocupante principalmente por ser o HUSM um hospital escola onde se deve aprender a ser e atuar como médicos, em âmbito geral, e com visão global das pessoas em seu contexto. Nos dias atuais em que se preconiza uma relação médico paciente (RMP) deliberativa, onde a informação adequada é parte muito relevante, tal fato, principalmente em um hospital escola, é inadmissível. Pode-se ponderar que as pacientes não compreendem adequadamente a informação ou a negam em função de seus mecanismos psíquicos de proteção. No entanto, cabe reforçar que é papel obrigatório do médico fazer-se entender e procurar saber, em contrapartida, se foi adequadamente compreendido. Não importa quanto tempo se mostre necessário para que esse processo ocorra.

Recorda-se que, as equipes médicas que assistem a esses três grupos de pacientes são compostas por médicos, residentes e acadêmicos de medicina. Portanto, são RMP, com equipes médicas distintas para cada grupo de pacientes. No entanto, os princípios das boas práticas médicas devem ser conhecidos, estimuladas e obedecidas por todos desde os que iniciam o seu aprendizado, dentre aqueles que os estão sedimentando e aqueles que já exercem a medicina há mais tempo (COSTA, GARRAFA e OSELKA, 1998; SILVA, 1982; MELLO et al., 2003).

Lembra-se que o Código de Ética Médica na Resolução do Conselho Federal de Medicina nº1.995 de 9 de Agosto de 2012 em seu Artigo número 34 diz que é vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal. Pode, inclusive, acontecer processo e punição se este quesito não for cumprido (CONSELHO..., 2012).

A questão a seguir perguntava se a paciente imaginava o diagnóstico ou o que estaria acontecendo com a sua saúde/gestação antes de receber as informações fornecidas pelo médico. O resultado encontrado mostrou que houve uma associação entre o que respondeu o GOO e imaginar “o que estaria acontecendo ou que iria internar antes do médico informar”. No presente estudo verificou-se que 89% (n=355) das mulheres já tiveram experiência gestacional, por trabalho de parto prévio, e como era esperado, sabiam distinguir melhor as contrações ou dores fisiológicas do trabalho de parto, assim como as perdas líquidas ou fluxo vaginal fisiológicos da rotura da membrana amniótica. Deste modo, pode-se dizer que tinham uma melhor consciência e conhecimento dos motivos da internação (por trabalho de parto) antes mesmo de receber as informações dadas pelo médico plantonista.

O trabalho de parto, na sua fase ativa, dura em média de oito a doze horas. Nesse intervalo de tempo o médico plantonista pode iniciar e manter a RMP, pelo menos durante esse período, principalmente em hospitais públicos (NEME, 2000). Sabe-se que, de modo algum, seria o ideal, tanto para os médicos como para as pacientes, iniciar a RMP durante a fase ativa do parto ou num turno de plantão obstétrico. O melhor para as duas partes seria o conhecimento e a relação prévia de ambos, estabelecida durante o pré-natal ou antes disso. No entanto, dadas as particularidades do sistema público de atendimento, muitas vezes o primeiro contato entre médico e paciente se dá no trabalho de parto. Mesmo assim, a atenção médica e, portanto, os esclarecimentos, as dúvidas e informações a respeito do parto podem e devem ser dadas pelo médico obstetra de plantão. O plantonista deve apresentar-se e, inclusive, dizer o seu nome. Este, mesmo não conhecendo a paciente, não deve se eximir desta responsabilidade e atenção para com a mulher. Acredita-se que mesmo em hospitais públicos esses cuidados são totalmente passíveis de serem atentados (HUMANIZASUS, 2007; BRASIL, 2014b).

Retomando, pode-se dizer que as pacientes supracitadas percebem mais os fatos referentes à sua própria saúde e compreendem melhor as informações médicas sobre momento de internação e diagnóstico de trabalho de parto. De um modo geral, para essas pacientes que internam por trabalho de parto, para realizar o parto normal ou a cesárea é mais lógico e fácil entender que a grande maioria delas responda que sim, sabem o motivo da internação e que já imaginavam o diagnóstico antes mesmo de receber as informações. Isso pode ser comprovado através dos dados descritos na tabela acima.

As exceções a essas circunstâncias são aquelas pacientes que foram submetidas às cesáreas de urgência ou partos precipitados e taquitócito, na qual o médico dispõe de pouco tempo entre o diagnóstico e a realização do procedimento de urgência. Nesse caso é mais

difícil estabelecer uma conversa clara sobre o diagnóstico e/ou motivos da cesariana. Mas nada impede que durante o procedimento a equipe médica ou de enfermagem explique aos familiares o que ocorreu e que, depois de realizado o procedimento na emergência, o médico irá esclarecer de forma pertinente os fatos à paciente e seus familiares.

Esta premissa é bastante elucidativa da maneira como o Estado elaborou suas políticas públicas de humanização através do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituídos pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000. O objetivo primordial do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido (RN) na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

O PHPN fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. Segundo essas diretrizes a humanização compreende, pelo menos, dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o RN. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização do hospital de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher (BRASIL, 2002).

O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiem a mulher nem o RN e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos. Práticas essas são conhecidas na atualidade pelo termo geral de “violência obstétrica” (BRASIL, 2002).

Infelizmente mulheres são diariamente vítimas da chamada “violência obstétrica” em consultórios e hospitais das redes públicas e privadas de saúde. A violência é definida como conduta, ato ou omissão pelo profissional de saúde, na esfera pública e privada, que direta ou indiretamente afeta o corpo e os processos reprodutivos das mulheres. Expressa-se em um tratamento desumanizado, um abuso da medicalização e patologização de processos naturais, trazendo consigo a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, afetando negativamente na qualidade de vida das mulheres (GUERRA, 2008).

Muitas parturientes não sabem dos seus direitos no pré-natal, na hora do parto e no pós-parto e, constantemente, sofrem com agressões físicas ou emocionais por parte dos profissionais de saúde. É considerada violência obstétrica desde a enfermeira que pede para a

mulher não gritar na hora do parto normal até o médico que faz uma episiotomia indiscriminada – o corte entre o ânus e a vagina para facilitar a saída do RN. Apesar de a OMS em 2000 determinar critérios e cautela para a adoção do procedimento, médicos fazem a prática de maneira rotineira. Estima-se que entre 80% a 90% das brasileiras são cortadas durante o parto normal (OMS, 2000).

No presente estudo, no GOO encontrou-se que parto cesáreo representou 69,1% (169) dos partos e o parto normal representou 30,9% (n=76). Desses partos vaginais a episiotomia esteve presente em 40,5% (n=31) e não foi realizada em 59,5% (n=45) dos partos. Proporcionalmente, uma a cada duas mulheres, em trabalho de parto, foram submetidas à episiotomia no HUSM.

Há evidências de que não é necessário mais fazer a incisão de episiotomia rotineiramente nas mulheres. De acordo com a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, divulgada em 2010, pela Fundação Perseu Abramo (VENTURI, BOKANY e DIAS, 2010), reforçando as afirmações anteriores, diz que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto, durante a gestação, em consultas de pré-natais ou no parto, o que representa metade do que se encontrou na presente pesquisa no HUSM. Tais agressões, praticadas por profissionais de saúde, vão de repreensões, humilhações e gritos à recusa de alívio da dor (apesar de medicamento indicado), realização de exames dolorosos e contraindicados, passando por xingamentos grosseiros com viés discriminatório quanto à classe social ou cor da pele (VENTURI, BOKANY e DIAS, 2010).

Como exemplo de omissão de informação e apresentado na tabela 5, houve uma associação significativa entre as respostas das pacientes do GOC e “não imaginar o que estava/estaria acontecendo até receber o diagnóstico médico e a informação de que teria que ficar internada” no HUSM, por doença da gestação. Não importa por quem estas mulheres foram internadas e acompanhadas durante certo tempo. O fato é que vários profissionais as visitaram e examinaram e, ao que parece, mesmo com o passar do tempo, a informação adequada não aconteceu. Faz-se necessário retomar o assunto, discutir os casos, verificar a consciência da paciente sobre o seu processo. Muitas vezes, a equipe médica permanece com a ideia de que a paciente já foi esclarecida por alguém e esse fato, objetivamente, não ocorreu. Assim mantém-se um círculo vicioso de não dar importância a essa questão e a paciente pode permanecer, dolorosamente, em um mundo de dúvidas e fantasias sobre o que lhe ocorre. Às vezes, como ressalta Milan, 2013, muitas vezes a doença nem é tão importante ou grave quanto as fantasias que os pacientes fazem delas e, com isso, precisa-se lidar.

As publicações científicas revisadas que abordam a comunicação interpessoal entre médicos e pacientes revelam a dificuldade dos profissionais para manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe e, conseqüentemente, a segurança do paciente (KILNER e SHEPPARD, 2009; BERRIDGE, MACKINTOSH e FREETH, 2010). Dornfeld e Pedro (2010) demonstraram, igualmente, que dificuldade em comunicação na RMP ocorreu em uma maternidade pública no município de Porto Alegre. Eles apontam que as diferenças hierárquicas, o poder e os conflitos no âmbito da assistência em saúde têm influenciado diretamente no modo como a comunicação se estabelece, fazendo com que as categorias profissionais, especialmente médicos e enfermeiros, atuem em paralelo, em detrimento do trabalho em equipe (DORNFELD e PEDRO, 2011; MANOJLOVICH, 2010). Essa falta de sintonia na comunicação interpessoal pode resultar em danos ao paciente. Além disso, situações como a superlotação e a sobrecarga de trabalho contribuem para que os profissionais comuniquem-se com impaciência tanto entre si, quanto com a paciente (BERRIDGE, MACKINTOSH e FREETH, 2010; DORNFELD e PEDRO, 2011).

Assim como a falta de sintonia na comunicação interprofissional (médico e enfermeiro) pode causar danos à paciente é possível supor que problemas de comunicação entre o profissional e a paciente também possa resultar em danos as mesmas. Especificamente em relação à assistência hospitalar ao processo de parturição a comunicação que se estabelece entre a equipe de saúde e a mulher em trabalho de parto evidenciam, muitas vezes, relações de poder e autoridade em que a mulher é levada a anular-se como sujeito, submetendo-se às decisões do profissional da saúde quanto ao que é melhor para ela e seu RN (DORNFELD e PEDRO, 2011).

Essa maneira intervencionista e impessoal de assistência ao processo de parturição vem sendo bastante questionada nas últimas décadas. Dessa forma, a OMS, assim como outras instituições governamentais e não governamentais, têm se empenhando no sentido de sensibilizar e capacitar os profissionais da saúde que atuam no cuidado ao binômio mãe-bebê para práticas mais seguras e humanizadas (OMS, 1996).

Dessa maneira, estudos que investigam na qualidade da comunicação que se institui entre o profissional da saúde e a mulher gestante em processo de parturição tornam-se importantes. Porém, pesquisas que abordem esse tema são escassas. Supõe-se que uma comunicação efetiva possa transmitir apoio, conforto e confiança, fazendo com que a mulher sintam-se segura e respeitada como pessoa nas suas diferentes dimensões. Esses sentimentos

podem refletir inclusive nas suas atitudes e comportamentos, fazendo com que participe mais ativamente do parto (BRASIL, 2001; MORSE et al., 2006).

Exceções podem ser imputadas às gestantes que não realizam pré-natal adequado ou que apresentam complicações obstétricas que surgem repentinamente durante a gravidez e não procuram o médico e/ou posto de saúde. É importante lembrar que não só os médicos têm deveres com relação às pacientes. Estas também têm deveres de autocuidado e responsabilidades acerca do processo de gestação que vivenciam. Estes, no entanto, e mais uma vez, precisam ser aclarados e reforçados pelo médico assistente.

Informa-se, a título de esclarecimento, que o CO do HUSM atende por livre demanda, em escala de plantão diário e semanal, em todos os turnos e, portanto, realiza diversos diagnósticos clínicos, laboratoriais e ultrassonográficos de gestantes que, quando necessário, internam no HUSM.

Seguindo o questionário sobre a RMP e o momento do diagnóstico foi interrogado para cada paciente se no dia em que ela recebeu o diagnóstico ou informações médicas a respeito da sua saúde se, naquele momento, ela estaria sozinha ou acompanhada de algum familiar ou amigo. Encontrou-se no (GOO) que, apenas, 34,2% (n=81) estavam acompanhadas e que 65,8% (n=156) das mulheres que internaram com o diagnóstico de trabalho de parto estavam desacompanhadas. No GOC, 46,3% (n=44) das pacientes tinham algum acompanhante ao ser-lhe informado o diagnóstico e 53,7 (n=51) estavam sozinhas nesse momento.

Vale dizer que, para aquelas mulheres que internaram para parto, vaginal ou cesariana, foi criada a lei 11.108, em 7 de abril de 2005, chamada de Lei do Acompanhante. Essa lei foi um marco na representação do reconhecimento do bem-estar da parturiente, nas perspectivas da humanização. A intenção foi a de garantir para as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados, após essa lei, a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. O acompanhante, segundo a mesma lei, deverá ser indicado pela parturiente (BRASIL, 2005B).

O direito ao acompanhante, porém, não cabe para as pacientes internadas por doenças ginecológicas ou câncer de mama. Logo, no GGM, 41,5% (n=22) tinham alguém no dia em que recebeu as informações médicas e 58,5% (n=31) das pacientes internadas por patologias não obstétricas estavam sem companhia no momento do diagnóstico. Apesar desses dados

não terem valor significativo (teste qui-quadrado; $P=0,104$), os dados da literatura consultada inferem que a presença de um acompanhante pode auxiliar as pacientes no momento do diagnóstico, na compreensão da patologia, podem oferecer suporte psicológico, auxiliar o enfrentamento da doença e à aderência ao tratamento (BERVIAN e GIRARDON-PERLINI, 2006, BOFF, 2012; HUMANIZASUS, 2007).

Instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), o Humaniza SUS, propõe uma nova relação entre o usuário do SUS e o profissional que o atenderá. A política estimula a implantação de práticas de humanização e a troca solidária de contribuições entre gestores, profissionais de saúde e usuários. O HumanizaSUS também oferece cursos, promove oficinas e certifica experiências de humanização bem-sucedidas. A ideia é trabalhar em parceria para que o SUS seja mais acolhedor, ágil e com locais de prestação de serviço mais confortáveis. Tal política considera o conceito de clínica ampliada como trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade além de defender a inclusão de familiares/acompanhantes como ponto essencial para a concretização dessa proposta (HUMANIZASUS, 2007; LEMOS et al., 2011).

A família, que em geral existe, é o primeiro elemento de apoio do paciente e, muitas vezes, sua ansiedade advém e pode ser agravada por essa separação. A presença dos familiares, bem orientados e conscientes, pode ser um auxílio eficaz às equipes médicas e trazer segurança ao paciente (SANTOS, 1999; LEMOS et al., 2011). Portanto, sempre que possível e o comportamento geral das pessoas o permitirem, a família não deve ser separada do doente e sim ser compreendida como um membro aliado da equipe de saúde atuando como um recurso para ajudar o paciente em sua recuperação através da confiança e do cuidado amplo.

Retoma-se aqui que as pacientes do GGM apresentam-se, como demonstrado no gráfico 3, internadas principalmente por doenças neoplásicas e como demonstrado na tabela 5 pouco menos da metade delas (41,5%) tinham um acompanhante no momento da internação. As doenças, principalmente as neoplasias, por si só, constituem, geralmente, um trauma psíquico para o paciente. Esse é acentuado pelo medo da morte, da incapacitação física, do abandono de suas atividades e de seu lar, no caso de hospitalizações e tratamentos prolongados. A presença da família que auxilia, junto ao paciente – quando esse assim o deseja –, ajuda a minimizar as inseguranças e os temores ocasionados pela ruptura brusca de sua rotina, possibilitando um suporte emocional necessário para que se recupere o mais

rapidamente possível. Esses fatores bem constituídos podem auxiliar na RMP e aderência ao tratamento (LEMOS et al., 2011).

É importante assinalar, nesse momento, que esse processo de boas relações com os familiares é muito importante, mas, nem sempre é fácil de ser conduzido. Às vezes o profissional da saúde ou toda uma equipe se depara com famílias disfuncionais, repletas de problemas que podem, inclusive, desorganizar todo um processo de atenção aos pacientes. Nestes casos, muitas vezes, faz-se necessário recorrer a outros profissionais que podem intermediar a situação ou conduzi-la de forma apropriada (psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, religiosos).

Como se observa até o momento, vários fatores externos e internos influenciam na relação médico paciente. A relação profissional da saúde/paciente está proporcionalmente ligada à qualidade da assistência, isto é, se não há conexão entre os sujeitos, conseqüentemente, não há um bom atendimento. Para que isso ocorra, exige-se do profissional de saúde determinados atributos. Entre estes, de forma geral, inclui-se a empatia – com base na qual o profissional pode identificar as circunstâncias vividas pelo paciente (LEMOS et al., 2011).

Assinalando as demandas relativas à empatia, ao se continuar as questões do protocolo utilizado, perguntou-se às pacientes se o médico(a) foi explicativo(a) e atencioso(a), ao lhe dar o diagnóstico/informações/motivo da sua internação. Lembra-se, como visto na tabela 5 acima, que as pacientes do GOO consideraram que o médico foi explicativo e atencioso para 91,6% (n=219) e 93,7% (n=224) das mulheres desse grupo. Dentre as pacientes da ginecologia e da mastologia (GGM), para 22,2% (n=12) o médico não foi explicativo ao dar informações a respeito do diagnóstico ou motivo daquela internação e, 9,3% (n=5) das mulheres disseram que o médico não foi atencioso. Dessa forma pode-se afirmar que, com valor estatístico significativo para os grupos estudados, o médico foi considerado mais explicativo para as pacientes do grupo das mulheres internadas para parto e para cesárea e, em contraste, foi considerado não elucidativo quando esse grupo foi comparado às pacientes do GGM ($P=0,01$).

