

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ ESCOLA DE
MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
BIOÉTICA**

MIRIAN DE SOUZA PINHEIRO

**INFORMAÇÃO AO PACIENTE NO PRÉ OPERATÓRIO DE TRATAMENTO
EM CIRURGIA CARDÍACA:
UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA**

CURITIBA - PR 2022

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

P654i
2022
Pinheiro, Mirian de Souza
Informação ao paciente no pré operatório de tratamento em cirurgia
cardíaca : uma análise na perspectiva da bioética / Mirian de Souza Pinheiro ;
orientadora: Carla Corradi Perini. – 2022.
63 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2022
Bibliografia: f. 49-53

1. Bioética. 2. Ansiedade. 3. Coração - Cirurgia. 4. Comunicação na
medicina. I. Perini, Carla Corradi. II. Pontifícia Universidade Católica do
Paraná. Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PUCPR _____ PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

MARISTA
DEFESA DE DISSERTAÇÃO
Nº09/2023 ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO: Bioética

Em sessão pública às catorze horas e quinze minutos do dia trinta de março do ano de dois mil e vinte e três, via plataforma zoom <https://us06web.zoom.us/j/86753984188?pwd=c0ObC8SdE.SWUjhVMjI1mZVS2UT09> realizou-se sessão pública de Defesa da Dissertação INFORMAÇÃO AO PACIENTE NO PRE-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA apresentada pela aluna Mirian de Souza Pinheiro sob orientação da Professora Doutora Carla Cortadi Perini como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Bioética, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Professora Doutora Carla Corradi Perini Presidente (PUCPR) professor

Doutor Anor Sganzeria Coorientadora (PUCPR)

Professora Doutora Úrsula Bueno do Prado Guirro Membro externo
(UFPR)

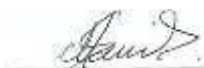
Início: 14h15min Término 16h.

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado aprovado.

O(A) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionada:

(I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 60 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluna: Mirian de Souza Pinheiro

Professor  Professor Doutor Mário Antônio Sanches

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

MIRIAN DE SOUZA PINHEIRO

**INFORMAÇÃO AO PACIENTE NO PRÉ OPERATÓRIO DE TRATAMENTO
EM CIRURGIA CARDÍACA:
UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Bioética. Área de concentração: Bioética Clínica, Humanização e Cuidados Paliativos da Escola de Medicina e Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carla Corradi Perini

CURITIBA 2022

MIRIAN DE SOUZA PINHEIRO

**INFORMAÇÃO AO PACIENTE NO PRÉ OPERATÓRIO DE TRATAMENTO
EM CIRURGIA CARDÍACA:
UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Área de Concentração: Bioética Clínica, Humanização e Cuidados Paliativos da Escola de Medicina e Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Bioética.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Carla Corradi Perini (Orientadora)
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Prof. Dr. Anor Sganzerla
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Prof.^a Dr.^a Úrsula Bueno do Prado Guirro Universidade
Estadual Paulista

Curitiba, 17 de março de 2023.

Dedico este trabalho aos profissionais da área da saúde que buscam, de uma forma ou de outra, aprimorar sua atuação a fim de entregar a pacientes e familiares o melhor atendimento possível.

AGRADECIMENTOS

Agradecer significa reconhecer que não somos e não construímos nada sozinhos.

Ao Pai do céu, sou grata por seu conduzir, pois mesmo não entendendo a forma como ele constrói o caminho da minha vida, consigo perceber o Seu zelo no princípio de cada fase que o curso da vida me permite realizar.

Eu quero agradecer aqueles que são as pessoas mais importantes da minha vida, meu pai e minha mãe. Vocês são as pessoas mais fantásticas do mundo. Vocês sempre me ensinaram valores importantíssimos, me deram amor e educação. Se hoje eu sou o que sou é simplesmente porque vocês estiveram sempre do meu lado, me apoiando e me mostrando o caminho certo a seguir. Meu muito obrigado a vocês.

Gratidão a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Bioética, pois, entendo que o conhecimento é a troca de informações de todas as pessoas que passam em nossas vidas. Porém, meu agradecimento muito especial à minha orientadora, professora Dra. Carla Corradi Perini, por seu olhar visionário e seu pronto entendimento da minha intenção com esta pesquisa me dando suporte, apoio e seu olhar sempre técnico, gentil e incentivador a cada reunião.

A todas as pessoas da minha vida, pelo incentivo, compreensão, apoio e pensamento positivo.

Agradeço a cada paciente que participou deste estudo. Eles não fazem ideia da sua imensa contribuição para o nosso conhecimento.

Agradeço ao HONPAR e seu corpo clínico, hospital ao qual pertenço e me possibilitou realizar mais um estudo.

