

ÉTICA NO CUIDADO E NAS RELAÇÕES: PREMISSAS PARA UM CUIDAR MAIS HUMANO

ETHICS IN ASSISTANCE AND IN RELATIONSHIPS: PREMISES FOR A HUMANE CARE

LA ÉTICA DEL CUIDADO Y DE LAS RELACIONES: PREMISAS PARA EL CUIDADO MÁS HUMANO

Ana Cláudia Giesbrecht Puggina¹

Maria Júlia Paes da Silva²

RESUMO

Este artigo é uma reflexão teórica cujo objetivo é explicitar premissas que permitam a ancoragem de aspectos éticos e humanizantes na assistência à saúde. Aceitando a ideia de que “para agirmos eticamente não é suficiente conhecer a teoria, é preciso sentir, vivenciar inteiramente a situação, para só então agir com clareza, respeitando os princípios de beneficência, autonomia e justiça”, podemos afirmar que ser mais consciente de si, estar concentrado na relação, escolher entre envolver-se ou não se envolver, prestar atenção na comunicação não verbal, utilizar melhor o tempo disponível, gostar do que se faz, estimular o paciente a participar das decisões sobre seu tratamento, buscar aliviar a dor e o sofrimento, aceitar a morte quando ela é inevitável, assistir a família nos horários de visita e conviver harmonicamente com a equipe multiprofissional são aspectos importantes desses princípios.

Palavras-chave: Ética; Humanização da Assistência; Relações Interpessoais.

ABSTRACT

This is a theoretical reflection that aims to explicit premises that enable the anchorage of ethic and human aspects in healthcare. Accepting the idea that “knowing the theory is not sufficient to make one act ethically, for one must also feel and experience the situation to then act clearly and respect the principles of benevolence, autonomy and justice”, we can assert that the most important aspects of Ethics principles are: 1) being more aware of ourselves; 2) being focused on the relationship; 3) choosing between becoming involved or not; 4) paying attention to non-verbal communication; 5) better use of time; 6) enjoying what we do; 7) stimulating patients to participate in the decisions concerning their treatment; 8) searching relief of pain and suffering; 9) accepting death when it is unavoidable; 10) assisting the patient’s family during visit hours and 11) living in harmony with the multi-professional team.

Key words: Ethics; Humanization of Assistance; Interpersonal Relations.

RESUMEN

El presente artículo es una reflexión teórica que tiene como objetivo explicitar premisas que permitan reforzar los aspectos éticos y humanizantes en la atención a la salud. Aceptando la idea de que “para actuar éticamente no basta con conocer la teoría, hay que sentir, vivir profundamente la situación para, recién entonces, actuar con clareza respetando los principios de beneficencia, autonomía y justicia”. Podemos afirmar entonces que, para este principio, los siguientes aspectos son importantes: ser más consciente de uno mismo, concentrarse en la relación, elegir entre involucrarse y no involucrarse, prestar atención a la comunicación no-verbal, emplear mejor el tiempo disponible, hacer las cosas con gusto, estimular al paciente a participar en las decisiones sobre su tratamiento, intentar aliviar el dolor y el sufrimiento, aceptar la muerte cuando es algo inevitable, atender a la familia en los horarios de visita y convivir armónicamente con el equipo multiprofesional.

Palabras clave: Ética; Humanización de la Atención; Relaciones Interpersonales.

¹ Enfermeira. Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora assistente da Faculdade de Medicina de Jundiaí. E-mail: claudiapuggina@usp.br.

² Enfermeira. Professora titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: juliaps@usp.br. Endereço para correspondência – Ana Cláudia Giesbrecht Puggina: Rua São Salvador, 313 Campinas-SP. CEP 13076-540. Tel.: (11) 94500502. www.claudiapuggina.com.