Este fato pode estar relacionado com a maior dificuldade e inabilidade que os médicos têm ao serem obrigados a dar más notícias ou notícias difíceis, em especial às pacientes do GGM. Estes profissionais, em geral, imaginam que por exercerem a medicina a habilidade em comunicar notícias já seria uma qualidade “nata”. Ledo engano. A comunicação mal feita, apressada, crua, seca pode ferir imensamente as pessoas e fazê-las regredir, ainda mais em

seus processos de elaboração das mesmas. Bogdan (1994), afirma que sempre é preciso que se seja, na transmissão da informação, honestos, mas nunca cruéis (BOGDAN, 1994).

O termo “má notícia” designa qualquer informação transmitida ao paciente ou a seus familiares que implique, direta ou indiretamente, alguma alteração negativa na vida destes. É importante que seja definido do ponto de vista do paciente: a notícia recebida por este é considerada desagradável em seu contexto (EGGLY, 2006). Como expressou Contardo Calligaris, “é melhor falar logo das coisas mais difíceis de serem ditas, pois quando são silenciadas, elas acabando se vingando, sempre” (CALLIGARIS, 2012).

Dessa forma, embora normalmente associada à transmissão de diagnóstico de doenças terminais, a má notícia pode tratar de doenças e situações menos dramáticas, mas que também podem ser dolorosas e traumatizantes (VANDEKIEFT, 2001). Isso pode significar a necessidade do fornecimento de um diagnóstico de câncer, malformações fetais, óbito fetal, aborto, infertilidade, alterações genéticas, partos prematuros e suas consequências, dentre outras. Com esses elementos em vista, conclui-se que o ato de transmitir notícias difíceis provavelmente estará presente em algum momento da atuação profissional da maioria dos médicos. A literatura oferece algumas orientações gerais sobre como sistematizar a transmissão de uma má notícia, tornando-a menos traumática para o médico e, ao mesmo tempo, focalizando a atenção no paciente (NGO-METZGER et al., 2008).

A maioria dos médicos, no entanto, utiliza sua experiência na prática clínica para decidir como se comportar ao transmitir uma má notícia (BAILE et al., 2002). Sabe-se que o resultado nem sempre é satisfatório. Quando as informações são transmitidas de maneira brusca podem causar um impacto bastante negativo no paciente, que passa a ver o médico como um inimigo e não como um aliado. Quando amenizadas demasiadamente, as informações acerca de um diagnóstico ou de um prognóstico podem promover falsas esperanças e procedimentos desnecessários. Idealmente, o paciente deve ser capaz de compreender sua doença a ponto de participar no processo de decisão acerca de opções de tratamento, por exemplo. Isto reduz o estresse e a ansiedade mesmo em situações difíceis daqueles que estão envolvidos na mesma, seja do lado do profissional da saúde, seja do paciente (PARKER et al., 2001). Isso é o que pode acontecer no HUSM. Os médicos residentes, que estão em formação, não dispõem de cursos ou oficinas de capacitação no tema e isso poderia refletir nos resultados encontrados na pesquisa.

Apesar de ser objeto de estudo em muitos cursos de medicina em âmbito internacional, o tema ainda é pouco abordado por professores e estudantes no Brasil (DÍAZ, 2006; JUCA et

al., 2010; LEITE, CARRARA e COELHO FILHO, 2007). Devido à grande importância do assunto, a área de Humanização do INCA, um dos hospitais referências no país, realizou inúmeras oficinas e, entre outras atividades, o projeto “Atenção ao vínculo e comunicação de notícias difíceis no tratamento”, entre seus profissionais para aclarar e sedimentar esses conhecimentos. Essa capacitação reuniu participantes das cinco unidades do INCA e mais 14 hospitais da Rede SUS no Rio de Janeiro e o projeto já capacitou perto de 500 profissionais da rede hospitalar, desde 2009, tendo como tema central as dificuldades de comunicação de más notícias na prática clínica dos profissionais da saúde (INSTITUTO..., 2010).

Através dessa experiência de capacitação em 2010 foi lançado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) um livro intitulado “Comunicação de Notícias Difíceis: Compartilhando Desafios na Atenção à Saúde”, que versa sobre a temática e que pode ser consultado por todos os profissionais de saúde no país. Esse livro apresenta como proposta, uma mudança da atenção ao cuidado com o paciente pelo profissional da saúde e a uma gestão compartilhada; as situações difíceis enfrentadas pelos profissionais na comunicação com os pacientes e familiares (COMUNICAÇÃO..., 2010).

Pode-se citar que o INCA fez referência e utilizou um protocolo, bastante difundido na atualidade, com foco na comunicação de más notícias: o Protocolo SPIKES (uma metodologia para a comunicação de notícias difícil, desenvolvida pela Universidade do Texas/EUA e do *Sunnybrook Regional Cancer Center*, de Toronto/Canadá). Esse protocolo propõe e descreve seis passos, de maneira didática, para comunicar más notícias. O primeiro passo (*Setting up*) refere-se à preparação do médico e do espaço físico para dar a notícia difícil. O segundo (*Perception*) verifica até que ponto o paciente tem consciência de seu estado. O terceiro (*Invitation*) procura entender quanto o paciente deseja saber sobre sua doença. O quarto passo, em geral considerado mais fácil, (*Knowledge*) será feito através transmissão da informação propriamente dita. Neste ponto, são ressaltadas algumas recomendações, como: utilizar frases introdutórias que indiquem ao paciente que más notícias virão, não fazê-lo de forma brusca ou usar palavras técnicas em excesso, checar a compreensão do paciente. O quinto passo (*Emotions*) é reservado para responder empaticamente à reação demonstrada pelo paciente. O sexto (*Strategy and Summary*) compreende explicar e acordar o plano terapêutico com o paciente e esclarecer, dentro do possível, o que pode vir a acontecer. Isso assinala ao paciente os principais cursos de ação e assegura que quaisquer alterações no rumo previsto, elas serão reveladas e discutidas. Esse modo de conduzir a situação foi desenvolvido por oncologistas, mas pode ser aplicado a

inúmeras situações (BAILE et al., 2000). No HUSM, no ano de 2012, o protocolo SPIKES foi ofertado para todos os médicos residentes do programa de residência médica da ginecologia e obstetrícia.

Dentro do tema de comunicação de notícias difíceis e representado o terceiro passo do protocolo SPIKES, uma das perguntas levantadas pela presente pesquisa referia-se ao fato de que, na maior parte das vezes, os médicos imaginam que os pacientes não querem saber toda ou quase toda a realidade sobre a sua situação. Assim, é costumeiro pensar que seria melhor que o médico omitisse questões relevantes e mais dolorosas sobre a doença às pacientes. Postulavam-se estes fatos em função de patologias mais graves ou de pior prognóstico e que a paciente pudesse ser prejudicada ou ter sua situação agravada pelas informações reveladas. Pôde-se observar, como exposto na tabela 5 acima, e de acordo com ampla literatura a respeito, que a maioria das pacientes, dos três grupos, responderam que preferiam sim, saber tudo sobre seu diagnóstico em 80,6% (n=179), 76,8% (n=73) e 83% (n=44) das pacientes do GOO, GOC e GGM, respectivamente. Isso demonstra o quanto as pessoas que constituíram essa amostra consideram importante o saber sobre si de um modo honesto e cuidadoso corroborando os dados da literatura.

Sabe-se que algumas vezes, no atendimento médico hospitalar, surge o dilema de se dizer ou não a verdade para as pacientes, com o objetivo de preservá-la do impacto e da ansiedade e, principalmente, sobre qual seria a forma mais adequada de oferecer as informações (VISENTIN, 2007). Embora já exista uma série importante de estudos que apontam para uma teoria menos paternalista para abordar esses dilemas, as teorias bioéticas atuais reforçam a questão do estímulo ao desenvolvimento à autonomia do paciente segundo as quais este encontra sim, no geral, estruturas psíquicas e sociais para receber e trabalhar, no contexto interno e externo, com seus diagnósticos nem sempre favoráveis. Ao contrário da teoria paternalística, que visava uma beneficência, favorecer os recursos próprios das pessoas para os enfrentamentos que serão necessários, as fortalece no propósito de afrontar seus problemas e dificuldades (ORTEGA, MURILLO e BARRIOS, 2002; LEÓN, 2004; GONZÁLEZ e MIGUEL, 2012).

Existem inúmeros estudos e cursos, na atualidade, que procuram elaborar e melhorar a comunicação dos profissionais médicos e seus pacientes assim como, oficinas de como comunicar, trabalhar e acompanhar "as más notícias" ou notícias em situações de crise os pacientes e suas famílias, segundo a literatura (GONZÁLEZ e MIGUEL, 2012). Esta é uma habilidade que pode e deve ser desenvolvida, e não negada ou menosprezada pelos

profissionais de saúde, principalmente os médicos sejam esses, profissionais jovens em formação ou profissionais mais experientes.

A não revelação da verdade ou informações pertinentes pode impedir a paciente de tomar decisões importantes sobre o seu tratamento e sua vida pessoal seja em caso de doenças malignas ou benignas. Pois, dependendo do tempo de tratamento, podem requerer uma série de reformulações no cotidiano das pessoas envolvidas. A pessoa doente, em geral, não está só e se faz necessária toda uma reorganização pessoal e familiar para abarcar as mudanças que ocorrerão na falta e no cuidado daquela pessoa. E como demonstrado na tabela 5 acima, a paciente referiu que deseja saber e receber todas as informações pertinentes ao seu diagnóstico.

Assim, não saber a verdade ou uma série de informações necessárias (por exemplo: diagnósticos, tipo e extensão da cirurgia, tempo de internação hospitalar, o uso de medicações e seus efeitos adversos, sobre pré e pós- operatório, etc., tempo de recuperação e reabilitação) pode impedir a paciente e a sua família de se prepararem para o/os tratamento/s, exames diagnósticos, internação, seguimento, consequências e prognósticos que vão advir. Lembra-se que o fato de contar a verdade e informar a paciente de forma calma, parcimoniosa, que pode ser em vários momentos, segundo seu tempo de elaboração – tal ato/fato é um processo e não se dá imediatamente –, significa o reconhecimento de sua autonomia e que a liberdade de participação e escolhas pode prevalecer sobre a fragilidade que a doença pode/pudesse provocar (GOLDIM, 2003).

Quando a comunicação sobre um diagnóstico não é feita correta e adequadamente à paciente, a possibilidade dela participar do tratamento e da tomada de decisões confronta-se com um dos princípios da ética: o da autonomia ferindo-se assim, o respeito às pessoas. Ao abordar esta questão, observa-se que há uma forte tendência em associar a autonomia à noção de dependência social e física. Esta visão contribui para alicerçar atitudes que desconsideram a paciente como participante do processo de vida e adoecimento, e o direito de saber seu diagnóstico, para tomar decisões pautadas na sua autonomia, valores e intenções (GANDOLPHO e FERRARI, 2006).

Circundando a questão abordada referente à revelação do diagnóstico a paciente, alguns fatores devem ser considerados. Dentre eles, a forma, o momento e o local escolhido que são fundamentais para o acolhimento e entendimento das informações que são fornecidas. Deve-se, contudo, observar como a notícia é transmitida. Se for dada de modo abrupto e sem a presença de um médico competente, respeitoso e delicado com a paciente isso pode

repercutir em sérias consequências. Interferindo, substancialmente, na tomada de decisão e compreensão da verdade (VISENTIN, 2007).

Referente ao processo de dar informações cita-se que a forma como ela é fornecida à paciente pode auxiliar na revelação do diagnóstico. Assim as revelações não seriam como comunicações frias de dados e de informações objetiva e, pior ainda, no jargão médico. Dessa maneira a paciente pode ser assistida por algum familiar e até mesmo de outro profissional de saúde durante o processo de revelação do diagnóstico e informações sobre a sua saúde. Estabelece-se assim um vínculo que permite que a mulher possa questionar, possa ser ouvida e atendida de forma clara e verdadeira. Tal fato pode auxiliá-la sobre as decisões referentes a esta nova etapa da vida. Nessa pesquisa, na parte quantitativa deste estudo, encontrou-se, como demonstrado na tabela 5 que, em média, para a grande maioria das pacientes, dos três grupos que disseram que haviam compreendido o diagnóstico, em 94,6% (n=370) referiram que o médico lhes foi atencioso para 93,1% (n=366) e que, portanto, sentiram confiança no seu médico assistente em 91,3% (n=357). Logo, perceberam e referiram ter sido bem informadas e qualificaram a atuação médica para boas ou más notícias como boa. É, portanto, direito da paciente saber o seu diagnóstico, prognóstico e tratamento de uma maneira clara e verdadeira, para que possa tomar suas próprias decisões, exercendo assim o princípio da autonomia (BARCHIFONATAINE e PESINI, 1997).

Muitos profissionais de saúde ao vivenciarem esta experiência ainda se questionam sobre qual a melhor atitude a ser tomada. O posicionamento dos médicos frente a este dilema certamente ainda é maior quando se trata do diagnóstico e prognóstico das mulheres com câncer de mama, câncer ginecológico, principalmente fora de possibilidades terapêuticas ou em casos de malformação, complicações e óbito fetal. Consideram-se, como nos exemplos citados anteriormente, que o momento pode gerar estresse e insegurança, tanto aos profissionais quanto ao paciente (VISENTIN, 2007). Verificou-se neste trabalho, em média nos três grupos, que 59% (n=235) das mulheres disseram terem ficado tristes ou até mesmo choraram quando lhes foi revelada a necessidade de internação.

Portanto, a revelação do diagnóstico pode gerar incerteza para os profissionais da saúde e para as pacientes. Existem fatores que podem aumentar esta insegurança como "a própria doença que interfere na comunicação; o baixo nível de compreensão; o estado emocional e o receio do paciente em perguntar" (SELLI, 1999), critérios estes subjetivos e que não bastam para justificar que o direito do paciente seja ignorado.

Revelar ou não o diagnóstico às pacientes não é uma tarefa fácil, gera dilemas e questionamentos éticos que exigem dos profissionais de saúde uma tomada de decisão. Embora seja uma ação comum na RMP, ainda é um tema pouco abordado para discussão, e quando há a necessidade de fazê-la ocorre, em geral, baseada em experiências e valores pessoais dos profissionais da saúde. Comenta-se que o profissional deve estar preparado para viver esta situação porque comumente convive com ela, e consideram que os pacientes, muitas vezes, esperam que o profissional esteja capacitado para enfrentá-la e saber tomar a atitude correta. A tabela 5 exemplifica algum desses momentos e fatores que podem interferir no momento do diagnóstico e, portanto, refletir na compreensão e, posteriormente, na tomada de decisão da paciente (BARCHIFONATAINE e PESISNI, 1997).

6.2.3 Aplicação do TCLE dentre os grupos estudados

O consentimento informado, também chamado de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), é um dos elementos relevantes da relação médico-paciente. Demonstra se bem aplicado e, antes de qualquer coisa, uma decisão voluntária, realizada por uma pessoa autônoma, tomada depois de um processo informativo e esclarecido, que tem por objetivo a aceitação (autonomia) de um tratamento específico ou experimentação, incluindo um conhecimento razoável sobre a natureza do mesmo, seus riscos e consequências. O consentimento informado vem a ser a justificção eticamente adequada e legítima do ato médico. A outorga oral ou escrita do consentimento informado envolve, em primeiro lugar, uma relação humana dialogante que elimine uma possível atitude arbitrária ou prepotente do profissional da saúde ou do pesquisador (LOCH, 2008).

Essa atitude revela o reconhecimento do paciente ou do sujeito da experimentação como um ser autônomo e digno de todo respeito. A prática desses valores garantiria a convivência justa, pacífica e democrática de qualquer sociedade. Autonomia, liberdade e respeito são direitos fundamentais do ser humano (LOCH, 2008). Com o intuito de verificar como está a aplicação adequada do TCLE no serviço de Ginecologia e Obstetria do HUSM, que é um indicativo de atenção moderna e humanizada, descreve-se os dados encontrados, por grupos, na tabela 6.

Tabela 6 - Dados encontrados sobre a aplicação do TCLE as pacientes internadas no segundo andar do HUSM no período de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014.

Perguntas e respostas	GRUPO			P ¹
	GOO n (%)	GOC n (%)	GGM n (%)	
Perguntaram se a Sra. consentia em realizar a cirurgia sugerida, antes de fazê-la?				
Sim	75 (32,2%)	38 (48,1%)	30 (63,8%)	0,000
Não/Parcialmente	158 (67,8%)	41 (51,9%)	17 (36,2%)	
A Sra. recebeu um documento para assinar, que explicava sobre sua cirurgia?				
Sim	12 (5,0%)	6 (8,1%)	22 (45,8%)	0,000
Não/Parcialmente	224 (95,0%)	68 (91,9%)	26 (54,2%)	
Como a Sra. avalia a aplicação desse documento, em relação à compreensão das informações contidas?				
Insatisfatório/pouco satisfatório	33 (76,7%)	10 (62,5%)	3 (12,5%)	0,000
Satisfatório/muito satisfatório	10 (23,3%)	6 (37,5%)	21 (87,5%)	
Como a Sra. avalia o que médico lhe explicou de como seria o tratamento?				
Insatisfatório/pouco satisfatório	30 (12,9%)	8 (11,0%)	11 (23,9%)	0,006
Satisfatório/muito satisfatório	202 (87,1%)	65 (89,0%)	35 (76,1%)	
Como a Sra. avalia a disponibilidade do médico tirar as suas dúvidas sobre sua doença ou tratamento?				
Insatisfatório/pouco satisfatório	25 (10,4%)	16 (17,6%)	14 (26,5%)	0,001
Satisfatório/muito satisfatório	215 (89,6%)	75 (82,4%)	39 (73,5%)	

1: teste qui-quadrado; TCLE: termo de consentimento livre e esclarecido; sra: senhora;

Fonte: Dados da autora, 2014.