Aos componentes da banca, obrigada por esse tempo de troca. Será de inegável valor e crescimento para mim.

“É mais importante conhecer a pessoa que tem a doença do que a doença que a pessoa tem” - **(HIPÓCRATES)**.

RESUMO

O bem-estar do paciente candidato ao procedimento cirúrgico cardíaco deve ser o objetivo principal de cuidado por parte dos profissionais de saúde. Ressalta-se que na fase pré-operatória, pacientes podem apresentar níveis consideráveis de ansiedade, e, pode produzir efeitos psicológicos e somáticos com potencial de interferir na recuperação do pós-operatório. A informação é a reunião dos conhecimentos, dos dados sobre um assunto ou pessoa. Uma das etapas do processo de comunicação efetiva em saúde é a informação, sendo a mesma de extrema importância pois tem o objetivo de transmitir aos pacientes os conhecimentos dos dados a respeito do tratamento proposto pelo médico aos mesmos. O objetivo geral desta pesquisa é analisar se a informação sobre o tratamento cirúrgico cardíaco foi transmitida aos pacientes pelos profissionais de saúde e se os mesmos conseguiram entender e reter a informação, na expectativa de que quanto mais consciente os pacientes se apresentassem a respeito do processo, melhores seriam os resultados clínicos no pós-operatório imediato e tardio. Para tanto foi realizada uma pesquisa de abordagem quantitativa, prospectiva, transversal e analítica, aprovada pelo comitê de ética em pesquisa institucional. Participaram da pesquisa 251 pacientes, sendo 156 mulheres e 95 homens, internados em um hospital do estado do Paraná, candidatos à realização de cirurgia cardíaca. Foi aplicado o Inventário de ansiedade de Beck que contém 21 perguntas, um questionário de 6 perguntas sobre as informações da cirurgia e um questionário de 5 perguntas sobre a relação com os profissionais de saúde. A análise de dados foi realizada pelo *software* de análise estatística SPSS. Os resultados indicam que o médico foi o principal profissional que os pacientes retiveram as informações por ele fornecidas. Não houve diferença estatística na relação dos níveis de ansiedade no pré-operatório com prognóstico dos pacientes, bem como, não foi encontrada diferença estatística no tempo de internamento entre os pacientes que receberam ou não informações sobre a cirurgia e sobre o pós-operatório. Entretanto, os dados alertam para uma porcentagem média expressiva de (42,2%) de respostas negativas dos pacientes em relação às cinco questões que exploraram o processo de informação no período pré-operatório da cirurgia cardíaca. O resultado da pesquisa mostrou que o médico foi o mais citado pelos pacientes como o profissional que mais segurança e informação lhe passaram. Apesar dos esforços da equipe multiprofissional em estabelecer uma relação de confiança com o paciente, na pesquisa ficou evidente que existem lacunas a serem revistas e preenchidas no sentido de evidenciar quais foram as falhas no momento de passar a informação aos pacientes, uma vez que os pacientes com níveis de ansiedade alto e que relataram não terem recebido as informações no pré-operatório foi uma média expressiva (42,2%).

Palavras-chave: Ansiedade; Bioética; Cirurgia Cardíaca; informação em saúde.

ABSTRACT

The well-being of patients who are candidates for cardiac surgery should be the main objective of care by health professionals. It is noteworthy that in the preoperative phase, patients may have considerable levels of anxiety, and may produce psychological and somatic effects with the potential to interfere with postoperative recovery. Information is the gathering of knowledge, data about a subject or person. One of the stages of the effective communication process in health is information, which is extremely important because it aims to transmit to patients the knowledge of the data regarding the treatment proposed by the doctor to them. The general objective of this research was to analyze whether information about cardiac surgical treatment was transmitted to patients by health professionals and whether they were able to understand and retain the information, in the expectation that the more conscious patients were about the process, better would be the clinical results in the immediate and late postoperative period. Therefore, a research with a quantitative, prospective, cross-sectional and analytical approach was carried out, approved by the institutional research ethics committee. 251 patients participated in the research, 156 women and 95 men, admitted to a hospital in the state of Paraná, candidates for cardiac surgery. The Beck Anxiety Inventory was applied, which contains 21 questions, a questionnaire with 6 questions about surgery information and a questionnaire with 5 questions about the relationship with health professionals. Data analysis was performed using SPSS statistical analysis software. The results indicate that the physician was the main professional that the patients retained the information provided by him. There was no statistical difference in the relationship between anxiety levels in the preoperative period and the patients' prognosis, as well as, no statistical difference was found in the length of stay between patients who received or did not receive information about the surgery and the postoperative period. However, the data point to a significant mean percentage (42.2%) of negative responses from patients in relation to the five questions that explored the information process in the preoperative period of cardiac surgery. The result of the research showed that the doctor was the most cited by the patients as the professional who gave them the most security and information. Despite the efforts of the multidisciplinary team to establish a relationship of trust with the patient, the survey made it clear that there are gaps to be reviewed and filled in order to show what were the failures when passing on information to patients, since patients with high levels of anxiety and who reported not having received preoperative information was a significant average (42.2%).