A ÉTICA DA VIDA

Tenho muito medo do morrer. O morrer pode vir acompanhado de dores, humilhações, aparelhos e tubos enfiados no meu corpo, contra a minha vontade, sem que eu nada possa fazer, porque já não sou mais dono de mim mesmo; solidão, ninguém tem coragem ou palavras para, de mãos dadas comigo, falar sobre a minha morte, medo de que a passagem seja demorada. Bom seria se, depois de anunciada, ela acontecesse de forma mansa e sem dores, longe dos hospitais, em meio às pessoas que se ama, em meio a visões de beleza. Mas a medicina não entende. Um amigo contou-me dos últimos dias do seu pai, já bem velho. As dores eram terríveis. Era-lhe insuportável a visão do sofrimento do pai. Dirigiu-se, então, ao médico: 'O senhor não poderia aumentar a dose dos analgésicos, para que meu pai não sofra?' O médico olhou-o com olhar severo e disse: 'O senhor está sugerindo que eu pratique a eutanásia?' Há dores que fazem sentido, como as dores do parto: uma vida nova está nascendo. Mas há dores que não fazem sentido nenhum. Seu velho pai morreu sofrendo uma dor inútil. Qual foi o ganho humano? Que eu saiba, apenas a consciência apaziguada do médico, que dormiu em paz por haver feito aquilo que o costume mandava; costume a que frequentemente se dá o nome de ética.¹

Refletir sobre alguns conceitos e atitudes que "costumamos" usar e realizar pode nos trazer novamente a clareza desses princípios, um novo entendimento ou uma releitura daquela situação.

A palavra "refletir" deriva de dois termos latinos: *re*, que significa "de novo" e *flectere*, que significa "voltar, dirigir-se". Assim, refletir é "voltar de novo" a algo, como um espelho devolve a imagem, dando a oportunidade de olharmos mais atentamente. A reflexão nos dá a oportunidade de avaliarmos com mais atenção o que nos cerca, as pessoas à nossa volta e nós mesmos.²

Considerando a responsabilidade do profissional da saúde ao cuidar, a fragilidade do paciente na situação de hospitalização e a preocupação com a manutenção da dignidade desse paciente durante a assistência, é importante refletirmos constantemente sobre nossas atitudes e comportamentos ao cuidarmos do outro.

Não é tão simples sermos éticos, é um constante aprendizado, pois muitos fatores estão envolvidos na manutenção da dignidade do paciente. Para agirmos eticamente, não é suficiente conhecer a teoria, é preciso sentir, vivenciar inteiramente a situação, para só então agir com clareza respeitando os princípios de beneficência, autonomia e justiça.

A integridade física, psíquica e moral do ser humano encontra-se intimamente ligada ao direito à vida, a uma vida digna. Vários são os instrumentos que asseguram esse direito, contido no princípio maior, que é o da dignidade da pessoa. Em decorrência desse princípio, de que dignidade é fundamental para o

cuidar, ninguém poderá ser submetido a tratamentos humilhantes, desumanos ou degradantes.³

Ética é a ciência cujo objeto é o julgamento de apreciação aplicado à distinção entre o bem e o mal. O problema ético é tema central de pesquisadores como Demócrito, Protágoras, Sócrates, Antístenes, Platão. Mas é com Aristóteles que a ética assume caráter de disciplina filosófica sistematizada.⁴

O vocábulo *éthos*, de origem grega, traduz-se por costume ou propriedade do caráter. Para os gregos, esse vocábulo significava costume social, o modo de comportamento próprio de determinada sociedade.³

Virtudes éticas, segundo Aristóteles, correspondem à parte apetitiva da alma, uma vez que esta é moderada ou guiada pela razão e que consistem no justo meio entre dois extremos, dos quais um é vicioso por excesso e o outro por deficiência, tais como coragem, temperança, liberalidade, mansidão, franqueza e justiça.⁵

A ética da vida apresenta-se como um dos grandes desafios a ser enfrentado por aqueles que se preocupam com a conduta humana diante de situações que envolvem o próprio homem, no plano de sua vida biológica, moral e social.³

A ética não se preocupa tanto com as coisas como são, mas com as coisas como podem ser e, especialmente, como devem ser. Não se pode humanizar o hospital sem referência ao humano e não se pode falar do humano sem referência à ética.⁶

A dimensão ética da responsabilidade dos profissionais de saúde está presente em todas as ações no processo de cuidar ou de gerenciar as atividades assistenciais. É de responsabilidade de todos os profissionais de saúde assegurar ao paciente o direito a uma assistência livre de riscos e danos, físicos e psicológicos. Diante de determinada iatrogenia ao paciente, o profissional de saúde poderá responder ética, civil e penalmente. Essas ocorrências danosas resultam, frequentemente, da negligência, do agir de forma imprudente ou, ainda, do executar ações assistenciais sem a devida perícia ou habilidade.⁷

Outra questão importante em relação à responsabilidade profissional é que quem delega uma função assume a responsabilidade pelo que mandou fazer e quem recebe a delegação deve prestar contas do que fez; isto é, também responde pelos atos e assume a parcela de responsabilidade correspondente. Assim, ambos se tornam coautores. "Ninguém se escusa de cumprir a lei, alegando que não a conhece".⁸

Enfatizamos, neste artigo, a ética nos momentos comuns e rotineiros dos profissionais de saúde, nas ações que desempenhamos no dia a dia quando cuidamos de um paciente, relacionados ou não a questões de terminalidade, momentos nos quais os direitos éticos dos pacientes são constantemente violados, muitas vezes "sem perceber" ou "sem querer".