Após a análise dos resultados que estão expostos na tabela 6 se constatou que no serviço de tocoginecologia do HUSM esta é uma prática ainda não valorizada, desconhecida e que quase não se incorporou à rotina dos médicos e do serviço. Observa-se na tabela 6 que houve uma associação estatisticamente significativa entre as pacientes do GOO e o fato de não terem recebido o TCLE na sua forma escrita, nem oral. Para essas pacientes o médico nem perguntou para a mulher se a mesma consentia em fazer a cirurgia proposta (no caso desse grupo: parto normal, episiotomia e cesárea), como também não receberam nenhum documento, por escrito, sobre a realização do procedimento. O mesmo foi observado nas

pacientes do GOC, mas a ausência da solicitação do consentimento para as pacientes do GOC pode ser justificada, pois, muitas vezes a conduta a ser tomada ainda não estava decidida. Essas pacientes gestantes estavam internadas para controle clínico, laboratorial ou ultrassonográfico de patologias clínicas da gestação.

Diferentemente, como demonstrado na tabela 6, para as mulheres do GGM o mesmo ocorreu de forma inversa. Com valor estatístico significativo, houve uma associação positiva entre as pacientes desse grupo e a aplicação do consentimento da paciente, de forma oral e escrita. Essas pacientes relataram ainda que se sentiram satisfeitas com as informações que encontraram no TCLE que receberam.

Recorda-se que o TCLE é um documento que é obtido através de um processo de informação bem realizado, com vista a uma boa compreensão e autonomia dessas e que, ao final, expressa a concordância e ciência da paciente a respeito de sua condição, seus direitos e deveres, intervenções a serem realizadas sejam, diagnósticas, terapêuticas ou cirúrgicas e culmina na sua assinatura. Não tem em si, um valor legal que isenta o médico de qualquer responsabilidade após assinado, mas demonstra e confirma as boas práticas clínicas realizadas. Ressalta-se: não é apenas um papel que deve ser assinado. É um documento que tem um valor moral importante, pois, é obtido após todo o processo de diálogo e esclarecimentos (CUNHA e MATTHEUS, 2000; GHULAM et al., 2006).

Sobre esse processo de diálogo e esclarecimentos, no GGM, como descrito na tabela 6 acima, houve uma associação com valor estatístico significativo que demonstra que apesar de terem sido questionadas sobre o consentimento, recebido o documento e terem ficado satisfeita com as informações contidas nesse documento, as pacientes relataram terem ficado insatisfeita com as explicações médicas de como seria o procedimento. Infelizmente, nessa relação médico paciente o papel, o documento, no caso o TCLE, mostrou-se melhor do que o próprio médico. Além disso, observa-se, com significância estatística, uma insatisfação das pacientes com relação à disponibilidade do médico em tirar e, desse modo, esclarecer suas dúvidas, tanto em relação ao diagnóstico como com relação ao tratamento.

Ressalta-se, mais uma vez, que a obtenção do TCLE é um processo de troca de informações e esclarecimentos e não apenas a obtenção da assinatura da paciente. Garante eticamente que a informação foi dada e compreendida e que a mulher aceita livremente o que lhe foi esclarecido e foi proposto como tratamento. Assim sendo, sugere-se que essa prática passe a fazer parte mais consistente e importante, tanto quanto às questões clínicas, da rotina de atendimento das pacientes nos setores estudados (CUNHA e MATTHEUS, 2000;

GHULAM et al., 2006). Essa boa prática não foi visto nas pacientes do GGM, onde o documento foi entregue para que apenas a paciente pudesse ler e assinar. A mesma sentiu-se satisfeita com as informações do documento, mas ainda havia dúvidas e o médico não se mostrou disponível.

A partir de agora passar-se-á a descrever, analisar e discutir as questões relativas às informações e cuidados ofertados às pacientes durante a internação e os procedimentos realizados (pré, pós-operatórios, exames diagnósticos e procedimentos em internações) que são apresentadas na tabela abaixo.

Tabela 7 - Resultados a respeito das informações médicas sobre cuidados pré e pós-operatórios e exames diagnósticos ofertados para as pacientes internadas no segundo andar do HUSM no período de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014.

Perguntas e respostas	GRUPO			P ¹
	GOO n (%)	GOC n (%)	GGM n (%)	
A Sra. recebeu informações de como seria a cirurgia ao qual foi/será submetida?				
Sim	125 (63,5%)	7 (36,8%)	23 (67,6%)	0,057
Não/Parcialmente	72 (36,5%)	12 (63,2%)	11 (32,4%)	
A Sra. foi informada sobre os cuidados que deveria ter no pré-operatório?				
Sim	141 (62,9%)	13 (40,6%)	23 (69,7%)	0,030
Não/Parcialmente	83 (37,1%)	19 (59,4%)	10 (30,3%)	
A Sra. foi informada com relação às complicações/dores que sentiria no pós operatório/parto?				
Sim	163 (70%)	10 (31,2%)	20 (54,1%)	0,000
Não/Parcialmente	70 (30%)	22 (68,8%)	17 (45,9%)	
A Sra. recebeu informações sobre os exames diagnósticos aos quais foi/será submetida?				
Sim	163 (70,9%)	69 (77,5%)	31 (59,6%)	0,078
Não/Parcialmente	67 (29,1%)	20 (22,5%)	21 (40,4%)	

I: teste qui-quadrado; sra: senhora

Fonte: Dados da autora, 2014.

Analisando a tabela 7 observa-se que as pacientes do GOO e GGM receberam informações sobre as cirurgias ao qual seriam submetidas, assim como informações sobre os

cuidados do pré e do pós-operatório. Diferentemente observa-se que no GOC, as informações sobre interrupção da gestação ainda não haviam sido ofertadas. A justificativa para tal diferença entre os outros dois grupos provavelmente deve-se ao fato de que elas estão internadas por doenças clínicas da gestação.

Vale lembrar que as informações que devem ser necessariamente ofertadas às pacientes não compreendem somente aquelas dos procedimentos cirúrgicos. É importante que se faça também tal processo quando se tratam de exames diagnósticos e terapias clínicas (principalmente quimioterapia) que serão realizados. É relevante que a paciente além de consenti-los esteja ciente a respeito do que se trata. O que se pode dizer, por exemplo, se não existem explicações a respeito de como será realizada uma tomografia, estereotaxia ou mesmo a mamografia? Podem existir temores conscientes ou inconscientes a respeito dos métodos pelos quais se realizam os exames e as pacientes devem ser esclarecidas sobre os mesmos (desconfortos). Com as informações sobre os métodos diagnósticos também se promove aderência aos processos de tratamento e aliviam-se ansiedades. Foi consenso nos três grupos, GOO, GOC e GGM, de que a maioria das pacientes receberam informações a respeito dos exames diagnósticos a qual foram submetidas. Mas no GGM, conforme tabela 7, é importante observar a pequena diferença numérica e percentual que existe entre as pacientes que responderam sim e as que responderam não: nos quesitos informação dos cuidados pós-operatória e exames diagnósticos.

Especialmente no GGM perguntou-se às pacientes sobre o esclarecimento que lhes foi prestado a respeito da utilização da quimioterapia. Os pesquisadores desejavam saber se elas estavam cientes quanto aos métodos, efeitos colaterais, adversos, etc. Assim sendo, dentre as pacientes com câncer de mama ou neoplasias uroginecológicas internadas no segundo andar do HUSM foi questionado se elas haviam recebido informações de forma compreensível sobre a quimioterapia. As mulheres responderam em 77,8% (n=14) que sim, receberam a informação e 22,2% (n=4) responderam que não. Considerou-se elevado o percentual de desconhecimento e mais uma vez, reitera-se que tal dado não condiz com as exigências de aprendizado e de qualidade de atenção que devem ser proporcionados por profissionais de um hospital escola. Nesta questão, muitas pessoas poderiam prestar um auxílio adequado que iriam desde conversas individuais a grupos promotores de esclarecimentos e apoio.

Importante etapa no tratamento das neoplasias, a quimioterapia pode ser aplicada de diversas formas, maneiras, técnicas, períodos de tempo e ciclos conforme cada tipo histológico, grau de invasão, disseminação e *status performance* do paciente. De modo geral e

em nível de baixo grau de conhecimento muitas pacientes sabem que o tratamento com quimioterapia tem efeitos adversos. Desses efeitos o mais conhecido e popularizado é a queda de cabelos. Porém, existem muitas drogas/substâncias utilizadas no tratamento quimioterápico e cada qual apresenta efeitos colaterais peculiares para cada tipo de tratamento e ciclo.

No serviço de Ginecologia do HUSM não é habitual que os médicos desta área discutam sobre a questão da quimioterapia. Em geral, essa informação é ofertada pelo oncologista. No entanto, é ético que o ginecologista que esteja trabalhando na área de oncologia ofereça, igualmente, estas informações ou que elas sejam dadas em pela equipe de saúde em reuniões grupais, como já mencionados. Essas questões serão melhores elucidadas quando forem apresentados alguns dos dados qualitativos, proposta desta pesquisa.

6.2.4 Grau de satisfação das pacientes em relação ao ambiente hospitalar, condições de alojamento, internação e material hospitalar

Embora esse não fosse um foco prioritário da pesquisa, decidiu-se aproveitar o momento de realização das outras perguntas do questionário, para saber o que as participantes do estudo pensavam sobre o local onde procuraram o seu parto ou tratamento para sua doença. O levantamento do Conselho Regional de Medicina, em pesquisa realizada entre os meses de Fevereiro a Abril de 2013, apontou um número preocupante: sete em cada dez emergências dos hospitais públicos do estado de São Paulo têm problemas sérios para o atendimento dos pacientes. Faltam materiais, as equipes médicas estão incompletas e muitos pacientes são atendidos nos corredores. São longas esperas por atendimento, pacientes internados em condições precárias e diagnósticos imprecisos. Corredores lotados de macas com pacientes, algumas colocadas no chão (CREMESP, 2013).

Segundo o levantamento, 57,7% dos hospitais têm macas com pacientes nos corredores. Ao todo, 59,2% têm falta de algum material: por exemplo, a falta de um colar cervical para politraumatizados, que é obrigatório usar quando há suspeita de trauma cervical. E 57,7% dos hospitais estavam com equipes médicas incompletas: faltavam clínicos, pediatras, ortopedistas e cirurgião. Esta é uma realidade que afeta hospitais em todo o Brasil, não somente de São Paulo. A tabela 8 demonstra o grau de satisfação das pacientes frente às condições do local onde estavam internadas (CREMESP, 2013).

Tabela 8 - Demonstração do grau de satisfação das pacientes internadas no HUSM no período de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014, em relação condições de alojamento e material hospitalar.

Perguntas e respostas	GRUPO			<i>P</i> ¹
	GOO n (%)	GOC n (%)	GGM n (%)	
Qualidade dos equipamentos durante internação (cama, lençol, travesseiro, roupa de cama):				
Insatisfatório/pouco satisfatório	4 (1,6%)	5 (5,1%)	1 (1,9%)	0,174
Satisfatório/muito satisfatório	240 (98,4%)	93 (94,9%)	52 (98,1%)	
Disponibilidade de materiais (curativo):				
Insatisfatório/ pouco satisfatório	5 (2,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,256
Satisfatório/ muito satisfatório	213 (97,7%)	73 (99,0%)	44 (100%)	
Espaço físico (tamanho do quarto, banheiro):				
Insatisfatório/ pouco satisfatório	14 (5,7%)	3 (3,1%)	3 (5,7%)	0,595
Satisfatório/ muito satisfatório	231 (94,3%)	94 (96,9%)	50 (94,4%)	

1: teste qui-quadrado

Fonte: Dados da autora, 2014.

Observa-se que, em percentuais, os três grupos classificaram em satisfatório ou muito satisfatório o ambiente hospitalar onde estavam internadas. Poucas mulheres queixaram-se das condições do quarto, do espaço físico desses, da cama, dos lençóis e do banheiro. No entanto, esse grau de satisfação quase completa, pode ser mais bem analisado e qualificado através das entrevistas provindas do estudo qualitativo. Adiantando algum dado qualitativo pode-se dizer que durante a entrevista emergiram algumas queixas quanto à dificuldade de dormir nos quartos.

Durante a hospitalização pode-se dizer que são frequentes as alterações do sono, a insônia, visto que, apesar de as pacientes dormirem um tempo relativamente adequado, podem apresentar dificuldade para iniciar o sono. Esse sono pode ser fragmentado e com interferências – que variam desde fatores ambientais (como barulho), emocionais (ansiedade), patológicos (dor) e das intervenções da equipe de enfermagem – apontados como as principais diferenças entre o sono em ambiente hospitalar e o sono caseiro (SILVA, OLIVIERA e INABA, 2011).

Conforme pesquisa realizada em uma população hospitalar, referente à prevalência dos transtornos do sono, foi constatada que 12,8% dos pacientes queixavam-se de insônia (SOUZA e REIMÃO, 2004). Em outro estudo, de base epidemiológica, com mulheres na pós-menopausa, 81,6% dos entrevistados apresentaram pelo menos uma queixa relativa ao sono, sendo que 52,1% das queixas foram associadas à insônia (CAMPOS et al., 2005).

Frente ao exposto, ressalta-se que medidas terapêuticas e fatores ambientais devem ser direcionados a todas as potenciais causas de transtornos do sono com ênfase na criação de um ambiente favorável que facilite o início do mesmo, diminua o número de interrupções e possibilite a manutenção do ciclo sono-vigília nas pacientes assistidas a fim de auxiliar na obtenção de um sono de qualidade em ambiente hospitalar (BITENCOURT et al., 2007).

Como demonstrado no gráfico 4 a seguir, nos três grupos, de modo geral, houve manifestações de descontentamento e insatisfação com relação à qualidade das refeições hospitalares (12,1%, 18,4% e 7,7% nos grupos GOO, GOC, GOP), com significância estatística. Novamente, antecipa-se aqui, que nas entrevistas qualitativas as insatisfações foram também não somente a qualidade das refeições, mas surgiram reclamações sobre a quantidade de comida, as restrições alimentares erradas (troçadas), os horários e intervalos entre as refeições.

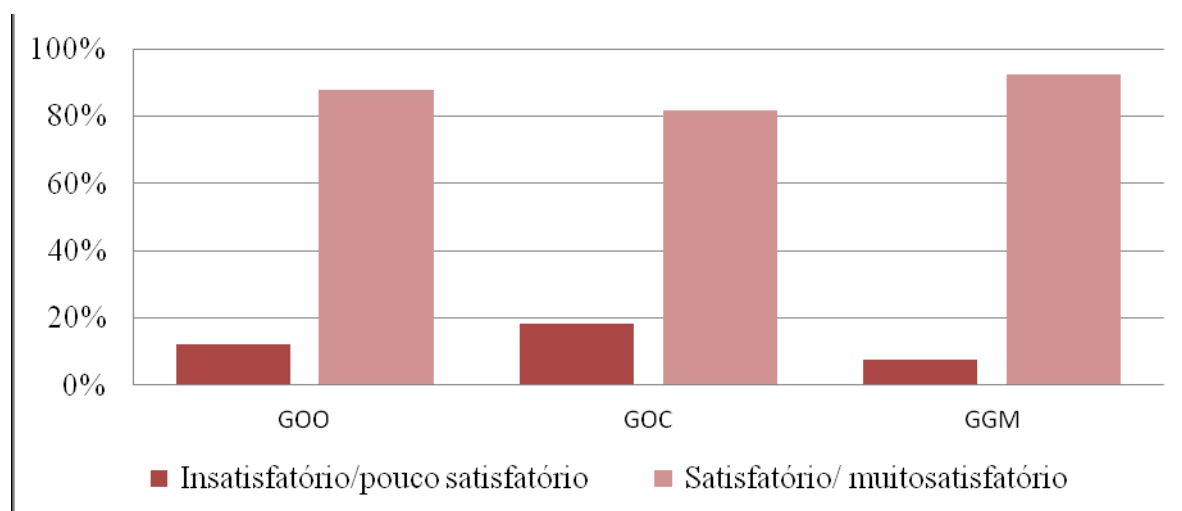


Gráfico 4 – Gráfico demonstrativo da satisfação das refeições do HUSM, por grupo de pacientes com $P=0,02$, Santa Maria/RS, 2014.

6.2.5 O confronto dos dados: as respostas dos questionários pelas mulheres *versus* revisão dos prontuários escritos pelos médicos – “cruzamento de dados”

No final da aplicação do questionário os prontuários médicos foram revisados e os diagnósticos e motivos de internações foram anotados em outro campo específico do instrumento, podendo-se contemplar dois diagnósticos diferentes. Ao término da coleta de dados foi realizado o cruzamento dos mesmos. No presente estudo optou-se por denominar de “cruzamento de dados” a comparação entre o diagnóstico referido pela paciente com as informações médicas contidas no prontuário da paciente. O mesmo foi feito com as pacientes submetidas à cesariana. Questionou-se o motivo da cesárea e no prontuário médico, na folha de descrição da cesárea, retirou-se do campo específico a indicação do procedimento, conforme descrição médica. Assim, foram encontrados dois subgrupos de pacientes: o subgrupo das que informaram corretamente, com as suas próprias palavras, o mesmo motivo e diagnóstico que se encontrou registrado no prontuário; o outro subgrupo constituiu-se de pacientes que informaram motivo ou diagnóstico contrário/diferente ao que estava no prontuário. Desse cruzamento de dados obteve-se que 75,7% (n=301) dos diagnósticos referidos pelas pacientes estavam de acordo com o descrito no prontuário (na tabela 9 abaixo nominada por “informação correta”). Contudo, 24,3% (n=96) das participantes do estudo referiram diagnósticos diferentes do que estavam registrados em seu prontuário (na tabela 9, nominadas de “informação discordante”).

Detalhadamente, como apresentado na tabela 9 abaixo, e seguindo a proposta do presente estudo, esses cruzamentos foram comparados por grupos: GOO, GOC e GGM.