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 - Distribuição de frequência dos resultados do Inventário de Ansiedade de Beck conforme os níveis de ansiedade dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca incluídos neste estudo (n=251). 32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características gerais da população estudada (n=251). 31

Tabela 2 - Distribuição e correlação dos níveis de ansiedade avaliado pelo Inventário de Beck de acordo com as variáveis idade, sexo, escolaridade e número de moradores no domicílio dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca incluídos neste estudo (n=251) 33

Tabela 3 - Correlação das respostas ao questionário de avaliação do processo de comunicação pré-operatório com os níveis de ansiedade dos pacientes avaliados pelo Inventário de Beck (n=251). 34

Tabela 4 - Correlação das respostas ao questionário sobre o profissional envolvido no processo de comunicação pré-operatório com nível de ansiedade do paciente avaliado pelo Inventário de Beck (n=251). 35

Tabela 5 - Influência do processo de comunicação no tempo de internação pósoperatório de cirurgia cardiovascular. 36

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
DAC	Doença arterial coronariana
EAs	Eventos Adversos
IAM	Infarto agudo do miocárdio
ICC	Insuficiência Cardíaca
SPSS	Statistical Package for Social Science for Window
TCLE	Termo de Esclarecimento livre esclarecido
UTI	Unidade de tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	Erro! Indicador não definido.
1.1 ANSIEDADE FRENTE AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E A IMPORTÂNCIA DA ADEQUADA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....	20
1.1.1 Paternalismo no cuidado em saúde	24
1.1.2 Autonomia do Paciente	27
2. ARTIGO 1	31
2.1 INTRODUÇÃO	33
2.2 METODOLOGIA	34
2.3 RESULTADOS	36
2.4 DISCUSSÃO	43
3 CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXO A.....	62
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	62
ANEXO B.....	64
QUESTIONÁRIO SOBRE O TRATAMENTO DE CIRURGIA CARDÍACA	64
ANEXO C - QUESTIONÁRIO SOBRE A COMUNICAÇÃO COM OS	65
PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	65
ANEXO D.....	66
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	66
ANEXO E.....	68
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO HONPAR	68
ANEXO F	69
TERMO DE AUTORIZAÇÃO EQUIPE CIRURGIA CARDÍACA I.....	69
ANEXO G.....	70
TERMO DE AUTORIZAÇÃO EQUIPE CIRURGIA CARDÍACA II.....	70
ANEXO H.....	71
TERMO DE AUTORIZAÇÃO EQUIPE CIRURGIA CARDÍACA III.....	71

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde estabeleceu seis metas internacionais de Segurança do Paciente. Tão importante a sua importância, foi estabelecido um Dia Mundial da Segurança do Paciente, celebrado em 17 de setembro. Essas metas de segurança têm como objetivo promover melhorias específicas e constantes na assistência.

Dentre elas citamos: 1). Identificar corretamente o paciente; 2). Melhorar a comunicação; 3). Melhorar a segurança do paciente na prescrição, no uso e; na administração de medicamentos; 4) Cirurgia segura; 5). Higienizar as mãos para evitar infecções; 6). Reduzir o risco de quedas e lesões por pressão.

Para este estudo voltamos o nosso olhar para a Meta 2: Melhorar a comunicação, através da informação do tratamento cirúrgico. Para uma assistência segura é necessário que a comunicação seja efetiva entre os profissionais da saúde e demais setores, garantindo que essas informações sejam transmitidas de forma completa e clara para dar continuidade no cuidado do paciente

Para entender o que é a Comunicação Efetiva em saúde é necessário, antes de tudo, entender o que é a comunicação e quando ela ocorre. Trata-se de um processo que envolve três elementos: um emissor, uma mensagem e um receptor. A comunicação só ocorre quando o último compreendeu a informação (mensagem) exatamente como pretendia o emissor. Qualquer dúvida ou interpretação equivocada é um sinal de que houve ruído e que a comunicação, portanto, não ocorreu (HEMOS, LABORATÓRIO MÉDICO, 2020).

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são aquelas que afetam o sistema cardiocirculatório, constituindo a principal causa de morte no mundo (ROHDE et al., 2018). A definição de DCV agrupa três principais causas: Doença Isquêmica do Coração (DIC) ou Infarto do Miocárdio (IAM), em sua forma aguda; Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Insuficiência Cardíaca (IC) (OLIVEIRA et al., 2020).