O CUIDAR DO OUTRO

Um velhinho querido, 92 anos, cego, surdo, todos os esfíncteres sem controle, numa cama – de repente um acontecimento feliz! O coração parou. Ah, com certeza fora o seu anjo da guarda, que assim punha um fim à sua miséria! Mas o médico, movido pelos automatismos costumeiros, apressou-se a cumprir seu dever: debruçou-se sobre o velhinho e o fez respirar de novo. Sofreu inutilmente por mais dois dias antes de tocar de novo o acorde final. Dir-me-ão que é dever dos médicos fazer todo o possível para que a vida continue. Eu também, da minha forma, luto pela vida. A literatura tem o poder de ressuscitar os mortos. Aprendi com Albert Schweitzer que a ‘reverência pela vida’ é o supremo princípio ético do amor. Mas o que é vida? Mais precisamente, o que é a vida de um ser humano? O que e quem a define? O coração que continua a bater num corpo aparentemente morto? Ou serão os ziguezagues nos vídeos dos monitores, que indicam a presença de ondas cerebrais? Confesso que, na minha experiência de ser humano, nunca me encontrei com a vida sob a forma de batidas de coração ou ondas cerebrais. A vida humana não se define biologicamente. Permanecemos humanos enquanto existe em nós a esperança da beleza e da alegria. Morta a possibilidade de sentir alegria ou gozar a beleza, o corpo se transforma numa casca de cigarra vazia. Muitos dos chamados ‘recursos heróicos’ para manter vivo um paciente são, do meu ponto de vista, uma violência ao princípio da ‘reverência pela vida’. Porque, se os médicos dessem ouvidos ao pedido que a vida está fazendo, eles a ouviriam dizer: ‘Liberta-me!’¹

Existem situações no dia a dia do profissional de saúde em que são necessárias reflexões éticas profundas sobre o sentido e a finalidade da assistência. Nem sempre curar deve ser a principal finalidade. Em alguns casos, focalizar um cuidado ético e humano é o único meio de garantir a manutenção da dignidade e o respeito pelo paciente.

Cuidar significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato, e este surge quando a existência de alguém tem importância para outrem. Então, um dedica-se ao outro, dispondo-se a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida.⁹

A natureza da palavra “cuidado” inclui duas significações básicas, intimamente ligadas entre si: a primeira, uma atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro; a segunda, de preocupação e de inquietação, advindas do envolvimento e da ligação afetiva com o outro por parte da pessoa que cuida.⁹

Sem o cuidado não há o humano; o cuidado é anterior ao espírito e ao corpo. O espírito se humaniza e o corpo se vivifica quando são moldados pelo cuidado. Caso contrário, o espírito se perde nas abstrações e o corpo se confunde com a matéria informe. Sem cuidado, o ser humano define e morre. É quem faz surgir o ser humano complexo, sensível, solidário, cordial e conectado com tudo e com todos no universo.⁹

Negligenciar o cuidado, portanto, é negligenciar o humano. O cuidar ético na assistência hospitalar é um dos maiores desafios da atualidade. A rotina diária e complexa que envolve o ambiente hospitalar possibilita que os membros da equipe de saúde se esqueçam de tocar e conversar com o ser humano que está à sua frente.¹⁰

Sem cuidado, a vida não sobrevive. Tudo o que fazemos vem acompanhado de cuidado, pois sem ele erramos, ofendemos e destruímos. O cuidado é uma relação amorosa com a realidade; anula as desconfianças e confere sossego e paz a quem o recebe.⁹

Também as relações, se não cuidadas, fenecem: a amizade, o amor conjugal, as relações familiares, a relação profissional de saúde/paciente, a relação entre a equipe multiprofissional.¹¹