Tabela 9 - Tabela com dados referentes à conferência por grupo, do diagnóstico dito pela paciente internadas no HUSM, em comparação com as informações no prontuário (cruzamento de dados), por MEEM, no período de Outubro de 2013 a Janeiro de 2014.

Perguntas e respostas	GRUPO			P ¹
	GOO n (%)	GOC n (%)	GGM n (%)	
Cruzamento de informações: conferência prontuário vs. informações dita pela paciente:				
Informação correta	165 (67,3%)	90 (91,8%)	46 (85,2%)	0,000
Informação discordante	80 (32,7%)	8 (8,2%)	8 (14,8%)	
MEEM*				
Normal	189 (77,1%)	86 (87,8%)	38 (70,4%)	0,025
Alterado	56 (22,9%)	12 (12,2%)	16 (29,6%)	

1: teste qui-quadrado; *:corrigido pela escolaridade; sra: senhora;

Analisando o conhecimento do diagnóstico por tipo de pacientes, em áreas separadas (obstetrícia operatória, obstetrícia clínica e ginecologia mastologia) encontrou-se uma associação entre as pacientes do GOO com as “informações discordantes” e também uma relação positiva para as pacientes do GOC e as “informações corretas”, do cruzamento de dados, com significância estatística ($P=0,000$).

Como demonstrado na tabela 9, acima houve uma associação com significância estatística entre as pacientes do GOO e a informação discordante. Deste modo, as pacientes pós-parto, cesárea e parto normal, informaram incorretamente (ou não sabiam informar) o motivo da internação/diagnóstico do que constava no prontuário. Em uma primeira vista esse resultado encontrado não parecia ser condizente, pois, questionou-se de que maneira uma paciente que realizou parto normal informou ao pesquisador uma informação diferente do que encontrado no prontuário se o principal diagnóstico foi o próprio parto?

Dessa maneira, faz-se relevante apresentar, através do gráfico 5, apenas dentro do GOO, uma análise estatística com os resultados do cruzamento de dados e a via de parto.

Como já apresentado, as pacientes do GOO são exclusivamente pacientes no período puerperal, ou seja, são mulheres ou no pós-parto vaginal ($n=73$), ou pós-parto cesárea ($n=164$). Conforme descrito no gráfico 5 abaixo, das pacientes que foram submetidas ao parto cesáreo 90,7% ($n=68$) informaram o diagnóstico de forma discordante do que constava no prontuário. Dessa maneira, no GOO, as pacientes submetidas à cesariana não souberam informar corretamente os motivos da cesárea ou os motivos da internação, de forma correta.

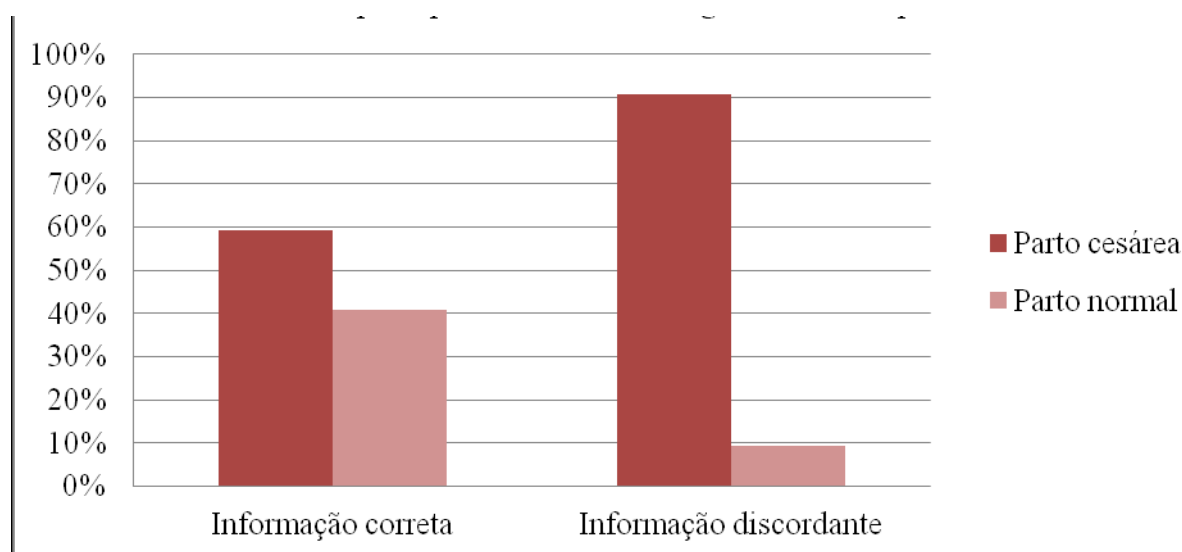


Gráfico 5 – Dados referentes à coerência do diagnóstico ao serem comparadas as informações no prontuário e as ofertadas pelas pacientes GOO, segundo a via de parto, Santa Maria/RS, Outubro 2013 a Janeiro 2014.

E como se esperava 40,7% (n=66) das pacientes que teve parto normal o diagnóstico/motivo da internação foi dito corretamente, como constava no prontuário. As que tiveram partos sabiam do processo ao qual foram submetidas. Mas, infelizmente, aquelas que fizeram cesarianas não souberam relatar, como descrito na indicação da cesariana na folha de descrição cirúrgica, os motivos/indicação da sua cesárea ($P=0,000$). Isso reflete uma importante falha de troca de informação dos médicos para com as pacientes. Não é incomum, nas consultas de pré-natal, a mulher que não sabe explicar o porquê ou o motivo da cesárea a que foi submetida na gestação anterior. O médico, ao que parece, apenas entra no bloco cirúrgico, realiza o procedimento e sai, sem explicar com clareza os motivos da cesariana. O fato de a paciente questionar o motivo da cesárea não significa que ela irá discordar do procedimento. Mas isso talha por completo o direito da paciente à autonomia. E o fato dela não saber o porquê se submeteu a um procedimento cirúrgico, não isento de riscos, mostra a quão fraca e falha é a relação médico paciente para essas mulheres. Falta diálogo, respeito, atenção e informação sobre seu processo de saúde-doença e representa um descumprimento e um desrespeito com os direitos éticos da paciente.

Para essas pacientes com informação discordante, procurou-se através da análise de dados, variáveis com análises estatísticas significativas que pudessem justificar ou estar associada ao fato da paciente não informar corretamente o motivo da internação/diagnóstico, pois o mesmo não conferia com informações médicas registradas no prontuário.

Uma dessas variáveis e processo importante da coleta de dados, o MEEM, foi realizado para tentar, como um teste simples, identificar pacientes com capacidade mental reduzida: seja pelo baixo nível de escolaridade, seja por alteração sensorial do paciente (por exemplo: *delirium* ou depressão maior). Como visto na referencial teórico o MEEM é um teste para o exame do estado mental, simples, de rápida aplicação e passível de reaplicação. Desde sua publicação inicial o MEEM tornou-se importante instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo. Dispensa material complementar e conhecimento especializado, de modo que, pode ser utilizado por profissionais não-médicos. Além de ter sua confiabilidade confirmada em diversas comparações com outros testes é um teste amplamente utilizado em todo o mundo (BERTOLUCCI et al., 1994).

Exemplo disso é um estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre em 2009 que tinha como objetivo avaliar o efeito independente e suas interações da idade, sexo e nível educacional em uma análise multivariada sobre os escores do MEEM em uma amostra saudável. Com 1.553 participantes selecionados aleatoriamente, esses sujeitos eram

totalmente independentes, não-dementes e tinham idades que variaram entre 20 e 92 anos (KOCHHANN et al., 2009).

Nesse estudo a idade foi dividida em estratos diferentes: jovens adultos (20 a 40 anos), a meia-idade (41 a 65 anos) e idosos (≥ 66 anos). Os jovens adultos representaram 36% (n=559) da amostra e obtiveram escore em média de 27,6 pontos (DP \pm 0,16) do MEEM. Os participantes de meia-idade representaram também 36% (n=565) da amostra e tiveram escore MEEM em média de 27,2 pontos (DP \pm 0,11). Um efeito significativo na interação entre educação e idade foi observado ($P=0,003$). Os participantes com maiores níveis de escolaridade apresentaram escores do MEEM mais elevados do que os outros. Os adultos mais jovens apresentaram escores do MEEM superiores aos demais grupos etários anos (KOCHHANN et al., 2009).

Por grupo de pacientes, e como demonstrado na tabela 9, houve uma associação estatística positiva entre as paciente gestantes, do GOC, e o valor de MEEM normal. Mas não houve associação entre o MEEM alterado e a informação discordante, em nenhum dos três grupos.

Entretanto, ao analisar-se separadamente e não por grupo de pacientes, não houve associação significativa entre o MEEM alterado e a conferência do diagnóstico ($P=0,306$). Observou-se, entretanto que 80,1% (n=242) dos pacientes com MEEM normal disseram corretamente o diagnóstico/motivo de internação, de acordo com informações contidas no prontuário. Das pacientes com MEEM normal, houve as que informaram diagnóstico/motivo de internação diferente do que constava no prontuário médico em 19,9% (n=60) dos cruzamentos. Das pacientes com MEEM alterado observou-se que 75,3% (n=73), apesar de apresentarem MEEM alterado, disseram corretamente o diagnóstico/motivo de internação ao serem conferidas com as informações contidas no prontuário médico. As pacientes com MEEM alterado, 24,7% (n=24) dos diagnósticos ditos não conferiram com o que estava registrado no prontuário.

Assim sendo, classificando-se através de suas escolaridades com os valores de pontos obtidos e o cruzamento de dados, pode-se dizer que o MEEM não demonstrou influenciar quando realizado o cruzamento que proporcionava a conferência dos diagnósticos. Pode-se inferir, possivelmente, que o fato da paciente não estar bem informada sobre o seu diagnóstico e motivo de internação está provavelmente relacionado à oferta inadequada de informações pelos médicos e não na capacidade mental e de compreensão das mesmas. De toda a literatura revisada e consultada, e por meio da análise dos resultados encontrados, esses dados alertam

para uma importante falha na RMP: a falta de atenção, a falta de informação e cuidados, que não apenas técnicas, que foram inadequadas e/ou insuficientes.

6.3. Resultados, análise e discussão: parte qualitativa.

Certos aspectos que os pesquisadores buscaram estudar nessa dissertação eram mais complexos e necessitaram de um enfoque mais profundo para compreender uma realidade vivenciada pelas pacientes. Desta forma, optou-se por utilizar como métodos um estudo quantitativo para verificar alguns fenômenos e um estudo qualitativo para verificar outros. O objetivo foi a complementaridade proporcionada pelos dois estudos realizados, igualmente importantes. Para tal, realizaram-se dez entrevistas com mulheres internadas na unidade de ginecologia e obstetrícia do HUSM. Esclarece-se que a escolha das participantes foi intencional e o número de participantes no total se deu por saturação. Nessa parte da pesquisa, relatar-se-ão apenas algumas das categorias encontradas baseadas nos eixos norteadores principais: “a (des)informação no atendimento e a relação médico paciente: o vínculo (in)existente” e “qualidade da internação”.

6.3.1. A (des)informação no atendimento e a relação médico paciente: o vínculo (in)existente

Primeiramente demonstrar-se-á o quadro 1 que representa parte das participantes da pesquisa qualitativa e descrição dos motivos de internações.

Pa	Paciente com câncer de mama e que realizou quimioterapia neoadjuvante e pós-mastectomia.
Pb	Paciente internada aguardando cirurgia ginecológica para correção de prolapso/distopia urogenital e a cirurgia foi cancelada pela terceira vez.
Pc	Paciente no pós-parto normal com episiotomia.
Pd	Paciente com câncer de mama, pós-mastectomia radical com esvaziamento axilar.
Pe	Paciente gestante na terceira gestação, hipertensa e diabética internada para controle glicêmico.
Pf	Paciente gestante na primeira gestação, internada para investigar pré-eclâmpsia.
Pg	Paciente que pós-parto cesárea teve crise convulsiva; internada para investigar eclampsia.
Ph	Paciente nuligesta, internada pós-cirurgia de câncer de ovário.
Pi	Paciente com câncer de mama, pós-mastectomia, pós-quimioterapia e radioterapia, internada para investigar provável metástase.
Pj	Paciente no pós-parto cesárea, por ruptura prematura de membranas; internada aguardando tratamento do recém-nascido com antibiótico.

Quadro 1 - Quadro demonstrativo do grupo de participantes da pesquisa qualitativa e o motivo de internação.

Inicialmente pôde-se perceber o pensamento das pacientes com relação “a (des)informação no atendimento” e a falta de atenção, diálogo e explicações por parte dos médicos, através das seguintes falas expostas abaixo:

A gente pode até reclamar, tá, eu sei que o médico¹ trabalhou ontem o dia inteiro. Hoje ele/ela teve folga, a gente entende. Mas eu gostaria que os médicos né, descem nem que seja aquela visitinha: - ó, tudo bom, como é que tá? Porque isso te dá uma segurança, te dá satisfação. Eu acho que poderia né, nem que seja sabe, falar rapidinho. Eu sei que são bastante pacientes, eu até entendo. Mas não justifica né. (Ph).

Eu fui primeiro no doutor(a) X1 pra ele me dar o encaminhamento, pro(a) doutor(a) X2. Aí eu fui, eu consultei com o doutor X2, aí ele pegou, me fez uma biópsia no consultório mesmo, só que ele não me falava nada, ele só dizia que era comum nódulo. (Pa).

Eu acredito que todos os médicos deviam fazer isso aí, não deixar a paciente na dúvida. (Pa)

Seguem abaixo relatos de diferentes mulheres que se manifestam sobre a mesma temática e as mesmas dificuldades.

¹ Muitas vezes o(a) médico(a) assistente foi denominado em geral como “o médico”. No entanto tal fato pode designar profissionais do sexo masculino ou feminino, para proteção do anonimato.

Eu cheguei aqui pra fazer minha primeira consulta com ele/ela, e na época eu tava com minha mãe internada no hospital, em coma. Ai ela/ele queria um exame pra ontem, só que o exame tinha que ser assinado e carimbado por uma pessoa aqui do hospital, só que essa pessoa tava de férias. E eu peguei e disse: - doutor(a), a pessoa está de férias, como é que?... Ele/ela olhou pra mim e disse assim: - te vira! É pra ontem! Eu digo: - doutor(a), eu tô saindo daqui agora, eu estou indo viajar, minha mãe está morrendo. Ela/ele disse: - problema é teu! E ele/ela ainda pegou e disse assim ó: - te vira. A tua vida é tua! Eu fiz duas quimioterapias, abandonei em três meses o meu tratamento. (Pa)

Olha, antes, porque assim eu vou te contar bem, o que eu falei pra eles, porque ela/ele sempre tem uma coisa que ele/ela nem olha pra pessoa. Ele/ela não examina, e às vezes tu pergunta as coisas e ela/ele não responde. Ai não sei se é uma secretaria dele (médico residente) lá que me examinou tudo; ai eu vi quando ela falou pra ele e ele não responde nada. E ficou. Esse aqui mesmo já tava ficando grande né. (Pi)

A mesma paciente fala sobre as sessões de quimioterapia que fez, antes da cirurgia, e relata a falta de informações, atenção, esclarecimentos e diálogo da/do(s) médicos(as) sobre a quimioterapia e os seus efeitos adversos. Deprendem-se dos discursos abaixo as falhas contínuas e persistentes na parte da consulta médica que precisa enforçar e esclarecer todos os processos diagnósticos e terapêuticos, que serão realizados, os modos como serão feitos, seus riscos, benefícios e efeitos colaterais. Nota-se a ignorância das mulheres com relação aos procedimentos aos quais serão submetidas e um desrespeito às pessoas no desincentivo na promoção de sua autonomia perante a sua situação.

Ele/ela não me disseram nada. Nada. Primeira vez que eu fui fazer (quimioterapia), Deus me livre. Foi o dia que eu fiquei mal. Tinha vontade de sair correndo de todos aqueles aparelhos, de tão ruim que eu fiquei. (Pi)

Só mandou eu fazer (quimioterapia). Ele/ela é um(a) médico(a) assim, todo mundo diz que é um(a) médico(a) muito bom/boa, mas ela/ele não conversa com o paciente, nem examina, nem responde às perguntas. Até eu disse que se ele/ela não me tratasse bem que eu ia trocar de médico! (Pi)

Não tem como ela/ele tratar a gente assim, nem olha, nem nada! (Pi)

Olha, não, o doutor X1 não me explicou nada! A/o doutor(a) agora veio ali e me disse que acha que eu vou ter que fazer quimioterapia por causa desse nódulo aqui, que se não ele vai crescer mais, foi só o que ela/ele disse. (Pi)

A paciente Pi ainda descreveu como foi a internação para investigar a provável metástase e novamente notou-se que a mesma não recebeu as informações relevantes sobre os exames que realizou durante a sua internação. Infelizmente, verifica-se a continuação e manutenção da desinformação, forte mantenedora das angústias, medos, fantasias que podem

levar a paciente à importante sofrimento psicológico. Compara-se o dito com as falas abaixo discriminadas:

Olha, ontem eu fiz raio-x e tirei sangue, nem sei para que. (Pi)

Não. Não me falou nada! Não sei nada dos resultados! (Pi).

Tu pergunta uma coisa dr(a) X2 nem levanta a cabeça, ela/ele fica de cabeça baixa. Nem responde. (Pi)

Os relatos acima são de pacientes que estavam internadas por câncer. A paciente Ph foi submetida à laparotomia exploradora para retirada de massa ovariana que, posteriormente, confirmou-se como carcinoma endometrióide de ovário. As pacientes Pa e Pi estavam em tratamento por câncer de mama.