O entendimento sobre DCV se faz importante, na medida em que suas complicações possuem impacto no indivíduo, pela perda de produtividade no trabalho e na redução da renda familiar, e impacto no sistema de saúde devido ao uso de medicamentos e internações hospitalares (ROHDE et al., 2018; MALTA et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2020).

Dentro da perspectiva singular que permeiam as possibilidades de tratamento para as DCV (Doenças Cardiovasculares), a cirurgia cardíaca é um dos procedimentos mais complexos para o manejo destes problemas. Ambas são complexas nas relações humanas que contemplam este vínculo na comunicação entre profissional de saúde e paciente diariamente.

Estas relações nos fazem pensar à luz das “regras”, morais ou cívicas, presentes neste convívio, e que se tornam mais especiais por acontecer em um momento na vida do paciente contornado por medo da morte, insegurança dos resultados do tratamento e tendo como único ponto de confiança os profissionais de saúde envolvidos no procedimento. A aproximação inevitável entre o profissional de saúde e o paciente exige daquele a aplicação de virtudes e princípios bioéticos, por exemplo, compaixão e respeito à autonomia do paciente, em sua prática clínica.

Na visão de Pellegrino (1979), a preocupação genuína da centralidade na pessoa humana dentro do aspecto da atividade profissional, se traduz no respeito pela sua liberdade, dignidade e sistema de valores, numa demonstração de cuidado e interesse pelo seu bem-estar. O autor ainda pontua que o relacionamento verdadeiramente humanista entre o profissional de saúde e o paciente permite que cada um expresse a sua humanidade de forma legítima.

Para se estabelecer um tratamento que respeite sua dignidade, esta relação necessita da informação para o paciente e, após sua assimilação, sua concordância, fato este que somente se torna possível ao se estabelecer uma comunicação efetiva.

O autor Ferreira (1986, p. 443) enfatiza que a comunicação é “[...] a capacidade de trocar ou discutir ideias, de dialogar, de conversar, com vista ao bom entendimento entre pessoas”.

Corroborando dessas palavras os autores Nascimento Júnior e Guimarães (2003) ressaltam que evidente que essa regra se aplica para qualquer tipo de comunicação e o seu sucesso está diretamente ligado às relações e expectativas dos comunicantes. Apesar desse assunto estar sendo amplamente divulgado e discutido em todos os setores e áreas de trabalho, inúmeras são as rejeições encontradas em todas as áreas, inclusive na área da saúde.

A comunicação entre profissional de saúde e paciente é um elemento importante no estabelecimento do diagnóstico e, muito especialmente, na prevenção de erros de diagnóstico (GRABER; FRANKLIN; GORDON, 2005). Segundo Kuhn (2002) o processo de estabelecimento do diagnóstico integra três fases sequenciais: coleta de informações; integração das informações obtidas; e verificação do diagnóstico. A autora ainda afirma que qualquer uma destas fases, mas principalmente, a coleta de informações e a verificação do diagnóstico, dependem da qualidade de comunicação.

No contexto da cirurgia cardíaca, Gonçalves et al. (2016) relatam que a falta de orientação e uma informação efetiva no pré-operatório de cirurgia, atrelado à ausência de apoio por parte da equipe de saúde, torna-se um impeditivo para um relacionamento terapêutico adequado, causando assim a permanência dos pacientes em estado ansioso durante toda a internação. A presença de informações sobre a cirurgia, ao contrário, contribui para a redução dos níveis de ansiedade.

O tratamento cirúrgico cardíaco depende diretamente das características da doença; sua duração, a intensidade, a gravidade, os sintomas que produz, a incapacidade que gera e a possibilidade de cura por outros meios (JUAN, 2007). Para Tarasoutchi et al. (2011), o desafio para os pacientes que se submeterão ao procedimento cirúrgico cardíaco é que este traz limitações pré e pós-cirúrgicas, como mudanças em seus hábitos de vida, além da vulnerabilidade do transoperatório, podendo gerar níveis consideráveis de ansiedade. Juan (2007) relata que o estresse do procedimento pode gerar também uma dor importante, um sentimento de impotência, mudanças permanentes nas funções corporais, insegurança e alterações na qualidade de vida.

Para Grisa e Monteiro (2015) a intervenção cardíaca traz consigo grande carga emocional e anseios característicos naquele que se submeterá a ela, o que pode ser minimizado por meio do apoio psicológico na situação de crise. A ansiedade é comum e facilmente observada no paciente diante do ato cirúrgico, e deve ser acolhida. O paciente passa a ter condutas contraproducentes que dificultam o desenvolvimento do processo operatório (PENICHE; JOUCLAS; CHAVES, 1999).