O processo relacional é dinâmico e constante em todos os momentos em que estamos frente a frente com o outro. “Diante do outro, ninguém pode ficar indiferente. Tem que tomar posição. Mesmo não tomando posição, silenciando e mostrando-se indiferente, isto já é uma posição.”⁹

Ao realizarmos uma atividade técnica, tão-somente sem estar presente de corpo, mente e espírito, o cuidador não está realmente cuidando, e, sim, realizando um procedimento. O paciente torna-se um objeto de manipulação. Ao interagirem, cuidadores e seres cuidados crescem, se atualizam e se realizam.¹² O cuidar envolve, verdadeiramente, uma ação interativa. Essa ação e comportamento estão calcados em valores e no conhecimento do ser que cuida “para” e “com” o ser que é cuidado. O cuidado ativa um comportamento de compaixão, de solidariedade, de ajuda, no sentido de promover o bem; no caso das profissões de saúde, visam ao bem-estar do paciente, sua integridade moral e sua dignidade como pessoa.¹³

Dar atenção, nove vezes em dez, quer dizer ‘olhar para’. E o primeiro sinal de que nos interessamos por uma pessoa é olhar para ela. Ninguém é insensível ao olhar do outro. Analogicamente, basta que olhem para nós para começarmos a encenar. O olhar transforma.¹⁴

O cuidado tomado como proposta ética não se resume a um ato isolado. É uma atitude, um modo de ser, ou seja, é a maneira como a pessoa estrutura e funda suas relações com as coisas, os outros, o mundo e, também, consigo mesma. Um cuidado mais humano possibilita a sensibilidade para com a experiência humana e o reconhecimento da realidade do outro como pessoa e como sujeito, com suas singularidades e diferenças.¹¹

A capacidade de agir eticamente quando cuidamos é uma “virtude ativa” que requer uma vontade natural de cuidar e memórias de momentos nos quais a pessoa cuidou ou foi cuidada. Quando o “querer” e o “dever” coincidem, o cuidar apresenta-se como algo

completamente natural, não impondo conflitos éticos. A preocupação surge quando esse cuidar é exigido, quando há obrigação de cuidar e esta se sobrepõe à vontade.¹⁵

A humanização no atendimento aos pacientes exige dos profissionais de saúde, essencialmente, compartilhar com seus pacientes experiências e vivências que resultem na ampliação do foco de suas ações, em geral, restritas ao cuidar como sinônimo de ajuda às possibilidades da sobrevivência. Humanizar o cuidar é dar qualidade à relação profissional da saúde/paciente¹⁶.

A ÉTICA NAS AÇÕES

Doutor, agora que estamos sozinhos quero lhe fazer uma pergunta: 'Será que eu escapo dessa?' Mas, por favor, não responda agora porque sei o que o senhor vai dizer. O senhor vai desconversar e responder: 'Estamos fazendo tudo o que é possível para que você viva'. Mas nesse momento não estou interessada naquilo que o senhor e todos os médicos do mundo estão fazendo. Olhe, eu sou uma mulher inteligente. Sei a resposta para minha pergunta. Os sinais são claros. Sei que vou morrer. O que eu desejo é que o senhor me ajude a morrer. Morrer é difícil. Não só por causa da morte mesma mas porque todos, na melhor das intenções, a cercam de mentiras. [...] As visitas vêm, assentam-se, sorriem, comentam as coisas do cotidiano. Fazem de contas que estão fazendo uma visita normal. Eu me esforço por ser delicada. Sorrio. Acho estranho que uma pessoa que está morrendo tenha a obrigação social de ser delicada com as visitas. As coisas sobre que falam não me interessam. Dão-me, ao contrário, um grande cansaço. [...] Meu tempo é curto e não posso desperdiçá-lo ouvindo banalidades. Contaram-me de um teólogo místico que teve um tumor no cérebro. O médico lhe disse a verdade: 'O senhor tem mais seis meses de vida...'. Aí ele se virou para sua mulher e disse: 'Chegou a hora das liturgias do morrer. Quero ficar só com você. Leremos juntos os poemas e ouviremos as músicas do morrer e do viver. A morte é o acorde final dessa sonata que é a vida. Toda sonata tem de terminar. Tudo o que é perfeito deseja morrer. Vida e morte se pertencem. E não quero que essa solidão bonita seja perturbada por pessoas que têm medo de olhar para a morte. Quero a companhia de uns poucos amigos que conversarão comigo sem dissimulações. Ou somente ficarão em silêncio.'¹⁷

O cuidar do outro envolve constantemente questões éticas importantes e significativas para o profissional e o paciente, e lidar com elas nem sempre é uma tarefa fácil, mesmo porque ser ético depende de inúmeros fatores. Longe da pretensão de formular teorias e regras, propomos neste artigo premissas sobre como nos tornarmos mais éticos e mais humanos.