O câncer é uma doença que traz muitas mudanças para a pessoa que passa por essa experiência, tanto físicas como psicológicas, causando transtornos para a vida desses pacientes (ANDERS e BOEMER, 1995). A palavra câncer tem sido interpretada de várias formas. Esse termo pode ser definido como um tecido celular, cujo mecanismo de controle do crescimento normal está alterado, dando lugar ao seu crescimento permanente ou, então, como uma doença que tem início quando uma célula torna-se anormal devido à transformação por mutação genética do DNA celular, que começa a proliferar-se anormalmente (LORENCETTI e SIMONETTI, 2005). Em nossa sociedade, o câncer continua sendo uma enfermidade muito importante, tanto qualitativa como quantitativamente. Os pacientes com suspeita de câncer passam por uma série de testes diagnósticos, variando de acordo com o tipo. Os objetivos dos tratamentos possíveis podem incluir a erradicação completa da doença maligna, sobrevida prolongada e contenção do crescimento das células cancerosas, ou alívio dos sintomas associados ao processo canceroso. Podem também ser empregadas outras modalidades de tratamento, incluindo cirurgia, radioterapia e quimioterapia (SMELTZER e BARE, 2002). Os pacientes tratados com a radioterapia e/ou a quimioterapia podem experimentar diversos efeitos colaterais como dor, fadiga, alterações cutâneas, perda da autoestima e confiança, mudanças na mobilidade e sensação no lado afetado, choque emocional, confusão, ansiedade, angústia, medo, sentimentos de isolamento e mudanças na rotina (POROK et al., 1998).

Apesar dos avanços obtidos no conhecimento sobre essa doença e seu tratamento, o simples fato de se utilizar a palavra câncer para designar um conjunto de patologias tumorais já indica a necessidade da integração entre os vértices psicológicos e médicos, pois se observa

enorme conteúdo emocional ligado à ideia e à palavra câncer (FERREIRA, 1996). É comum a associação do câncer como uma doença fatal, vergonhosa e comumente considerada como sinônimo de morte, o que contribui para que as pessoas mantenham sentimentos predominantemente pessimistas sobre a doença (BRASIL, 1995). Todo esse contexto da doença propriamente dita e do tratamento pode gerar estresse, trazendo sinais e sintomas como: apatia, depressão, desânimo, sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, raiva, ansiedade, irritabilidade (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

A assistência do médico, através de diálogo aberto e troca de informações, ao paciente canceroso e familiar consiste em permitir a todos verbalizar seus sentimentos e valorizá-los; identificar áreas potencialmente problemáticas; auxiliar os pacientes e familiares a identificarem e mobilizarem fontes de ajuda, informações, busca de soluções dos problemas; permitir tomadas de decisões sobre o tratamento proposto e levar a pessoa ao autocuidado dentro do possível (BRASIL, 1995). Quando esse diálogo não ocorre, a relação médico-paciente fica prejudicada e isso reflete negativamente no tratamento e no enfrentamento da doença pelas pacientes, que são no final, duplamente vítimas desse processo.

Em uma das falas da paciente Pi, internada para investigar metástase, quando a mesma foi questionada sobre a relação dos nódulos com o câncer, a mesma demonstrou não saber do diagnóstico de metástase. Mesmo internada, até o momento da entrevista nenhum médico havia lhe dado o diagnóstico:

Não sei se foi hoje ou ontem que ela/ele falou, acho que foi ontem (sobre os exames realizados); vão fazer um exame pra ver se não tem outro nódulo, em outro lugar do corpo né, sei lá. Foi o que ele/ela falou. E pra ver se, eu não sei né?! Eu acho que seja os nervos. Porque eu tava tomando aquele remédio sabe. (Pi)

Levando em consideração as falas das pacientes, percebeu-se a necessidade de adaptar-se as informações de acordo com as individualidades das entrevistadas no decurso do problema enfrentado (VIEIRA e QUEIROZ, 2006). Reforça-se, com base em achados e nas afirmações de Bergamasco e Ângelo (2001), a importância de os profissionais de saúde irem ao encontro das necessidades informativas e educativas das mulheres para facilitar no enfrentamento da doença e restaurar um senso de normalidade e independência física. Acreditando que as informações sobre o procedimento cirúrgico e tratamento clínico (quimioterapia e radioterapia) seriam fornecidas a todas as pacientes, por isso alguns relatos chamaram a atenção quando as mulheres disseram não terem sido informadas. De tal situação pode-se pensar em três possibilidades: a orientação não está sendo transmitida de maneira

compreensiva; ou o momento não está sendo oportuno para a recepção, para a compreensão e assimilação das informações; ou ainda a divergência na transmissão dessas informações está sendo causa de dúvidas no processo de adoecimento das mulheres.

Não se pode deixar de considerar que a falta de informação e de suporte profissional podem contribuir enormemente para a divergência e disparidade nas informações (MAKLUF, DIAS e BARRA, 2006). Na luta pela vida, encontrou-se, entre as entrevistadas, uma participante que por dificuldade de dialogar com o(a) médico(a) abandonou o tratamento quimioterápico do câncer de mama, mesmo frente à possibilidade de uma terapia curativa. Tal relato deixa subentendido o desejo da entrevistada de, junto ao médico(a), ser respeitada e esclarecida, ter um tratamento humanizado e, assim, serem eliminadas todas as questões relacionadas ao câncer, não havendo mais necessidade de se preocupar com a doença. Achado semelhante foi relatado por Vieira e Queiroz (2006) e por Bergamasco e Ângelo (2001).

A participação da paciente na opção pelo tratamento pode funcionar como ajuda na elaboração do problema e possibilitar o fortalecimento interno necessário para o enfrentamento da doença (BERVIAN e GIRARDON-PERLINI, 2006).

Um exemplo de informação incompleta observa-se através das falas de outra paciente, com câncer de mama que internou para realização de mastectomia e que demonstrou muito receio em ter recidiva local do câncer. Por isso a paciente optou e pediu que o médico que retirasse então toda a glândula mamária, mesmo tendo possibilidade de realizar uma cirurgia mais conservadora. Observa-se que a paciente tinha medo de que a cirurgia conservadora não fosse capaz de remover todo o tumor. Esclarecimentos são necessários e, às vezes, o profissional deve lançar mão de outros métodos explicativos que não somente a sua fala. Pode utilizar-se de livros textos demonstrativos, matéria atual na internet, sugerir conversas com outras mulheres que, no mesmo estágio da doença, optaram por tratamento conservador. Com isso deseja-se enfatizar que adquirir confiança das pacientes, dirimir os seus medos, pode levar algum tempo. Esse tempo, dentro de certos limites, é prudente, pois favorece o amadurecimento da ideia, fantasias e dúvidas que a mulher tem sobre a sua doença e seu tratamento. Nada é automático e de resolução imediata nesses processos decisórios e definitivos. Há extrema necessidade de que a equipe de saúde desenvolva esse senso e habilidade de aguardar o tempo oportuno de cada pessoa para a absorção interna de sua nova realidade e abrupta mudança de vida (HAGUETTE, 1995; VALANIS e RUMPLER, 1985).

Sobre o tema acima se pode exemplificar com o texto abaixo, onde a paciente não foi adequadamente esclarecida sobre a eficácia e benefícios de um tratamento menos agressivo.

Às vezes, para não “perder” tempo com muitas explicações (necessárias) os/as médicos(as) optam por simplesmente seguir o que “prefere” a paciente. Tal fato constitui-se em maleficência e não é beneficente, pois não promove e incentiva a autonomia e liberdade que são obtidas, nesse caso pela informação relevante que traz poder de decisão.

Não foi, porque eu disse pra ele/ela, que se é pra correr risco mais tarde né, ficar de fazer tudo de novo, então, tira, então, a mama toda! (Pd)

O desejo da paciente, na tomada de decisão e tratamento do câncer de mama sempre é levado em consideração e esse medo da doença pode ser até irreal levando em conta as proporções que as pessoas dão ao seu processo de adoecimento. Ressalta-se que em alguns desses casos, onde a cirurgia conservadora é possível, o papel do médico é explicar claramente e proporcionar confiança para a paciente, de que aquela opção de tratamento cirúrgico que está sendo ofertado é um tratamento seguro e eficaz. É relevante lembrar e inclusive incluir no TCLE escrito e oral de que a mastectomia radical aumenta tempo cirúrgico e, portanto, os riscos do procedimento. Desta forma cumpre-se os requisitos de aclarar para as pacientes os riscos e benefícios de cada tratamento a curto e a longo prazo (CONSELHO..., 2004).

Em conclusão, por meio dos relatos analisados nessa categoria da pesquisa qualitativa, constatou-se que a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes não vem acontecendo de maneira eficaz e sim normativa e generalizadamente. Torna-se necessária uma melhora desse processo, através da elaboração de um consenso entre os profissionais para que as orientações sejam transmitidas de maneira clara, objetiva e coerente. É fundamental levar em consideração que a compreensão da paciente frente ao que escutou trará, com alta probabilidade, consequências de uma série de mudanças e limitações tanto na vida pessoal quanto profissional, social e familiar (PASCOAL et al., 2010).

A dificuldade de dialogar também foi relatada não apenas pelas mulheres internadas por causa neoplásica. Gestantes, mulheres no período puerperal (pós-parto normal e pós-parto cesárea) e com doença ginecológica relataram problemas durante a internação com relação à falta de diálogo, a falta de informações e esclarecimentos. Ao invés de receber uma informação médica, clara e objetiva, algumas relataram, como observa-se nas falas e expressões abaixo, terem recebidos, inclusive, informações emitidas de forma agressiva.

Eu entendi assim né, que eu vi ali, eu... dr(a) X4 pessoalmente não falou pra mim né, assim, os cuidados depois de, nem sei né, os cuidados (pós-operatório), eu não sei, eu li no papelzinho ali, a cirurgia, os órgãos, né como é que X4 ia...né, fazer (Pb).

Não, a(o) dra(o). X3 só falou comigo uma vez, e... uma vez pra me xingar. Ah eu chorei muito na hora. Porque ela/ele disse assim pra mim: - é depois vai te nascer um neném com sobrepeso que vai vir a óbito por que não tá acostumado a sobreviver num ambiente sem açúcar. Acho que isso aí ele/ela não precisava ter falado. (Pe)

A dra. X3 é querida mas ela é fechada né. A dra X4 é meio brutona com a gente. (Pe)

É. E ela/ele é meio fechada. Não explicou nada. Nada! Nada!

Uma paciente, jovem, no pós-parto normal com episiotomia, relatou através da frase abaixo, não ter recebido informações e orientações sobre os cuidados pessoais que deveria ter com a episiotomia.

Não falaram nada. Nada de nada. (Pe)

Interpretou-se que muitas das pacientes que estão internadas por doença na gestação que precisam ficar internadas no hospital por tempo maior e precisam geralmente realizar diversos exames e/ou procedimentos, poucos são esclarecidas sobre o motivo, finalidade e resultado dos mesmos.

Eu sou curiosa, eu pergunto, por exemplo, ontem fui fazer ultrassom com doutor(a) X6, tudo eu tava perguntando. Mas que nem agora eu fiz um ecocardiografal aí o(a) doutor(a) X7 não me falou nada né. Perguntei se estava tudo bem, mas ele/ela não falou nada, disse que ia pra pasta o resultado. Então a gente fica né. (Pe)

É, acho que do profissional, porque, só de não dar mais atenção. Porque sabe a gente fica ansiosa, não sabe o que está acontecendo não entende, né. Às vezes eles falam aqueles termos técnicos. (Pe)

É a dra. X6 não conversa muito. As enfermeiras que mais me explicavam. (Pg)

O familiar não pode ficar ali, então tu fica sozinha (sobre a cesariana). (Pg)

Só o que foi dito: - ela é prematura, ela pode morrer. Ela falou assim na minha cara. Só que ele/ela não teve aí, tu vê a pessoa sofrendo ali, a gente às vezes precisa de uma palavra, e ela/ele é muito seca, muito, muito, muito. Ele/ela entrou e fez a cesárea, quieta, calada, não falou nada: - oh, coisa boa, uma menina, tudo bem... Minhas outras foram diferente, não foi assim. (Pg)

Ela fez a cesárea calada, ela não me disse assim, deu tudo certo, deu coisa errada. A dra. X5 não me deu uma palavra, aí depois eu fui e perguntei pra enfermeira, pra uma enfermeira que tem lá. E a enfermeira, ela disse: - deu tudo certo, né. Mas nem

pelo menos dissesse: mais ou menos. Oh, nasceu bem, assim, tá tudo bem, não sei o que; mas a dra. X5 não me disse nada, nada.. Eu achei isso aí estranho, a gente tá ali, só. eu acho a dra. X5 muito fria. Acho a dra. X5 muito seca pra falar bem a verdade. (Pg)

Tá. Ai o anestesista me refez (teve que repetir o procedimento anestésico) a anestesia tá; ai ele disse assim, olha a frase do anestesista: - hoje não é o meu dia, hoje tá dando tudo errado. Ele disse assim. Ai ele foi botar um negócio no lixo e não caiu no lixo, ai ele disse: - até isso não tá dando certo. Ai eu disse, ai o Senhor, tu não me assusta. Eu disse pra ele! (Pg)

Em estudo, realizado em 2005, sobre comunicação em ambientes hospitalares, destacou-se as deficiências nesse processo em confronto com o atual formato do contato médico-paciente (NASSAR, 2005). Meyer (2002), médico francês, relata o esgotamento de tais relações destacando a falta de diálogo e até mesmo de contato pessoal entre ambos, numa situação em que, inegavelmente, pratica-se o jogo de poder pela detenção do conhecimento. Sela-se, assim, uma situação de relacionamento unilateral onde o médico determina condutas de tratamento e o paciente simplesmente aceita-as, acreditando ser o melhor para si.

Há que se destacar que quando o cidadão procura um serviço público de saúde sempre está presente o encontro de duas culturas diversas: a do próprio cidadão, com sua percepção sobre o seu estado de saúde segundo seu repertório sociocultural, e a do médico, com seus conhecimentos técnicos. Nessas disputas de interesses “o poder” e “o saber”, que inclui conhecimento e informações, são faces de uma mesma moeda. Considera-se ainda o direito dos cidadãos preconizado pela Constituição Brasileira de 1988 e pela “Carta de Direitos do Cidadão do SUS”, onde se afirma que todo cidadão tem direito a compreender todo e qualquer tratamento a que é submetido e ter esclarecidas todas as alternativas terapêuticas, para poder tomar decisão sobre o seu tratamento. Cada vez mais, o acúmulo de força política está relacionado à capacidade de apropriação de conhecimentos e informação, que amplia o potencial argumentativo em espaços conquistados de participação, aqui entendida como o “espaço público” teorizado por Habermas (HABERMAS *apud* ROMANGNOLLI, 2010).

Trata-se, portanto, mais do que ter acesso a informações. É apropriar-se de todo o seu potencial informativo intrínseco para o exercício completo da cidadania na relação entre cidadãos e serviço público de saúde. Consideradas tais necessidades, interessa-nos as ações em comunicação pública nessa relação, na qual a assistência personalizada e o diálogo são primordiais, já que a mediação humana é um salto de qualidade para que haja interação entre serviços públicos de saúde e o cidadão, tornando-se estratégica ao próprio processo de luta pela democratização e acesso à saúde (ROMANGNOLLI, 2010).

Não incomum e fruto da falta de diálogo e informações, cada vez mais pacientes e familiares procuram a ouvidoria do HUSM para tentarem sanar essa deficiência. A Ouvidoria do Hospital Universitário atua como a voz do cidadão junto aos serviços da instituição. O objetivo é buscar uma solução para os conflitos existentes entre os usuários e as unidades de atendimento do Hospital Universitário, visando ao entendimento das partes e o completo atendimento para as necessidades dos clientes. Atuando desde setembro de 2007 já prestou inúmeros atendimentos. O trabalho da ouvidoria dirige-se tanto a familiares e pacientes, quanto aos funcionários do HUSM, sejam eles técnico-administrativos, profissionais da saúde, terceirizados, ou outros.

A Ouvidoria atua de segunda à sexta, no turno da manhã, e recebe reclamações, sugestões, elogios e agradecimentos via e-mail, carta, fax ou no próprio serviço, localizado ao lado da portaria central do HUSM. Após, as reclamações, sugestões, elogios e agradecimentos são encaminhados aos setores e/ou responsáveis para que tenham oportunidade de enviar seus esclarecimentos aos cidadãos. Além disso, a Ouvidoria atua na mediação de conflitos na relação usuário x Instituição, buscando a prevenção de possíveis situações jurídicas.

Um dos casos citados acima, da paciente Pg, seus familiares utilizaram esse serviço quando receberam a notícia que a paciente teria alta hospitalar, sem receber a avaliação de um neurologista e sem as informações adequadas à respeito do diagnóstico. Após o contato e registro da queixa, a paciente realizou uma tomografia de crânio e foi avaliada por um neurologista na tentativa de elucidar a causa das crises de convulsões que a pacientes sofreu.

É. Não era da eclâmpsia. Não era. Ai eu perguntei, o que é? Ai ela disse: - só um neuro vai falar. E me deu alta. Ai minha família não aceitou. Como eu ia dar alta se não fui avaliada por um neurologista?! E ai foi um estresse todo e ai agora o neuro veio falar comigo. (Pg)

Lá no CO eu avalio péssimo, achei assim, péssimo. Ai agora com a história do neuro, que veio me avaliar, eu achei bom, eu achei que ele não ia vir, porque meu irmão foi lá na direção, e ninguém sabia o nome dele, e ninguém sabia nada dele. (Pg)

Porém, infelizmente, como pode-se observar através da fala acima essa atitude por parte da paciente e seus familiares mostra como é frustrante, para ambos, a falta de diálogo, quando ocorre apenas uma conversa rápida e ineficaz por parte dos médicos. Essa percepção corrobora os dados teóricos levantados no trabalho sobre a influência de políticas administrativas na prática profissional dos trabalhadores, em que a grande demanda de pacientes e o tempo reduzido de consultas acabam por moldar a relação entre profissionais e

usuários, o que consolida um diálogo insatisfatório para ambas as partes e o jogo do poder pela detenção do conhecimento (MEYER, 2002; NASSAR, 2005).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho dedicou-se a avaliar uma das situações mais comuns na vida de qualquer cidadão: o diálogo que se estabelece com trabalhadores em saúde quando esse cidadão, acometido por um desequilíbrio em seu estado físico e emocional, procura um serviço público de saúde em busca de atendimento e alívio para seus males e angústias. Nesse encontro, conforme afirmado anteriormente, está presente uma relação de dominação histórica, característica dos serviços públicos de saúde desde sua criação. Tal momento é descrito, por autores revisados no presente trabalho, como um relacionamento unilateral, pautado pelo discurso do profissional de saúde, que determina condutas de tratamento com base em seu repertório técnico e sua visão do estado de saúde do paciente. Por sua vez, o paciente acaba aceitando essas condutas, frequentemente sem questionar, devido à relação de dominação social representada pela diferença de repertório técnico e sua fragilidade física e emocional.