Juan (2007) descreve que o sentimento de ansiedade aguda é acompanhado por reações fisiológicas características, tais como: taquicardia, hiperventilação, aumento da pressão arterial, sudorese, tremor etc.; reações cognitivas, tais como alteração do fluxo de pensamentos, ausências (branco) etc.; e reações comportamentais, nas quais o indivíduo inicia uma série de atividades e não consegue terminá-las, quando o indivíduo demonstra intensa agitação psicomotora, ou ainda quando paralisa e não consegue prosseguir suas atividades. Em casos de ansiedade crônica comunicada ao médico assistente, são tomadas medidas específicas para controle da mesma.

Segundo Gonçalves et al. (2015) o bem-estar do paciente cirúrgico cardíaco deve ser o objetivo principal dos profissionais de saúde, uma vez que, é na fase préoperatória que eles podem apresentar níveis consideráveis de estresse e desenvolver sentimentos que atuam negativamente em seu estado emocional, tornando-os vulneráveis e dependentes bem como dificultando na recuperação dos mesmos.

Pela própria natureza da complexidade do tratamento cirúrgico cardíaco, muitas vezes entre o limite da vida e da morte, profissionais da saúde podem sim, inerentes à sua vontade ou escolha, cometer falhas ou abstenções de informações, pelos mais variados motivos, no processo da comunicação no tratamento cirúrgico cardíaco. Esta comunicação, pouco efetiva, independente da causa, resulta em informação incompleta, ou, assimilação incorreta por parte do paciente, fazendo assim com que ele não tenha isenção completa para dimensionar completamente todo o complexo processo pelo qual será submetido (AMORIM; SALIMENA, 2015).

A comunicação efetiva na saúde é tema de relevância também para as políticas públicas de saúde. A partir da década de 80 as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) trouxeram ao debate a necessidade de se ampliar os canais de comunicação em saúde (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). Em sua histórica trajetória de inclusão, durante a 11^a Conferência Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde reconheceu a necessidade de um melhor diálogo entre os serviços, os profissionais de saúde e os usuários, que transmita segurança e confiança nos diagnósticos e tratamentos adotados (CNS, 2000).

Portanto, sob o olhar do Conselho Nacional de Saúde, desde 2000, as autoridades em saúde reconheceram a importância de uma comunicação efetiva, que alcance de fato os pacientes e cumpra o seu papel no respeito de sua autonomia, bem como, minimizando a incidência de eventos adversos.

Nogueira e Rodrigues (2015) apontam que os desafios no trabalho em equipe e na comunicação entre os profissionais de saúde têm sido um dos principais fatores que contribuem para os erros na atenção à saúde, eventos adversos (EAs) e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados. As autoras ainda pontuam que os EAs são caracterizados como complicações resultantes da assistência prestada aos pacientes, que não tem relação com o prognóstico esperado da doença.

As autoras ainda acrescentam que estas complicações resultantes da assistência equivocada prestada aos pacientes compõem uma considerável parte dos gastos hospitalares e um dos maiores empecilhos para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Desta forma esta dissertação teve como pergunta norteadora: A comunicação efetiva no período pré-operatório, como ferramenta de promoção da autonomia, tem relação com os níveis de ansiedade aguda do paciente submetido à cirurgia cardíaca e com o tempo de internação após a cirurgia?

A hipótese é baseada na percepção da importância da comunicação efetiva no período pré-operatório e na sua interferência nos níveis de

ansiedade resultando em um aumento do tempo de internação nos pacientes submetidos a cirurgias cardíacas em seu pós-operatório. Adicionalmente, a inadequação do processo de comunicação compromete o exercício da autonomia do paciente.

O objetivo geral desta pesquisa parte da análise do processo de comunicação em saúde no pré-operatório de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e seu impacto no nível de ansiedade e, conseqüentemente, no prognóstico do pós-operatório, na perspectiva da bioética. Especificamente: identificar o nível de ansiedade pré-operatório dos pacientes envolvidos na pesquisa e se há relação com o tempo de hospitalização no pós-operatório; assim como também verificar se o processo de comunicação no período pré-operatório de cirurgia cardíaca pode auxiliar na promoção da autonomia dos pacientes.

1.1 ANSIEDADE FRENTE AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E A IMPORTÂNCIA DA ADEQUADA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A notícia sobre a necessidade de se submeter a um procedimento cirúrgico traz à pessoa uma mensagem de que sua saúde está debilitada. A forma como a pessoa entende essa “ameaça” (cirurgia) pode desencadear ansiedade, manifestada por sensações de medo e estresse (JUAN, 2007). Essas sensações não controladas podem levar a complicações consideráveis durante procedimentos cirúrgicos cardíacos. Portanto, pode ser benéfico reduzir o estresse, a ansiedade e a incerteza com intervenções prévias ao procedimento cirúrgico (BLOCK et al., 2022). Intervenções cognitivas e educativas pré-operatórias foram comprovadas para influenciar positivamente o nível de ansiedade, satisfação com o tratamento e dor do paciente (OLIVEIRA, 2011).