Ser mais consciente de si

O conhecimento de nossas potencialidades e limitações, diante da complexidade da ação cuidadora

é fundamental. Temos limites que precisam ser superados, ao mesmo tempo em que não somos onipotentes e infalíveis. É preciso, a cada dia, a cada nova experiência, tentar construir nossa própria identidade, sobre o "pano de fundo" da nossa "missão", que é cuidar da vida dos seres humanos. E a "missão" se completa na satisfação do desempenho profissional e na busca incessante do resgate da dignidade e do valor da vida.¹⁸

Estar consciente dos próprios medos e limitações faz-nos mais preparados para cuidar do outro sem causar-lhe nenhum dano. Ter consciência de que não dormimos bem e estamos de mau humor pode evitar ações bruscas e atitudes sem sentido em relação ao outro e talvez até a mudança no próprio estado de humor. Observar e reconhecer as próprias emoções significa assumir a responsabilidade que temos sobre cada uma delas.

Estar concentrado na relação

Concentração é outro fator que favorece a ética. Ao cuidarmos de alguém, é importante estarmos presentes física e psicologicamente com essa pessoa. Nem sempre é tão simples essa tarefa; nossos sentimentos internos podem "falar" mais alto, e é um treino "calá-los". É importante permitir-se estar presente no "aqui e agora" e não ficar "vagando" nos nossos próprios pensamentos, separando o que é do outro do que é nosso. Diminuímos nossa ambiguidade quando nossa postura e comunicação não verbal estão totalmente alinhadas com os nossos pensamentos; dessa forma, nossos objetivos se tornam mais claros e um sentimento de segurança permeia a relação.

Alberto Caeiro afirmou: "Não é bastante ter ouvidos para se ouvir o que é dito. É preciso também que haja silêncio dentro da alma". Essa é a dificuldade: não se aguenta ouvir o que o outro diz sem logo dar um palpite melhor, sem misturar o que ele diz com aquilo que temos a dizer. Como se aquilo que ele diz não fosse digno de descansada consideração e precisasse ser complementado por aquilo que temos a dizer, que é muito melhor...¹⁹

Falar nem sempre significa importar-se ou prestar atenção. A capacidade de escutar permite que identifiquemos o momento apropriado para a fala. O silêncio também pode ser um cuidado.

Escolher entre envolver-se ou não se envolver

Cuidar de uma forma mais inteira dos pacientes pode trazer à tona nossos medos e sofrimentos. Desde Freud o envolvimento com os pacientes era uma questão preocupante e temida; suas sessões de psicanálise eram feitas de costas para o paciente no divã, pois o olhar poderia proporcionar envolvimento. Frases como "Você não pode se envolver com os pacientes" são fruto dessas teorias e até hoje permeiam o cuidar.

Tanto o envolver-se quanto o não se envolver têm consequências. O não se envolver traz uma ilusória e cômoda sensação de segurança. Menosprezar os sentimentos alheios pode levar-nos a uma prática assistencial reducionista, na qual cabe somente a dimensão técnica. A competência para cuidar pressupõe, além do saber técnico, saberes ligados ao relacionar-se com o outro; afinal, o cuidado é relacional.²⁰

Entretanto, envolver-se nos proporciona vivenciar as experiências aprendendo a lidar com os próprios sentimentos. Quando, por exemplo, sofremos com um paciente terminal, sofremos por ele, mas também por nossos sentimentos e medos da morte. Envolver-se e enfrentar situações que trazem sofrimento certamente nos faz crescer e aprender com essa experiência.