Nessa pesquisa, encontrou-se que pacientes internadas no setor de GO do HUSM eram mulheres, que estiveram internadas por diversas situações e doenças (ginecológica, oncológica e obstétrica). A idade média das mulheres que estavam internadas era de 27 anos, a renda média foi de um a três salários mínimos e a maioria das mulheres era casada (ou união consensual). Essas mulheres estavam internadas por pós-parto, cesárea ou vagina 61,4% (GOO), por doenças da gestação 24,8%; (GGC) e em tratamento por doenças neoplásicas 8,5% e ginecológicas 5,3% (GGM). As pacientes provenientes de Santa Maria totalizaram 67% dos casos.

Através da pesquisa quantitativa verificou-se que 95,3% das pacientes referiram estar satisfeitas com as informações médicas prestadas e ofertadas, considerando-se que a maior parte delas internaram para realizar parto normal/cesárea, o que se constitui, na realidade, no tipo de atendimento predominante do serviço. Entretanto, dentre aquelas pacientes que estiveram internadas por doenças da gestação, oncológicas ou para cirurgias eletivas ginecológicas referiram estar menos informadas e conscientes a respeito dos processos de doença pelos quais passavam.

Verificou-se que houve diferenças na compreensão das pacientes dos motivos de sua internação. Obviamente, aquelas que internavam para parto, com ou sem experiência prévia, estavam mais bem equipadas informativamente em relação ao motivo pelo qual necessitaram

de internação. No entanto, as mulheres portadoras de doenças clínicas da gestação, oncológicas e com doenças ginecológicas sabiam menos sobre a sua condição de saúde ou doença que as outras. Houve, dentre essas, um percentual menor de mulheres que disseram ter sido bem orientadas.

Observou-se que a maioria das gestantes, quando vieram avaliar se estavam em trabalho de parto, estava desacompanhada e internaram dessa forma. Entretanto, dentre as pacientes com doenças ginecológicas ou mamárias e doenças da gestação uma maior parte estava acompanhada num momento do seu diagnóstico e /ou internação.

Como uma importante proposta dessa pesquisa verificou-se que as pacientes obstétricas, que vieram para parto, em geral (92%), referiram que o profissional da saúde, médico ou médica, que as atendeu, foi empático, explicativo e atencioso no seu comportamento. Esse percentual foi menos expressivo nas pacientes com doenças ginecológicas e da gestação. Este fato pode estar relacionado com a maior dificuldade e inabilidade que os médicos têm ao serem solicitados a dar más notícia ou notícias difíceis, em especial no setor da oncologia.

No seguimento da observação do cumprimento dos objetivos propostos concluiu-se que é rara, esparsa, não efetiva, ocasional a participação das pacientes no processo de tomada de decisões dos seus processos saúde-doença. Esta, seguindo os modelos atuais de deliberação e com ênfase à autonomia e liberdade das pessoas, encontra-se, no contexto estudado, num estágio evolutivo precário. Tal fato foi corroborado através do desconhecimento do processo de obtenção do TCLE por parte dos médicos e de falta de informação das pacientes sobre a importância do documento, como demonstram os dados da tabela 6. Evidenciou-se que quando o TCLE foi aplicado este procedimento foi realizado de maneira mecânica, sem orientação suficiente apontando a busca, simplesmente, da assinatura da paciente. Essa forma de aplicação do documento não abarca nenhum valor, pois se distancia das prerrogativas para os quais o TCLE deve ser responsabilmente utilizado. Essa prática necessita ter o seu foco esclarecido e valorizado, e uma vez cumprida essa etapa sua aplicação precisa ser realizada de modo consciente e eficaz.

Seguindo nessa linha de pensamento, alcançar os objetivos propostos, verificou-se que quando se realizou o confronto da informação referida pelo paciente através do questionário e a checagem desta no prontuário, houve informação coincidente em 75,7%. Considera-se esse percentual pouco satisfatório. Em um hospital escolar, de nível terciário e referência regional, esperavam-se pacientes conscientes e muito bem informados.

As novas perspectivas vinculadas com doenças neoplásicas e malignas estimulam as pessoas, apesar de insegurança e do medo, a enfrentar melhor as suas verdades. Deste modo, coincidente com este aspecto da modernidade, 81% das mulheres referiram querer saber realisticamente as informações sobre a sua doença. Estariam os médicos que as assistiram preparados para ofertar notícias difíceis? Observou-se que existe uma fuga do agir correto, por parte dos médicos, em relação a essas situações. Houve referência a dificuldades por parte desses no manejo dessa situação.

Levando-se em conta o estudo qualitativo, elucidou-se com maior profundidade o pensamento e a percepção de algumas mulheres sobre os mesmo elementos acima mencionados. Esta pesquisa demonstrou com maior ênfase e mais liberdade de expressão que muitas vezes o que é respondido em um questionário fechado, que traz possibilidade de respostas fechadas e não elucida um fenômeno em sua completude e complexidade. Muitas mulheres, ao expressarem-se mais livremente, ofertaram percepções às vezes opostas àquelas ofertadas no questionário. Relataram diversas vezes sentirem-se tristes e desvalorizadas como seres humanos pelos médicos e pelas médicas que as deveriam cuidar de um modo amplo e educado.

Como expresso na discussão, ressalta-se que tal fato é muito preocupante, principalmente, por ser o HUSM um hospital escola onde se deve aprender a ser e atuar como médicos, em âmbito geral, e com visão global das pessoas em seu contexto. Nos dias atuais em que se preconiza uma relação médico paciente (RMP) deliberativa, onde a informação adequada é parte muito relevante, tal fato, principalmente, em um hospital escola, é inadmissível. Pode-se ponderar que as pacientes não compreendem adequadamente a informação ou a negam em função de seus mecanismos psíquicos de proteção. No entanto, cabe reforçar que é papel obrigatório do médico fazer-se entender e procurar saber, em contrapartida, se foi adequadamente compreendido, não importando quanto tempo se mostre necessário para que esse processo ocorra.

Essa pesquisa mostrou que as mulheres internadas, apesar de elogiarem a internação, o atendimento, a qualidade do serviço, em diversos momentos queixaram-se de falta de informação, falta de disponibilidade médica e tinham dúvidas sobre a internação/tratamento. Observou-se até mesmo que algumas pacientes tinham concepções erradas a respeito dos motivos de sua internação/diagnóstico/tratamento.

Perguntou-se, após a análise dos resultados: porque elas não sabiam corretamente o diagnóstico/motivo da internação? Porque elas tinham tantas dúvidas? Especula-se que possa

ter alguém (médico) pensando e decidindo por elas, tomando as condutas sem consultá-las. A paciente internada no HUSM foi, em alguns casos, um objeto passivo dessas decisões médicas.

De um modo geral, todas as pacientes desejavam saber, ser atendidas, ouvidas, respeitadas e principalmente queriam ser informadas. Elas se mostraram capazes de compreender o que lhes poderia ter sido dito, independente da sua escolaridade. Desse modo, é importante lembrar e reafirmar as palavras de vários pesquisadores nessa área e, de certo modo, reconduzir a prática médica na RMP, de forma efetiva, delicada e sensível.

Através da análise desses dados sugere-se para melhoria do atendimento e serviço a criação de uma rotina no serviço da aplicação do TCLE, para todas as pacientes, especialmente as pacientes da área da obstetrícia. Para treinamento e aperfeiçoamento profissional sugere-se a leitura de material sobre relação médico-paciente, oficinas e grupos de treinamento médico, em especial para os médicos residentes.

Como disse Sigmund Freud (1856 - 1939) “a ciência moderna ainda não produziu um medicamento tranquilizador tão eficaz como o são umas poucas palavras bondosas”.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC nº 38**. De 04 de junho de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. FAGUNDES, M. J. D.; , Paula Simões, ASSIS, R.R.L. de (Orgs.). **Educação e informação em saúde**. Caderno de Textos Acadêmicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

ALMEIDA, O.P. Mini-Exame dos estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 56, n. 3B, set. 1998.

AMERICAN College of Obstetrics and Gynecology. **Ethics in obstetrics and gynecology**. 2nd ed. Washington (DC), 2004.

ANDERS, J.C.; BOEMER, M.R. O contexto de um setor de radioterapia sob a perspectiva da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 16, n.1/2, p. 88-93, 1995.

ANDRADE, L.H.S.G. de; VIANA, M.C; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, 2006.

ATRASH, H.K.; ALEXANDER, S.; BERG, C.J. Maternal mortality in developed countries: not just a concern of the past. **Obstetrics & Gynecology**, v. 86, n.4, p. 700-705, 1995.

AVELAR, A.M.A. et al. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 15, n. 1, p.11-20, fev. 2006.

BAILE, W. et al. Oncologists' Attitudes Toward and practices in Giving Bad News: An Exploratory Study. **Journal of Clinical Oncology**, v. 20, n.8, p. 2189-96, 2002.

BAILE, W. et al. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **The Oncologist**, v. 5, n. 4, p. 302, 2000.

BARBOSA, R.C.M.; XIMENES, L.B.; PINHEIRO, A.K.B. Mulher mastectomizada: desempenho de papéis e redes sociais de apoio. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 1, p.18-24, 2004.

BARCHIFONATAINE, C.P.; PESINI, L. **Problemas atuais de bioética**. 4a ed. São Paulo: Loyola, 1997.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BELFORT, P. Mortalidade materna e qualidade de vida. **Ginecologia e Obstetrícia Atual**, v. 6, n. 3, 2000.

BERGAMASCO, R.B.; ÂNGELO, M.O. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 3, p. 277-82, 2001.

BERRIDGE, E.J.; MACKINTOSH, N.J.; FREETH, D.S. Supporting patient safety: examining communication within delivery suite teams through contrasting approaches to research observation. **Midwifery**, v. 26, p. 512-9, 2010.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria**, v. 52, n.1, p. 1-7, 1994.

BERVIAN, P.I.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Ijuí, Rs, v. 52, n. 2, p.121-128, 2006.

BITENCOURT, A.G.V. et al. Análise de estressores para o paciente em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 1, p. 53-9, 2007.

BOFF, L. **O cuidado necessário**. Na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Portugal: Porto Editora, 1994.

BOOG, M.C.F. Dificuldades Encontradas por Médicos e Enfermeiros na Abordagem de Problemas Alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 12, n.3, p. 261-272, Set./Dez., 1999.

BOYACIYAN, K.; CAMANO, L. O perfil dos médicos denunciados que exercem ginecologia e obstetrícia no Estado de São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 3, p.144-7, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério, assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DataSUS**. Banco de dados. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 10 fev. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Lei 11.108/2005. Capítulo VII. Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 abr. 2005b.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico**. 2. ed. revisada e atualizada. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168 p.

BRASIL. **Código Civil**. LEI 10.406/2002. Lei ordinária que institui o Código Civil. Brasília/DF, 10 jan. 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em <http://censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em 01 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, n. 86, 8 de maio de 2014b.

BRUCKI, S.M.D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivo de Neuro-psiquiatria**, v. 61, n. 3-b, p. 777-781, 2003.

BRUSA, M. **Igual podría no estar aquí contándolo: percepción del proceso de información de adolescentes con cáncer**. 2005. (Tesis Doctoral) – Universidad Complutense, Facultad de Medicina, Madrid, 2005.

CALLIGARIS, C. [Entrevista disponibilizada em 22 de setembro de 2012, a Internet]. 2012. Disponível em: < <http://blog-psique.blogspot.com.br/2012/09/se-voce-encontrar-alguem-disposto.html>>. Acesso em: 27 jun. 2014.

CAMARGO, T.C. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer. **Revista Latinoamerica de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 1, p.18-24, 2003.

CAMPOS, H.H. et al. Prevalência de distúrbios do sono na pós-menopausa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 12, p. 731, 2005.

CHERY, A. et al. Knowledge And Misconceptions Of University Students: 1971 Vs. 1984. **Journal of Nutrition Education**, Berkeley, v.19, n.5, p.237-241, 1987.

COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS: Compartilhando Desafios na Atenção à Saúde. **Instituto Nacional de Câncer**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**. Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.995 de 09 de agosto de 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Cadernos de Ética em Pesquisa**. Nº 13. Publicação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde, mar. 2004.

COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

CREMESP. Ética em ginecologia e obstetrícia. 3ª ed. Coordenação Cristiano Fernando Rosas. **Caderno Técnico**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2004, 141 p. Disponível em:

<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes&cod_publicacao=24>.

Acesso em 5 mai. 2010.

CRUM, R.M. Et al. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. **The Journal of the American Medical Association**, v. 269, p. 2386-2391, 1993.

CUNHA, S.P.C.; MATTHEUS, A.C.S. **Consentimento Informado em Ginecologia e Obstetrícia e Mastologia**. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 2000.

D'ORSI, E. et al. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. 2006. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 10, p. 2067-2078. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/05.pdf>> Acesso em 27 set. 2012.

DÍAZ, F.G. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. **Medicina Intensiva**, v. 30, n. 9, p. 452-9, 2006.

DIRETRIZES DAS DOENÇAS HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GRAVIDEZ. FEBRASGO. Disponível em: <http://www.amb.org.br/projeto_diretrizes/hiperte1.pdf> Acesso em 14 mai. 2005.

DORNFELD, D.; PEDRO, E.M.R. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 190-8, abr./jun. 2011. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a05.htm>. Acesso em 12 jun. 2014.

DUARTE, T.P.; ANDRADE, Â.N. de. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia**, Vitória, v. 8, n. 1, p.155-163, 2003.

EGGLY, Y. S. et al. Discussing Bad News in the Outpatient Oncology Clinic: Rethinking Current Communication Guidelines. **Journal of Clinical Oncology**, v. 24, n. 4, p. 716-9, 2006.

FAGUNDES, M.J.D. et al. **Educação e informação em saúde**. Caderno de textos acadêmicos. Instituições de Ensino Superior participantes da Fase IV do Projeto de Monitoração de Propaganda de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária. Local da publicação: Editora, 2011.

ESTIMATIVA 2008: Incidência de Câncer no Brasil. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil)**. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

ESTIMATIVA 2010: incidência de câncer no Brasil. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil)**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

ESTIMATIVA 2012: incidência de câncer no Brasil. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil)**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

FERREIRA, M.L.S.M.; MAMEDE, M.V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 3, p.299-304, 2003.

FERREIRA, M.L.S.M. O câncer e o doente oncológico segundo a visão dos enfermeiros. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 42, n. 3, p. 161-70, 1996.

FREITAS, P.F.; BEHAGUE, D. Brazil's culture of caesarean births. **Health Exchange**, v.10, p. 8-9, 1995.

FREITAS, P.F. et al. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/26296.pdf>>. Acesso em 27 set. 2012.

GALLEGRO, S. La relación médico-enfermo ante los avances científicos: perspectivas de futuro. **Revista de Administración Sanitaria**, v. 4, n. 3, p. 107-21, 2002.

GANDOLPHO, M.A.; FERRARI, M.A.C. A enfermagem cuidando do idoso: reflexões bioéticas. **Mundo Saúde** (1995), v. 30, n. 3, p. 398-408, 2006.

GASPARELO, C. et al. Percepções de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 535-542, 2010.

GHULAM, A.T. et al. Patients' Satisfaction With the Preoperative Informed Consent Procedure: A Multicenter Questionnaire Survey in Switzerland. **Mayo Clinic Proceedings**, Zürich, Switzerland, v. 81, n. 3, p.307-312, 2006.

GOLDIM, J.R. **Relação profissional-paciente idoso**. 2000-200. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/relido.htm>>. Acesso em 20 nov. 2006.

GONÇALVES, S.R.D.O.S.; ARRAIS, F.M.A.; FERNANDES, A.F.C. As implicações da mastectomia no cotidiano de um grupo de mulheres. **Revista da rede de enfermagem do nordeste**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p.9-17, 2007.

GONZÁLEZ, S.; MIGUEL, A. **Bioética en Ciencias de la Salud**. 1ª ed. Elsevier-Masson, 2012.

GRAUDENZ, M.G. **Princípios da relação contratual entre o médico e a paciente**. Revista Femina, v. 35, n. 4, jun. 2007.

GUERRA, G. B. Violência Obstétrica [Editorial]. **Revista de la Facultad de Medicina**, Venezuela, v. 31, n. 1, p. 5-6, 2008.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

HILL, K.; ABOUZAHAR, C.; WARDLAW, T. **Estimates of maternal mortality for 1995**. [boletim]. WHO, v. 79, p.182-193, 2001.

HOUAISS, A. M. S. V. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. 3 ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HUMANIZASUS. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

HUMANIZASUS. **Visita-aberta e direito a acompanhante**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

HUSM NA SUA DIMENSÃO. Serviço de Estatística do HUSM. **Publicação Interna**. Santa Maria/RS: HUSM, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Prevenção e Controle de Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 3, p. 3317-332, 2002.

JUCA, N.B.H. et al. A comunicação do diagnóstico sombrio na relação médico-paciente entre estudantes de medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 57-64, 2010.