A prática clínica e o contato com os pacientes permitem a definição de que a ansiedade se caracteriza por ser um estado emocional subjetivo, direcionada para o futuro, que gera desconforto somático subjetivo, bem

como alterações somáticas manifestas (JUAN, 2007). A autora relata existir um nível de ansiedade considerado normal e positivo.

Os níveis de ansiedade são considera das reações próprias da personalidade e sua presença não representa nenhum estado excepcional da pessoa, pelo contrário, são parte do funcionamento natural de cada um, pois atua como uma força motivadora de todas as condutas e comportamentos das pessoas (JUAN, 2007).

O grande desafio para a maioria dos profissionais da área da saúde neste contexto é justamente determinar e admitir que a relação profissional de saúde/paciente, pode ser o fator determinante no sucesso do tratamento, uma vez, que pacientes menos ansiosos tem resultados clínicos melhores no pós-operatório. É correto afirmar também que o vértice deste relacionamento está pautado na comunicação efetiva, em que esta importante ação do profissional de saúde vem a influenciar comportamentos individuais e coletivos e pode auxiliar na ampliação do debate para posterior conscientização sobre os mais diversos assuntos e para o posicionamento da pessoa como cidadã (CAETANO; GARRAFA, 2014).

São inquestionáveis os avanços da tecnociência e os aspectos positivos das possibilidades diagnóstico-terapêuticas hoje disponíveis. Porém, tais possibilidades de intervenções trazem à tona aspectos pouco satisfatórios ou francamente insatisfatórios. Dentre elas, surge o descontentamento da pessoa com a assistência prestada pelos serviços de saúde que parece não residir exclusivamente na suposição do erro diagnóstico-terapêutico, mas na relação cada vez mais distante entre o profissional de saúde e o cidadão (SANTOS, 2018).

Diante desse contexto Moraes (2022) lista o que seriam, do ponto de vista do paciente e de seus familiares, as principais queixas quanto à assistência recebida. Segundo os autores, o paciente: a) não é adequadamente esclarecido sobre os aspectos relacionados à sua doença e ao tratamento proposto; b) é tratado como um mero objeto e não como uma pessoa; está, muitas vezes, exposto a posturas contraditórias dos profissionais que o atendem, e que podem gerar ansiedade e temor desnecessários; c) não tem sua assistência primariamente orientada para

atender seus desejos ou suas necessidades; e d) não encontra condições de infraestrutura que o façam sentir seguro e confortável. Dessa maneira, a insatisfação do paciente em sua relação com o serviço de saúde não se prende apenas aos possíveis erros médicos.

Segundo Caetano e Garrafa (2014) o conceito de comunicação se ampliou no mundo globalizado, e, que atualmente, são necessários não só elementos básicos, como emissor, receptor e mensagem, mas também aspectos como a compreensão do conteúdo, a assimilação e processamento de informações para provocar a ação consciente e, possivelmente, transformadora na vida de cada um.

O entendimento do resultado do processo de comunicação pode ser visto como uma forma de poder ao receptor da mensagem. Uma vez que a partir do momento que estes conhecimentos são significativos, assimilados e se tornam conscientes, o indivíduo passa a ter condições de interpretar e formar juízo de valor a respeito da temática. Assim, tem condições de exercer sua autonomia na tomada de decisão livre de pressões ou coerções (CAETANO; GARRAFA, 2014).

Grimberg (2010) relata que a ansiedade, raiva, culpa, receio de mudança nos relacionamentos, afastamento de funções na família e no trabalho, perda da independência e preocupações financeiras combinam-se, provocando hesitações e acentuam óbices à capacidade de compreensão do paciente, comprometendo consequentemente, a autonomia na tomada de decisão.

Além desses fatores, Garrafa e Lorenzo (2009) afirmam que a vulnerabilidade social é aceita como um fenômeno determinado pela estrutura de vida cotidiana das pessoas e comunidades. Esta vulnerabilidade se apresenta como uma barreira a ser incluída, uma vez que a população brasileira apresenta uma diversificada camada sociocultural, em que a maioria além de apresentar baixo nível de escolaridade, apresenta também dificuldades em assimilar situações de conflitos e estresse, a exemplo da submissão a um procedimento cirúrgico.

Há que se ressaltar neste ponto o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que faz parte da rotina médica e dos hospitais. Exigência

do Código de Ética Médica, o TCLE deve esclarecer o paciente sobre intervenções que serão feitas e seus riscos. Por mais que não seja uma novidade, muitos serviços de saúde ainda enfrentam dificuldades em sua aplicação.