Evitar “fugir” e encarar a doença e a morte traz à tona perguntas e reflexões sobre o que significa a saúde e a vida. Suposições e compromissos há muito enterrados são revelados.²¹

Prestar atenção na comunicação não verbal

A comunicação não se constitui apenas da palavra verbalizada; aliás, essa é uma porcentagem pequena quando comparada à riqueza das mensagens, dos sinais emitidos pela comunicação não verbal. Apenas 7% dos pensamentos são transmitidos por palavras; 38% por sinais paralinguísticos, tais como entonação de voz, velocidade com que as palavras são pronunciadas; e 55% pelos sinais do corpo (fisionomia, olhar, postura corporal, gestos, etc.).²²

Ser ético está relacionado à nossa capacidade de identificar essa comunicação não dita, bem como estar consciente da nossa própria comunicação não verbal. Grande parte da comunicação não verbal é expressa de forma inconsciente.

É necessário estarmos atentos às nossas próprias expressões faciais de tristeza, desprezo, nojo ou mau humor, para, então, suavizá-las e não causar constrangimento nos pacientes de que cuidamos.

Além disso, a atenção na comunicação não verbal que os pacientes emitem diminui a quantidade de interpretações erradas e iatrogenias físicas e psicológicas que o descuidar pode causar.

Para cuidar de alguém e criar um vínculo de confiança, é necessário um comportamento empático com atitudes, como olhar diretamente nos olhos, inclinar o tórax para frente, menear positivamente a cabeça enquanto o escuta... além de usar palavras adequadas e compreensíveis.²²

Utilizar melhor o tempo disponível

Ouve-se com frequência as pessoas se queixarem de falta de tempo; pouco é feito, pois não há tempo. Entretanto, o que se constata, na prática, é um

“desperdício” do tempo. Essa percepção generalizada de escassez do tempo pode estar relacionada a dois motivos: tem-se vontade de fazer mais coisas do que se dá conta ou tem-se assumido compromissos que nos impedem de fazer outras coisas.²³

Conseguimos resolver esse problema ao tentarmos viver um dia de cada vez, não se alienando com as preocupações e estando atento a quem está ao nosso lado, ou seja, dando-nos o direito de estarmos presentes no presente.²³

Muitas vezes, para cuidar de maneira mais ética e digna de um paciente, não precisamos de mais tempo, basta utilizarmos melhor o tempo já disponível quando estamos ao lado dele. Aferir a pressão arterial e olhar nos olhos dele, realizar uma medicação endovenosa e tocá-lo com afeto, dizer bom-dia ou boa-noite ao entrar no quarto hospitalar, sorrir ao cumprimentá-lo são ações que fazem a diferença e não levam “mais tempo”.

Gostar do que se faz

Quando gostamos do que fazemos, sentimos satisfação na realização do nosso trabalho e conseguimos ver com clareza seu valor e importância para as outras pessoas ao nosso redor.

Com o tempo de profissão, a sobrecarga de trabalho e o desgaste das relações, esses valores e prazeres podem ser perdidos. A exigência de “produtividade” tem nos levado a pensar de determinada maneira e, principalmente, a não pensar sobre o que fazemos, ou apenas pensar na necessidade imediata; isso é alienação. A alienação pode se dar de várias formas, mas, principalmente, pela fragmentação do trabalho que nos faz perder o sentido e, conseqüentemente, a dimensão do seu valor.²⁰

O profissional de saúde contaminado por essas questões pode se afastar do cuidado ético, humano e integral ao paciente. É “mais fácil, rápido e prático” tratar de um corpo biológico, dividido em sistemas e ainda entre vários profissionais de saúde. Cada um é responsável por um fragmento do paciente, e ninguém pelo todo indivisível.²⁰

Ao repensarmos no valor, na importância do nosso trabalho e nas consequências das nossas ações na recuperação e na vida dos pacientes, resgatamos a satisfação que ele pode nos trazer. Gostar do que se faz é essencial para um cuidado ético.

Estimular o paciente a participar das decisões sobre seu tratamento

A autonomia do paciente, como princípio ético de respeito à sua vontade, ao seu direito de autogovernar-se e a participar ativamente do seu processo terapêutico, é, relativamente, recente na nossa história. Tradicionalmente, identifica-se uma tendência paternalista na conduta dos profissionais de saúde.²⁴

Nossa tendência é decidir pelo paciente o que é melhor para ele, como se o fato de estar doente lhe tivesse lhe tirado a razão. É necessário parar e perguntar respeitosamente o que ele quer saber. É mais fácil decidir por ele do que com ele, mas certamente o que é mais fácil não é a melhor postura.²⁵