KAPPAUN, N.R.C.; FERREIRA, M.E.C. A Imagem Corporal de Mulheres Mastectomizadas. **Hu Revista**, Juiz de Fora, v. 34, n. 4, p.243-248, dez. 2008.

KFOURI NETO, M. **Responsabilidade Civil do Médico**. 3ª ed. São Paulo: RT, 1996.

KILNER, E.; SHEPPARD, L.A. The role of teamwork and communication in the emergency department: a systematic review. **International Emergency Nursing**, v.18, p. 127-37, 2009.

KOCHHANN, R. et al. Avaliação dos escore do Mini-Exame do Estudo Mental de acordo com diferentes faixas de idade, escolaridade e sexo, em uma grande amostra brasileira de sujeitos saudáveis. **Dementia & Neurophysichologia**, v. 3, n. 2, p. 88-93, jun. 2009.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress appraisal and coping**. New York (USA): Springer Publishing, 1984.

LEAL, M. C. **Pesquisa nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**. [Entrevista]. Maio de 2014. Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/index.php/29-nascer-no-brasil/sobre-o-projeto/1-destaque>. Acesso em 09 jun. de 2014.

LEITE, A.M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J.M. **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007.

LEMOS, C.C.L.A. et al. A representação social dos auxiliares e técnicos de enfermagem sobre acompanhantes de pacientes internados no serviço de clínica médica. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 10, n. 1, p. 35-43, 2011.

LEÓN VÁZQUEZ, F.; GALÁN CORTÉS, J.C.; SANZ RODRIGO, C. Repercusión en atención primaria de la ley 41/2002 de autonomía del paciente, información y documentación clínica (II). **Atención Primaria**, v. 33, n. 1, p. 28-30, 2004.

LOCH, J.A. **Bioética, Interdisciplinaridade e prática clínica**. Porto Alegre: EDIPUC-RS, 2008.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LORENCETTI, A.; SIMONETTI, J.P. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, novembro-dezembro, v. 13, n. 6, p. 944-50, 2005.

LOUREIRO, R.A. et al. Depressive and anxiety symptoms among patients admitted to a Gynecology Ward. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo**, v. 57, n.1, p. 26-9, 2012.

LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n.4, p. 712 -9, 2006.

MAKLUF, A.S.D.; DIAS, R.C.; BARRA, A.A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 52, n.1, p. 49-58, 2006.

MARTINS, C. et al. **Perspectivas da Relação Médico-Paciente - 30 Anos**. Reedição Ampliada 1970-2010. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MALDONADO, M.T; CANELLA, P. **A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia**. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu, 1981.

MANOJLOVICH, M. Nurse/physician communication through a sensemaking lens: shifting the paradigm to improve patient safety. **Medicine Care**, v. 48, n. 11, p. 941-6, 2010.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de História Oral**. 3ª ed. São Paulo: Loyola, 2000.

MELLER, F.O.; SCHÄFER, A.A. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3829-35, 2006. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a18v16n9.pdf> >. Acesso em 11 set. 2012.

MELLO, E. D. et al. Desnutrição Hospitalar cinco anos após o IBRANUTRI. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v.18, n.2, p.1-10, 2003.

MELO, E.M. et al. Mulher mastectomizada em tratamento quimioterápico: um estudo dos comportamentos na perspectiva do modelo adaptativo de Roy. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Fortaleza, v. 48, n. 1, p.21-28, 2002.

MEYER, P. **A irresponsabilidade médica**. São Paulo: Editora Unesp, 2002.

MILAN, B. **Carta ao filho - Ninguém ensina a ser mãe**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 2013.

MORAES, A.B.; JACOBI, L.F.; ZANINI, R.R. Estatística. **Caderno Didático**. Centro de Ciências Naturais e Exatas. Departamento de Estatística. Núcleo de Estatística Aplicada da UFSM. Santa Maria: Editora UPFM, 2009, p. 93-95.

MORSE, J.M. et al. Beyond empathy: expanding expressions of caring. **Journal of Advanced Nursing**, v. 53, n. 1, p. 75-87, 2006.

MOURA, F.M.J.S.P. et al. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. **Esc Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Vitória, v. 14, n. 3, p.477-484, set. 2010.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 4, p. 415-25, 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n4/v11n4a08.pdf> >. Acesso em 27 set. 2012.

NASSAR, M. R. F. Comunicação e humanização: a reconstrução do relacionamento médico-paciente como critério de qualidade na prestação de serviço. In: XXVIII Congresso Brasileiro em Ciência da Comunicação - UERJ. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 5 a 9 set. 2005, Rio de Janeiro, RJ. **Anais...** CD-ROM. Rio de Janeiro: set 2005.

NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL (NHMRC). **Guidelines for the Development and Implementation of Clinical Practice Guidelines**. 1ª ed. Australian Government Publishing Service: Canberra, 1995.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

NGO-METZGER Q. et al. End-of-Life Care: Guidelines for Patient-Centered Communication. **American Family Physician**, v. 77, n. 2, p. 167-74, 2008.

NOMURA, R.M.Y.; MIYADAHIRA, S.; ZUGAIB, M. A interface do Direito com a Medicina. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, Abril 2010.

OLIVEIRA, D.C. A função social da fisioterapia no tratamento de mulheres mastectomizadas. In: IV CONGRESSO Internacional De Pedagogia Social, 2012. **Anais...** São Paulo: Associação Brasileira de Educadores Sociais, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Genebra: **OMS**, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Gerenciando complicações na gravidez e no parto: um guia para as parteiras e médicos. Genebra: **OMS**, 2000.

ORTEGA, C.G.; MURILLO, V.C.; BARRIOS, J.A. **Ley básica reguladora de La autonomía del paciente y de derecho y obligaciones en materia de información y documentación clínica**. Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Punta de Europa. Cádiz: Universidad de Cádiz, 2002.

PARKER, P.A. et al. Breaking Bad News About Cancer: Patients' Preferences for Communication. **Journal of Clinical Oncology**, v. 19, n. 7, p. 2049-56, 2001.

PASCOAL, C.K.P. et al. Estudo qualitativo com mulheres submetidas à BLS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 2, p. 219-226, 2010.

PATAH, L.E.M.; MALIK, A.M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 185-94, 2011.

PEDRO, A.O. et al. Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, fev. 2003.

PEIXOTO, C.R. et al. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 171-177, abr./jun. 2012.

PINHEIRO, C.P.O. et al. Participating in a support group: experience lived by women with breast cancer. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 4, p.733-738, ago. 2008.

POROK, D. et al. Predicting the severity of radiation skin reactions in women with breast cancer. **Oncology Nursing Forum**, v. 25, n. 6, p. 1019-29, 1998.

PRADO, P.R. et al. Caracterização do Perfil das Mulheres com Resultado Citológico ASCUS/AGC, LSIL e HSIL segundo Fatores Sociodemográficos, Epidemiológicos e Reprodutivos em Rio Branco/AC, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 471-47, 2012.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. Dossiê Mortalidade Materna. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiémortmaterna.html>>. Acesso em 15 mar. 2005.

ROJAS, L.M. **Más allá del 11 de septiembre**. La superación del trauma. Madrid: Espasa Calpe, 2002.

ROMANGNOLLI, M. **O diálogo entre trabalhadores em saúde e usuários: análise do processo de comunicação praticado em um hospital público sob a ótica das tensões sociais**. 2010. 207 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação Midiática)—Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, FAAC/UNESP Bauru-SP, 2010.

SANTOS, S.S.C; LUIZ, M.A.V. **A relação da enfermeira com o paciente cirúrgico**. Goiânia: AB; 1999.

SEIDMAN, S.F. Professional misconduct and ethics. **Clinics Perinatology**, v. 34, n. 3, p. 461-71.2, 2007.

SELLI, L. **Bioética na enfermagem**. São Paulo: UNISINOS, 1999.

SILVA, A.L. **Temas de Ética Médica**. Belo Horizonte: Coop Ed Cultura Médica, 1982.

SILVA, S.E.D. et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p.727-734, 2010.

SILVA, L.E.L.; OLIVIERA, M.L.C.; INABA, W.K. Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 521-8, jul./set. 2011.

SILVA, P.A. da; RIUL, S.S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 64, n. 6, dez. 2011.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Oncologia: cuidado de enfermagem à pessoa com câncer. In: **Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2002, p. 251-301.

SOUTO, M.D.; SOUZA, I.E.D.O. Sexualidade da Mulher após a Mastectomia. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.8, n.3, p. 402-410, 2004.

SOUZA, A.; ANDRADE, A.N. de. Corpos marcados e fé na vida... Mastectomia e Políticas Públicas de Saúde da Mulher. **Psicologia Política**, Vitória, v. 8, n. 15, p.157-178, 2008.

SOUZA, J.C.; REIMÃO, R. Epidemiologia da insônia. **Psicologia em estudo**, v. 9, n. 1, p. 3-7, 2004.

TALHAFERRO, B.; LEMOS, S.; OLIVEIRA, E. de. Mastectomia e suas consequências na vida da mulher. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 14, n. 1, p.17-22, 2007.

TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M.C.; DA SILVA, J.D.T. (Orgs.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

THOMPSON, J.B. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. Petrópolis: Vozes, 1998.

TIZZOT, E.L.A. Princípios da relação contratual entre o médico e a paciente. **Revista Femina**, v. 35, n. 8, p. 529-531, ago. 2007.

TOMBAUGH, T.N.; MCINTYRE, N.J. The mini-mental state examination: a comprehensive review. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 40, p. 922-935, 1992.

VALANIS, B.G.; RUMPLER, C.H. Helping women to choose breast cancer treatment alternatives. **Cancer Nursing**, v. 8, n.3, p. 167-75, 1985.

VANDEKIEFT, G.K. Breaking Bad News. **American Family Physician**, v. 64, n. 12, p. 1975-8, 2001.

VELHO, M. T. A.C. de. **Gestação na Adolescência: um marco na construção de vida do ser-mulher**. 2003, 316f. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

VELHO, M.T.A.C. et al. Estudo sobre a sexualidade entre universitários moradores de casas do estudante do Sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 4, p. 399-405, out-dez. 2010.

VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010.

VICTORA, C.G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, v.377, n.9795, p.32-46, 2011. Disponível em <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em 20 mai. 2014.

VIEIRA, P.C.; QUEIROZ, M.S. Representações sociais sobre câncer feminino: vivência e atuação profissional. **Psicologia social**, v. 18, n. 1, p. 63-70, 2006.

VISENTIN, A.; LABRONICI, L.; LENARDT, M. H. Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico. **Acta Paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2007.

APÊNDICE A - Carta de autorização para acessar o arquivo do HUSM

Aos cuidados da Direção de Ensino Pesquisa e Extensão do Hospital Universitário de Santa Maria

Do: As pacientes ginecológicas e obstétricas internadas no HUSM/SM: o que sabem sobre sua doença e a qualidade da informação recebida.

Assunto: Solicitação de autorização para acessar os prontuários no Arquivo do HUSM.

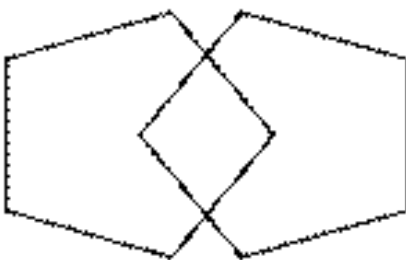
Venho, por meio deste, solicitar autorização para acessar os prontuários do Arquivo Médico do HUSM, num período de três meses. Nesse período serão avaliados alguns dados do prontuário, para a realização do projeto em questão. Os mesmos serão acessados após aprovação desse projeto pelo DEPE, CEP/UFMS e após apresentarmos ao SAME a carta de aprovação do projeto.

Manter-se-á sob total sigilo a identidade e os dados pessoais de cada paciente (Termo de Confidencialidade – Anexo A).

Santa Maria, 22 de Maio de 2013

Autores: _____

APÊNDICE B.1 - Avaliação da Capacidade

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)
Orientação
5 () Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês). 5 () Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua ou local) (andar).
Registros
Atenção e cálculo
5 () Peça ao paciente que conte de trás para frente, começando do número 100, de 7 em 7. (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65) Pare depois da quinta resposta. Alternativamente, peça para soletrar a palavra “mundo” de trás para frente. Alternativo1: série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)
Memória
3 () Peça ao paciente que repita as três palavras. Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-azul) Dê um ponto para cada resposta correta.
Linguagem
Mostre um lápis e um relógio, peça-lhe que os nomeie (2 pontos). Repita o seguinte: “Nem sim, nem não, nem por que” (1 ponto).
Dê as três seguintes ordens: “Pegue esta folha de papel com a mão direita, passe a folha para a mão esquerda, coloque a folha no chão” (3 pontos). Leia e faça o que está escrito: “Feche os olhos” (1 ponto). “Escreva uma frase” (1 ponto). “Copie este desenho” (1 ponto).

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____
Considera-se com defeito cognitivo SE: • escolaridade 1 e 8 tem o MEEM alterado se menor que 18; escolaridade 2, tem MEEM alterado se menor que 21; escolaridade 3 tem o MEEM alterado se menor que 24; escolaridade 4, 5, 6 e 7 tem MEEM alterado se menor que 28;

APÊNDICE B.2 - Instrumento de coleta de dados

Instrumento de coleta de dados				
Data da internação:				
Naturalidade:				
Procedência:				
Cor: (1) branca (2) negra (3) parda (4) mestiça (5) asiática (6) indígena				
Idade: _____ anos				
Estado marital: (1) casada/união estável (2) solteira (3) viúva (4) união consensual				
Religião: (1) católica (2) evangélica (3) espírita (4) não tem religião				
Escolaridade: (1) não sabe ler/escrever (8) saber ler/escrever mas não frequentou escola (2) ensino fundamental 1 ^o a 5 ^a série (3) ensino fundamental 6 ^a a 9 ^a série (4) ensino médio 1 ^o ao 3 ^o ano (5) ensino superior (6) completo (7) incompleto				
Renda familiar: (1) sem renda fixa (2) renda inferior a R\$ 500 reais por mês (3) renda de R\$500 a R\$ 2.000 reais por mês (4) renda maior que R\$2.000 reais por mês (5) não sabe ou não deseja informar.				
Menarca (anos): _____				
Sexarca (anos): _____				
Menopausa (anos): _____				
História obstétrica:	G _____			
	P _____			
	A _____			
Amamentação: (1) sim (2) não				
História familiar de câncer trato genital (vulva, vagina, colo, útero, ovário) e mama: (1) sim (2) não				
Se sim (1) vulva (2) colo (3)útero/endométrio (4) ovário (5) mama				
Tabagismo: (1) sim (2) não				
<u>Qualidade das informações</u>				
Comunicação e relação interpessoal: avalia a qualidade da comunicação e da relação interpessoal entre os profissionais da assistência e os pacientes.				
A senhora sabe o que você tem/motivo da internação/ o seu diagnóstico?				
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não				
Escrever aqui o motivo/causa/doença da internação:				
No dia que recebeu o diagnóstico, as informações médicas, estava sozinha?				
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não				
O diagnóstico/a informação foi dada por um médico?				
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não				
O médico(a) foi explicativo (a), ao lhe dar o diagnóstico/informações/motivo da sua internação?				
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não				

Você sentiu confiança no conhecimento do médico/residente/equipe assistente que lhe passaram as informações que recebeu?
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não
A senhora lembra se chorou/ficou ansiosa/triste na hora que ele/médico disse que precisava internar?
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não
O médico/residente foi delicado/atencioso com você ao lhe informar sobre sua doença (no diagnóstico)?
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não
A senhora já imaginava o diagnóstico/o que estava acontecendo, antes de recebê-lo?
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não
A senhora compreendeu o que o médico disse sobre os motivos da sua internação?
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não
Você gostaria que o médico lhe dissesse tudo sobre a sua doença?
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não
Foi-lhe informado dos cuidados que a você deveria ter no PRÉ-operatório (exemplo: como levantar/higiene/amamentação)?
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não
Foi-lhe informado dos cuidados que você deveria ter no PÓS-operatório (exemplo: como levantar/higiene/amamentação)?
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não
Foi-lhe informado como você se sentiria no pós operatório/parto/ internação com relação a dor/efeitos adversos/complicações?
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não
O médico/residente que fez a sua cirurgia/parto lhe VISITOU no PRÉ operatório?
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não
O médico/residente que fez a sua cirurgia/parto lhe VISITOU no PÓS operatório?
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não
Foi-lhe explicado de forma compreensível como seriam os EXAMES DIAGNÓSTICO aos quais foi/será submetida?
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não
Foi-lhe explicado de forma compreensível como seria A CIRURGIA aos quais foi/será submetido?
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não
Foi-lhe explicado de forma compreensível como seria A QUIMIOTERAPIA aos quais foi/será submetido?
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não
O médico/residente foi atencioso com você durante a internação?
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não
Você se sentiu incomodada com as conversas da médica/equipe médica na sala de cirurgia durante o seu procedimento (cirurgia ou parto)?
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não
Na sala de cirurgia, o anestesista apresentou-se para você?
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não
O anestesista falou do procedimento anestésico em algum momento (visita pré-operatória ou sala cirúrgica)?
1()Sim 2()Parcialmente 3()Não