O objetivo fundamental de um termo de consentimento é dar autonomia ao paciente para que ele escolha se quer ou não aquela intervenção. O termo deve esclarecer os benefícios e os riscos que aquela intervenção traria para a saúde dele. O Código de Ética Médica determina como um de seus princípios fundamentais que o médico obtenha o consentimento do paciente para as intervenções – salvo em caso de risco iminente de morte. O termo de consentimento começou a ser usado como documento nas últimas duas décadas, mas ainda há uma lacuna entre a teoria e a prática (OLIVEIRA, 2020).

Outrossim para o Ministério da Saúde (2018) o mais usual é o termo ser entregue na hora em que o paciente está entrando para a sala de cirurgia. Ou, então, o paciente afirma que não foi avisado daqueles riscos. Ocorre uma outra confusão com frequência: o termo de consentimento é uma boa prova em processos médicos e judiciais, mas não exime o profissional nem a instituição de serem responsabilizados por uma conduta dolosa, negligente ou imprudente. O termo é uma ótima peça de defesa para o profissional, mas não tira dele a necessidade de ser diligente e prudente.

Os profissionais de saúde têm como base de seu trabalho as relações humanas, por isso, precisam aprimorar suas habilidades de comunicação. É extremamente necessário saber não apenas o quê, mas quando e como falar, bem como, precisam saber quando calar, substituindo a frase por um toque afetivo (MARQUÊS, 2019)

Na visão de Borges (2015), é fundamental que a comunicação em saúde seja clara, compreensível, verossímil e principalmente personalizada às necessidades de informação do paciente naquele momento, bem como, adaptada ao seu nível cultural e capacidades cognitivas. Compreende-se então que desta forma a comunicação em saúde se apresenta de forma efetiva e assume papel importante, na medida em que pode influenciar significativamente a satisfação das pessoas doentes e seus familiares, a sua

adaptação psicológica à doença, os seus comportamentos de adesão e a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados (BORGES, 2015).

1.1.1 Paternalismo no cuidado em saúde

Na prática de saúde, um ponto amplamente discutido e evidenciado é o resgate da relação profissional-paciente, como um meio essencial e complementar aos recursos tecnológicos. O conhecimento da importância e do papel da relação profissional-paciente na prática clínica, assim como de todos os fenômenos que se processam na sua dinâmica, são os pré-requisitos primordiais para promover uma melhor compreensão do assunto (BATISTA, 2010).

Entretanto, para se entender esta interação é importante conhecer e compreender a própria história dessa relação na evolução da prática em saúde, assim como discernir todos os fatores que participam deste relacionamento, principalmente os fenômenos psicodinâmicos, os quais descrevem as inúmeras atitudes e reações possíveis de ocorrer entre as partes diretamente envolvidas (JÚNIOR; GUIMARÃES, 2003).

Vidal et al. (2022) relatam que a medicina em seus primórdios tinha a relação profissional-paciente como um alicerce que, junto com o exame físico, permitia a extração das informações que norteavam o diagnóstico e a terapêutica da época. Já em meados do século XX destaca-se o profissional cientificista, que refletia a medicina como uma ciência exata e biológica, desprezando o seu caráter humanista.

Atualmente tem-se evidenciado uma valorização crescente dos exames tecnológicos, totalmente centrados na doença, diminuindo assim o interesse pela experiência do paciente. Não obstante, não devemos desprezá-los, porém, a objetividade de seus resultados parece estar se sobrepondo à relação profissionalpaciente

Ponto fundamental para o desenvolvimento desta relação é compreender os fatores psicodinâmicos, os quais descrevem as inúmeras atitudes e reações possíveis de ocorrer entre profissional e paciente. Em sua essência a medicina era pautada nos parâmetros que fundamentaram o modelo do médico hipocrático, isto é, um profissional que dispunha de dois

alicerces básicos para o exercício da medicina: o exame físico e, em especial, a relação profissional-paciente. Relação essa que favorecia a extração de todas as informações que iriam nortear a formulação do seu diagnóstico e da sua terapêutica (VIDAL et al., 2022). O ato de “curar”, exercido pelo médico, não era apenas uma operação meramente técnica, mas, fundamentalmente, uma operação humana científica, bem elaborada, complexa e dispendiosa.

No entanto, a partir da segunda metade do século XIX, importantes descobertas causaram uma verdadeira revolução na prática clínica. O desenvolvimento de conhecimentos nos campos da patologia, das análises laboratoriais, de medicamentos mais eficazes e os avanços tecnológicos, possibilitou à ciência médica um controle maior das doenças e uma maior probabilidade de cura (OLIVEIRA, 1981).