Diante de um diagnóstico e/ou prognóstico difícil, na maioria das vezes, os profissionais de saúde não comunicam nada a respeito, temendo que tal informação possa levar a pessoa à depressão e ao desespero. Entretanto, a depressão, que geralmente ocorre após o diagnóstico de uma doença fatal, tem como causa, em grande parte, a famosa conspiração do silêncio. As mentiras e as ilusões geralmente são desastrosas, fazem mais mal que bem.²⁵

Ao estimularmos o paciente a participar das decisões sobre o próprio tratamento, estamos respeitando-o na sua integralidade. No entanto, o exercício da autonomia tem como pressupostos básicos o conhecimento sobre sua situação clínica, bem como informações claras e compreensíveis. O paciente tem de ter à disposição todos os dados relevantes para que possa, livremente, decidir. Esse é o nosso maior desafio.²⁴

Buscar aliviar a dor e o sofrimento

O alívio da dor é, evidentemente, importante. Entretanto, o melhor manejo da dor não alivia o sofrimento provocado pelo espectro do fim ou de uma grande perda, nem a indignidade do declínio e da incapacidade.²¹

Aliviar a dor é, muitas vezes, mais fácil do que aliviar o sofrimento. A dor pode ser considerada um alerta de um comprometimento na integridade física ou funcional do indivíduo. Sofrimento é uma emoção motivada por qualquer condição ou situação que submeta nosso sistema nervoso ao estresse ou desgaste.

Para aliviar a dor, temos como aliados muitos medicamentos, e ainda assim os pacientes morrem sentindo dor. Mas, para aliviar o sofrimento, os recursos são bem diferentes – conversar, tocar, olhar, se interessar –, por isso ele é tão negligenciado... Ainda há um consenso inútil que não podemos fazer essas coisas com os pacientes porque poderemos nos envolver.

Aceitar a morte quando ela é inevitável

Aceitar a morte e falar sobre ela é tão importante para o paciente quanto para o profissional de saúde. Normalmente, não gostamos de conversar sobre esse assunto, tentamos muitas vezes evitá-lo, como se a morte fosse algo sempre distante de nós e da nossa realidade.

Para a maioria das pessoas, a morte e o morrer têm significados negativos e estão relacionados a sentimentos de tristeza, impotência, angústia, medo, desconforto, frustração e fracasso. Para poucas

pessoas, esse processo desperta sentimentos de amor e satisfação. Talvez justamente porque percebemos a morte como uma finitude, e não como uma realização cumprida ou o final de uma etapa.

Assistir a família nos horários de visita

As necessidades dos familiares são, muitas vezes, desconhecidas ou menosprezadas pela equipe de saúde, sendo o paciente o principal foco do cuidado. A sensibilidade em perceber as necessidades da família pode resultar na implementação de novas políticas, como horário de visitas mais flexíveis, maior proximidade da equipe e maior facilidade na obtenção de informações.²⁶

Os horários de visita são momentos ímpares em que os profissionais de saúde podem interagir com a família. A família vivencia, durante o processo de adoecimento de um ente querido, inúmeros sentimentos, como medo, ansiedade, insegurança, preocupação, e, também, esperança de que tudo melhore e volte a ser como antes. A maioria dos familiares, durante esse processo, parece passar por um período turbulento de mudanças, transformações, amadurecimentos e buscas intensas de forças internas e externas para superar as dificuldades.²⁷

Conviver harmonicamente com a equipe multiprofissional

As relações entre a equipe multiprofissional se constroem, se fortalecem e também se deterioram a cada dia, principalmente a cada resolução de conflito. Uma resolução clara e positiva traz aprendizado e união, enquanto uma resolução catastrófica pode gerar mágoas e ressentimentos entre os profissionais de saúde.

Algumas ações podem proporcionar êxito na resolução de conflitos: focalizarmos o processo, e não as pessoas; lembrarmos-nos de que em comunicação não há *replay*, ou seja, é preciso pensar antes de falar; a maneira como nos colocamos em relação ao outro pode tanto favorecer a comunicação quanto dificultá-la, portanto devemos procurar não ser tão agressivos nas palavras e gestos; nem todas as pessoas se expressam bem, portanto, ao validarmos o que entendemos, podemos diminuir mal-entendidos.²⁸

Conviver harmonicamente com a equipe multiprofissional resolvendo positivamente os conflitos também é uma importante premissa do cuidar ético, pois, certamente, essas relações influenciam o desempenho dos profissionais de saúde no cuidado aos pacientes. Um ambiente profissional harmonioso e acolhedor é essencial para ser terapêutico e ético.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante, quando pensarmos em princípios éticos, ancorarmos no nosso dia a dia a dignidade como

um princípio de assistência, e não apenas como um conceito teórico.