<u>Qualidade das informações</u>
Foi lhe perguntado se a Sra./Você consentia em realizar o tratamento/cirurgia sugerido, antes de fazê-lo?
1() Sim 2() Parcialmente 3() Não
Como você avalia o que médico lhe explicou de como seria o procedimento?
1() Insatisfatório 2() Pouco Satisfatório 3() Satisfatório 4() Muito Satisfatório
Quanto à disponibilidade do médico tirar as suas dúvidas sobre sua doença/tratamento/procedimento cirúrgico?
1() Insatisfatório 2() Pouco Satisfatório 3() Satisfatório 4() Muito Satisfatório
Você recebeu um documento/papel para assinar, que explicava sobre sua cirurgia/tratamento?
1() Sim 2() Parcialmente 3() Não
Como você avalia a aplicação desse documento, pela equipe médica, em relação a compreensão das informações contidas nesse documento?
1() Insatisfatório 2() Pouco Satisfatório 3() Satisfatório 4() Muito Satisfatório
Quanto às orientações recebidas pelos MÉDICOS OU RESIDENTES nos diversos locais você pode dizer que:
Setor de ambulatórios ginecologia/ obstetrícia:
1() Insatisfatório 2() Pouco Satisfatório 3() Satisfatório 4() Muito Satisfatório
5() Não realizo atendimento/consulta/tratamento neste local
Bloco cirúrgico:
1() Insatisfatório 2() Pouco Satisfatório 3() Satisfatório 4() Muito Satisfatório
5() Não realizo atendimento/consulta/tratamento neste local
Cirurgias:
1() Insatisfatório 2() Pouco Satisfatório 3() Satisfatório 4() Muito Satisfatório
5() Não realizo atendimento/consulta/tratamento neste local
Anestesia:
1() Insatisfatório 2() Pouco Satisfatório 3() Satisfatório 4() Muito Satisfatório
5() Não realizo atendimento/consulta/tratamento neste local
Pronto socorro:
1() Insatisfatório 2() Pouco Satisfatório 3() Satisfatório 4() Muito Satisfatório
5() Não realizo atendimento/consulta/tratamento neste local
Segundo andar:
1() Insatisfatório 2() Pouco Satisfatório 3() Satisfatório 4() Muito Satisfatório
5() Não realizo atendimento/consulta/tratamento neste local
Centro Obstétrico:
1() Insatisfatório 2() Pouco Satisfatório 3() Satisfatório 4() Muito Satisfatório
5() Não realizo atendimento/consulta/tratamento neste local
Qualidade dos equipamentos durante internação (cama, lençol, travesseiro, roupa):
1() Insatisfatório 2() Pouco Satisfatório 3() Satisfatório 4() Muito Satisfatório
Disponibilidade de materiais (curativo):
1() Insatisfatório 2() Pouco Satisfatório 3() Satisfatório 4() Muito Satisfatório
Espaço físico (tamanho do quarto/banheiro/leito):
1() Insatisfatório 2() Pouco Satisfatório 3() Satisfatório 4() Muito Satisfatório
Número de atendimentos/procedimentos e exames realizados em você durante internação, no leito:
1() Insatisfatório 2() Pouco Satisfatório 3() Satisfatório 4() Muito Satisfatório
Qualidade da alimentação oferecida pelo HUSM:
1() Insatisfatório 2() Pouco Satisfatório 3() Satisfatório 4() Muito Satisfatório

Horários da alimentação:	
1() Insatisfatório 2() Pouco Satisfatório 3() Satisfatório 4() Muito Satisfatório	
Você considera o local de suas refeições:	
0() Inadequado 1() Pouco adequado 2() Adequado	
Você avalia que, até então, seus dias de internação até agora:	
0() Muito pior do que você esperava 1() Pior do que você esperava 2() Como você esperava 3() Melhor que as suas expectativas	
Como você avalia sua relação, direta, durante essa internação, com os seguintes profissionais:	
Relação com a Enfermagem:	
1() Inexistente 2() Insatisfatório 3() Pouco Satisfatório 4() Satisfatório 5() Muito Satisfatório	
	Relação com aos profissionais da nutrição:
1() Inexistente 2() Insatisfatório 3() Pouco Satisfatório 4() Satisfatório 5() Muito Satisfatório	
	Relação com aos profissionais da fisioterapia:
1() Inexistente 2() Insatisfatório 3() Pouco Satisfatório 4() Satisfatório 5() Muito Satisfatório	
	Relação com os médicos/residentes:
1() Inexistente 2() Insatisfatório 3() Pouco Satisfatório 4() Satisfatório 5() Muito Satisfatório	
	Relação com os doutorandos/estudantes de medicina:
1() Inexistente 2() Insatisfatório 3() Pouco Satisfatório 4() Satisfatório 5() Muito Satisfatório	
	Relação com os funcionários administrativo/serviços gerais:
1() Inexistente 2() Insatisfatório 3() Pouco Satisfatório 4() Satisfatório 5() Muito Satisfatório	

APÊNDICE B.3 - Dados/informações do prontuário médico

	Data da internação:
	Motivo/doença/patologia base: 1- 2- 3-
	TCLE: (1) não consta no prontuário (2) sim, assinado pela paciente
	Cirurgia realizada (conforme descrição cirúrgica):
	Via de parto: (1) cesárea (2) parto normal
	Se parto cesáreo: indicação conforme descrição cirúrgica: Se parto normal: Episiotomia (1) sim (2) não
	Se parto normal: uso do fórceps (1) sim (2) não
	Cruzamento dos dados: (1) sim (2) não
	Área Obstetrícia operatória/parto/cesárea 1 Obstetrícia clínica 2 Ginecologia/clínica/operatória 3

APÊNDICE B.4 - Questões Norteadoras da Pesquisa Qualitativa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/ UFSM

“As pacientes ginecológicas e obstétricas internadas no HUSM/SM: o que sabem sobre sua doença e a qualidade da informação recebida”

Perguntas norteadoras:

Conte como você sentiu ao saber que teria que ficar internada no hospital.

Conte sobre o que você mais gostou (pontos positivos) e o que menos gostou (pontos negativos) durante sua internação.

Conte como você percebeu a atuação do/da médico(a) ou profissional da saúde durante os dias de sua internação.

Gostaria de dizer alguma outra coisa não citada acima?

APÊNDICE C.1 - Tabulação dos dados - Cidades

Naturalidade: cidade onde nasceu, NÚMERO QUE CORRESPONDE.
SE ESTIVER EM BRANCO DEIXA (*)

Procedência: cidade onde mora, NÚMERO QUE CORRESPONDE.
SE ESTIVER EM BRANCO DEIXA (*)

1 Santa Maria	22 São João do Polêsine	42 Maçambará
2 Agudo	23 São Martinho da Serra	43 Itaquí
3 Cacequí	24 São Pedro do Sul	44 São Gabriel
4 Capão do Cipó	25 São Sepé	45 Santa Margarida do Sul
5 Dilermando de Aguiar	26 São Vicente do Sul	46 Vila Nova do sul
6 Dona Francisca	27 Silveira Martins	47 Rosário do Sul
7 Faxinal do Soturno	28 Toropi	48 Uruguaiana
8 Formigueiro	29 Santiago	49 Barra do Quaraí
9 Itaara	30 Tupanciretã	50 Condor
10 Ivorá	31 Unistalda	51-Porto Alegre
11 Jaguarí	32 Vila Nova do Sul	52-Tenente Portela
12 Jarí	33 Santana do Livramento	53-Taquari
13 Júlio de Castilhos	34 Quaraí	54-Cachoeira
14 Mata	35 Alegrete	55-Sobradinho
15 Nova Esperança do Sul	36 Manuel Viana	56-Canoas
16 Nova Palma	37 Nova Esperança do Sul	57-Dom Pedrito
17 Paraíso do Sul	38 Caçapava do Sul	58-Santo Angelo
18 Pinhal Grande	39 Itacorubí	59-Pelotas
19 Quevedos,	40 São Francisco de Assis	60-Candelária
20 Restinga Seca	41 São Borja	61-Ibarama
21 São Francisco de Assis		62-Cruz Alta
		63-Ijuí
		64-Bagé
		65-Palmitinho
		SE ESTIVER EM BRANCO DEIXA (*)

APÊNDICE C.2 - Tabulação dos dados - Lista de patologias

MOTIVO/DOENÇA/DIAGNÓSTICO/PROCEDIMENTO OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

- 01 - bolsa rota/ RUPREME: ruptura prematura de membranas/perda de líquido/investigação de perda vaginal
- 02 – aplicar o corticosteroide
- 03 – fazer cardiografia/ MAP: monitorização ante parto
- 04 – CIUR: crescimento intrauterina restrito/simétrico ou assimétrico
- 05 – DPP: descolamento prematura de placenta
- 06 – DHEG: doença hipertensa específica da gestação/pressão alta na gestação
- 07 – DMG: diabetes gestacional
- 08 – DCP: desproporção cefalopélvica
- 09 – ILA: índice de líquido amniótico reduzido/oligodramnio
- 10 – ILA: índice de líquido amniótico aumentado/polidrâmnio
- 11 - FM: feto morto
- 12 – avaliar a movimentação fetal
- 13 - PBF: perfil biofísico fetal
- 14- PHF: perfil hemodinâmico fetal alterado/diástole reversa/centralização fetal
- 15 - PE: pré-eclampsia/eclâmpsia (que pode ser leve ou grave)
- 16 - PNAR: pré natal de alto risco
- 17 - PPV: pós-parto vaginal normal
- 18 – episiotomia/pique
- 19 – parto vaginal com fórceps/ferro
- 20 - PPC: pós-parto cesáreo
- 21 – PPC: iteratividade
- 22 - SFNT: situação fetal não tranquilizadora
- 23 - STORCH: sorologias – Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes
- 24 - TPPT: trabalho de parto pré-termo/prematuridade/parto antes do termo/parto antes da hora
- 25-Pielonefrite/hidronefrose/infecção urinária/nefrolitíase
- 26-Colelitíase/litíase biliar/lama biliar/colecistectomia
- 27 - AMIU: aspiração manual intrauterina
- 28- CA: câncer (qualquer tipo de câncer)
- 29 - Cd: carcinoma de mama
- 30 - CCE: carcinoma de células escamosas colo uterino
- 31 - EC: estadiamento clínico
- 32-Mastectomia radical
- 33-Setorectomia
- 34-Nodulectomia
- 35-Linfonodo sentinela
- 36-Mastectomia higiênica
- 37 - EA: esvaziamento axilar
- 38 - LS: linfonodo sentinela
- 39 - NIV: neoplasia intraepitelial vulvar
- 40- Vulvectomia radical
- 41 – Vulvectomia simples
- 42 - NIC: neoplasia intraepitelial cervical
- 43- Biopsia de colo

- 44 – Conização
- 45 – Traquelectomia
- 46 – Carcinoma uterino/endométrio
- 47 – Curetagem uterina
- 48- Histerectomia simples/total
- 49-Laqueadura tubária
- 50-Ooforectomia/salpingectomia/ Massa/cisto/neoplasia ovariana
- 51-Videolaparoscopia
- 52-Videolaparoscopia diagnóstica/infertilidade/dor pélvica crônica
- 53-Sling/TOT
- 54-Tela anterior
- 55-Tela posterior
- 56-Distopia urogenital/prolapso uterino/bexiga caída
- 57-Incontinência urinária
- 58-Abortamento/Aborto infectado/Ameaça de aborto
- 59-Gravidez ectópica
- 60-Mola hidatiforma/gravidez molar
- 61-Quimioterapia
- 62-Radioterapia
- 63-Cuidados intensivos RN/Leito UTI RN
- 64-Agenesia de corpo caloso
- 65-Centralização fetal
- 66-Internou para realizar exames/investigação
- 67-Massa abdominal a esclarecer/Câncer a esclarecer/Foco primário de metástase a esclarecer
- 68-Linfonodomegalia a esclarecer
- 69-gestação a termo/normal
- 70-Trabalho de parto/Contrações/Parto
- 71-Mecônio
- 72-Infecção pelo Strepto agalactiae
- 73-Indução trabalho de parto
- 74-Falha de indução/distocia de colo
- 75-Infecção de FO
- 76-Deiscência de FO
- 77-Cefaléia pós raque anestesia/cefaléia
- 78-Obesidade
- 79-Pancreatite
- 80-cesárea por escoliose/problema na coluna/cirurgia toracolombar
- 81-Sangramento vagina/hemorragia
- 82-Gemelaridade
- 83-TVP/TEP/trombofilia
- 84-Hipotireoidismo/Hipertireoidismo
- 85-Doença endocrinometabólica
- 86-Anemia
- 87-HIV/SIDA
- 88-Epilepsia/convulsão
- 89-Macrossomia/GIG
- 90-Corioamnionite
- 91-Apresentação pélvica
- 92-Pós-datismo

- 93-Malformação fetal
- 94-Infecção pélvica/DIP/endometrite
- 95-Hérnia abdominal/intestinal/inguinal/femoral
- 96-Laparotomia exploradora
- 97-Pneumonia
- 98-Metástase
- 99-Leiomiomatose/miomectomia/mioma
- 100-Febre/FOI/Febre à esclarecer
- 101-Reintervenção cirúrgico da cesárea/FO/episio
- 102-Mastite
- 103-Drenagem de abscesso
- 104-IIC/Incompetência istimo cervical
- 105-Cerclagem
- 106-Colestase gestacional/figado gorduroso da gestação
- 107-Hiperêmese gravídica/
- 108-Derrame pleural
- 109-Prematuro/PIG
- 110-Uso de drogas/tabagismo
- 111-Isoimunização/Coombs indireto +
- 112-Sintomas vasomotores/hipotensão/tontura
- 113-Depressão
- 114-Queda/traumatismo/fratura
- 115- vômitos/inapetência/emagrecimento
- 116-Não insinuação fetal
- 117-Plaquetopenia

APÊNDICE C.3 - Lista de siglas dos prontuários

Lista de siglas dos prontuários:

OBSTETRÍCIA

BR: bolsa rota

CCE ou CC: corticosteroide

CTG: cardiografia

CIUR: crescimento intrauterina restrito

DPP: descolamento prematura de placenta

DHEG: doença hipertensa específica da gestação

DMG: diabetes gestacional

DGP: desproporção cefalopélvica

IG: idade gestacional

ILA: índice de líquido amniótico

FM: feto morto

MAP: monitorização ante parto

MF: movimentação fetal

PBF: perfil biofísico fetal

PHF: perfil hemodinâmico fetal

PE: pré-eclampsia (que pode ser leve ou grave)

PNAR: pré natal de alto risco

PPV: pós-parto vaginal

PPC: pós-parto cesáreo

RUPREME: ruptura prematura de membranas

SFNT: situação fetal não tranquilizadora

STRORCH: sorologias – Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes

TPPT: trabalho de parto pré-termo

TS: tipagem sanguínea

TP: trabalho de parto

GINECOLOGIA

AMIU: aspiração manual intrauterina

CA: câncer

Cd: carcinoma ductal

Cis: carcinoma in situ

CCE: carcinoma de células escamosas

EC: estadiamento clínico

EA: esvaziamento axilar

LS: linfonodo sentinela

MR: mastectomia radical

NIV: neoplasia intraepitelial vulvar

NIC: neoplasia intraepitelial cervical

ANEXO A - Termo de Confidencialidade

Título do projeto: As pacientes ginecológicas e obstétricas internadas no HUSM/SM: o que sabem sobre sua doença e a qualidade da informação recebida.

Pesquisador responsável: Raquel Rodrigues Muradás

Maria Teresa Aquino de Campos Velho

Instituição/Departamento: 2º Andar do Hospital Universitário de Santa Maria

Telefone para contato: 32208553, 84151550, 99515309

Local da coleta de dados: Segundo andar do HUSM.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade e confidencialidade dos dados identitários dos pacientes cujos dados serão coletados diretamente das pacientes. Será utilizado, igualmente, o prontuário médico. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala de estudo, no departamento de ginecologia e obstetrícia, no CCS, em armário chaveado, destinado para arquivar apenas essas fichas, por um período de 24 *meses* sob a responsabilidade da Dra Maria Teresa Campos Velho.

Santa Maria, _de _____ de 2013.

Dra Maria Teresa Campos Velho.

CRM:

CPF:

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: As pacientes ginecológicas e obstétricas internadas no HUSM/SM: o que sabem sobre sua doença e a qualidade da informação recebida.

Pesquisadora responsável: Raquel Rodrigues Muradás, Dra Maria Teresa de Campos Velho
Instituição/Departamento: HUSM

Telefone contato: Pesquisadora: 55-84151550, Departamento de GO 32208574 e CEP/UFSM 32209362

Local da coleta de dados: 2º Andar do HUSM

Prezada Senhora:

Você está sendo convidada a participar deste projeto de forma totalmente **voluntária**.

Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.

Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios assistenciais aos quais tenha direito neste Hospital.

Objetivo do estudo: Avaliar a qualidade de atendimento e informações recebidas pelas pacientes internadas no segundo andar do HUSM por doença ginecológica/obstétrica/mastológicas (doenças que ocorrem durante a gestação, ou após o parto ou abortos ou doenças do útero ou ovário ou vagina ou mama).

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a dois questionários que podem ser aplicados em momentos diferentes para seu conforto. O entrevistador utilizará um protocolo, e algumas pessoas, que concordarem, poderão ser entrevistadas e terão as suas respostas gravada em um gravador de voz (que se refere a uma parte da pesquisa que será qualitativa: isto é, um outro questionário, com quatro perguntas abertas onde a paciente poderá falar livremente).

Benefícios. Esta pesquisa não trará nenhum benefício direto a você, porém, outras pacientes ou até mesmo você no futuro, poderá se beneficiar deste estudo, pois pretendemos obter mais conhecimento sobre a qualidade de informação dado as pacientes sobre seus processos de saúde-doença, após a conclusão do projeto. Este conhecimento poderá auxiliar médicos e pacientes a entenderem-se melhor.

Riscos. O preenchimento deste questionário prevê um risco mínimo (cansaço ou outro desconforto). Pois ao responder algumas perguntas você poderá se sentir triste, desconfortável e até chorar, por se tratar de perguntas que envolvem alguns sentimentos pessoais sobre os motivos da internação. Porém não representará um risco maior a saúde física geral.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto e tudo o que foi dito ficou claro para mim, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Local e data: _____

Assinatura da paciente ou responsável

Nº identidade paciente ou responsável

Assinatura de um dos Pesquisadores

Nº Identidade de um dos Pesquisadores

Avenida Roraima, 1000, Prédio da Reitoria, 2º Andar, Sala Comitê de Ética

Cidade Universitária, Bairro Camobi

CEP 97105900, Santa Maria, RS

Tel (55) 3220 9362 fax (55) 32208009 email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br