A ética no cuidado ao paciente fundamenta nossas funções e responsabilidades para com ele. Ao repensarmos sobre o “como” estamos cuidando e as consequências de nossos atos sobre os pacientes,

passamos a valorizar todos os nossos atos, desde os menores até as grandes ações.

A ética nas relações também é fundamental, principalmente porque por meio delas podemos tanto descobrir quem realmente somos quanto refazer o que somos.

REFERÊNCIAS

1. Alves R. Sobre a morte e o morrer. J Folha SP. 2003 out. 12; Caderno Sinapse, fls 3.
2. Luz DC. Texto adaptado do livro “Insight II”. [Citado em 2009 abr. 14]. Disponível em:<http://www.primeiroprograma.com.br/site/website/news/show.asp?nwsCode=4514CDDF-DC09-4746-B8C2-895FDF18ABD3>
3. Fabriz DC. Bioética e direitos fundamentais: a bioconstituição como paradigma do biodireito. Belo Horizonte: Mandamentos; 2003.
4. Grande Enciclopédia Delta Larousse. Rio de Janeiro: Editora Delta; 1970.
5. Abbagnano N. Dicionário de filosofia. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
6. Martin LM. A ética e a humanização hospitalar. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Edições Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2004.
7. Freitas GF, Oguisso T, Fernandes MFP, Massarollo MCKB. Direitos do paciente com base nos princípios da bioética principialista. Rev Paul Enferm. 2005; 24(4):28-32.
8. Oguisso T. Novo código civil: seu impacto nas ações de enfermagem. Rev Pesqui Cuid Fundam. 2003; 7(1/2):61-76.
9. Boff L. Saber cuidar ética do humano: compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 2003.
10. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: “muito falado e pouco vivido”. Rev Latinoam Enferm. 2002; 10(2):137-44.
11. Zoboli E. Ética do cuidado: uma reflexão sobre o cuidado da pessoa idosa na perspectiva do encontro interpessoal. Rev Saúde Coletiva. 2007; 4(17):158-63.
12. Waldow VR. O cuidado humano: reflexões sobre o processo de enfermagem *versus* processo de cuidar. Rev Enferm UERJ. 2001; 9(3):284-93.
13. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 1998.
14. Gaiarsa JA. O olhar. 2ª ed. São Paulo: Gente; 2000.
15. Zoboli ELCP. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. Rev Esc Enferm USP. 2004; 38(1):21-7.
16. Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Edições Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2004.
17. Alves R. Será que escapo dessa? In: Alves R. O médico. Campinas: Papyrus; 2003.
18. Bettinelli LA, Waskiewicz J, Erdmann AL. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Edições Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2004.
19. Alves R. Escutatória. In: Alves R. O amor que ascende a lua. Campinas: Papyrus; 2004.
20. Wendhausen ALP, Rivera S. O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem. Texto & Contexto Enferm. 2005; 14(1):111-9.
21. Hardwig J. Spiritual issues at the end of life: a call for discussion. Trad Pessini L. Questões espirituais no fim da vida: um convite à discussão. Mundo Saúde (1995). 2000; 24(4):321-4.
22. Silva MJ. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 5ª ed. São Paulo: Editora Gente; 1996.
23. Silva MJ. Qual o tempo do cuidado?: humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2004.
24. Fabbro L. Atos de Disposição do Próprio Corpo: limitações jurídicas à autonomia do paciente. [Citado em 2009 maio 14]. Disponível em:<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v7/limjuridicas.htm>.
25. Pessini L. O direito à verdade. Alleluiah: Informativo Ecumênico do Comitê de Assistência Religiosa – CARE/HCFMUSP; 2007.
26. Maruti MR, Galdeano LE. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. Acta Paul Enferm. 2007; 30(1):37-43.
27. Puggina ACG. O uso da música e de estímulos vocais em pacientes em estado de coma: relação entre estímulo auditivo, sinais vitais, expressão facial e Escalas de Glasgow e Ramsay. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2006.
28. Rosso F. Gestão ou indigestão de pessoas: manual de sobrevivência para RH na área da saúde. São Paulo: Edições Loyola; 2003.

Data de submissão: 23/6/2009

Data de aprovação: 3/12/2009