Talvez estas descobertas possam ser consideradas como um divisor de águas na atuação clínica que até então, era conduzida pelo médico a partir de sua proximidade com o seu paciente, aliado a seu exame físico para conduzir o diagnóstico e a terapêutica correta, e passou a possuir uma gama de recursos tecnológicos e condutas. Ainda podemos observar que estas novas condutas não dependiam diretamente de uma boa relação médico-paciente e ainda poderiam promover certo afastamento do profissional e da pessoa que ele estava atendendo (GAUDERER, 1988).

Dessa forma, a necessidade antes primordial de desenvolver uma estreita relação com o paciente para tecer um diagnóstico correto e uma terapêutica adequada foi sendo gradativamente substituída pela solicitação e execução de exames mais acurados e utilização de medicamentos mais eficazes. Desde então esta relação manteve-se com tendências ao distanciamento e a impessoalidade como resultado do avanço tecnológico.

Para Gauderer (1998) os médicos passaram a atuar como um professor, ou seja, do mesmo modo que este último cria uma parceria com seus alunos ao transmitir seus conhecimentos, o médico também o faz com seu paciente quando atuam conjuntamente com o mesmo objetivo, empenhados em desenvolver e efetivar um plano terapêutico. O autor ainda pontua que assim como o professor não costuma permitir ao aluno uma voz

mais ativa no seu currículo escolar, o médico também não escuta suficientemente os anseios de seus pacientes. Isso pode ser extrapolado para os outros profissionais de saúde.

Na visão de Vidal et al. (2022) os dados indicam que é através dos seus conhecimentos que o profissional de saúde pode aperfeiçoar sua capacidade de relacionar-se com o seu paciente, produzindo, assim, uma interação necessária para o exercício de um cuidado integral que beneficiará ambas as partes.

Os autores acima supracitados concluem ainda que os fatos relatados sugerem que para se desenvolver uma relação profissional-paciente de forma satisfatória não se faz necessário exigir do profissional grande esforço, muito pelo contrário, o básico da relação não depende de recursos tecnológicos, de drogas de última linha ou de conhecimentos científicos elaborados, eles podem ser corrigidos independentemente de recursos financeiros ou técnicas apuradas e está intimamente ligado a um contexto propiciador de diálogo e cooperação entre as partes envolvidas (VIDAL et al., 2022).

Portanto, considerando ser o profissional o componente mais conscientizado na relação profissional-paciente, espera-se que parta dele o desejo de manifestar, idealizar e desenvolver essa relação na sua forma mais ampla, considerada tão necessária na atualidade, tendo assim como consequência o respeito ao paciente e salvaguarda de sua autonomia.

Segundo Junior e Guimarães (2003), atualmente existem recursos para lidar com cada fragmento do homem, mas falta ao profissional a habilidade para dar conta do mesmo homem em sua totalidade. Os autores informam que a temática sobre a relação profissional-paciente encontra um renovado interesse na produção científica, na formação e prática clínica buscando proporcionar uma melhoria da qualidade do serviço de saúde.

A distância entre o profissional e o paciente, e uma comunicação insatisfatória, é um importante fator, uma vez que para esta relação ser simétrica ambas as partes precisam estar abertas para que assim se estabeleça uma comunicação efetiva que proporcione ao paciente

informações suficientes para que ele consiga fazer juízo de valor sobre a situação, para então, exercer a sua autonomia de forma consciente e livre.

1.1.2 Autonomia do Paciente

Os direitos humanos fundamentais devem ser entendidos com base no princípio da dignidade da pessoa humana. Princípio esse que irradia no âmbito da autonomia e da vontade do paciente em tratamento médico (SILVA et al., 2022).

Castro et al. (2019) relata que uma boa comunicação do triângulo terapêutico paciente – família – profissional de saúde pode reduzir angústias, traumas e, até mesmo, necessidade de medicações analgésicas. Em se tratando de tratamento médico, em especial a cirurgia cardíaca, é comum esta relação começar com omissões ou mudança da informação sobre sua doença, com a finalidade de proteger o paciente do impacto que possa ter sobre sua vida. Porém, devemos fazer uma reflexão acerca da autonomia do paciente e esta falta de comunicação efetiva escolhida por terceiros que fere o seu direito de escolha ao negar-lhe o acesso a informações e ao debate deliberativo e justo.

Nesta perspectiva em 2019 entrou em vigor o novo Código de Ética Médica e, com ele, veio à tona a importância da autonomia do indivíduo doente:

Capítulo I, princípio XXI: No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019)

Portanto, um doente esclarecido tem maior probabilidade de colaborar ativamente em todas as solicitações dos profissionais de saúde, o que será favorável na sua recuperação. Entretanto, este objetivo somente será alcançado proporcionando ao paciente uma comunicação efetiva, de forma clara e objetiva com vistas ao respeito da sua autonomia (FONSECA; AFONSO, 2020).

Locke (2002), afirma que no estado natural os seres humanos nascem livres e racionais. O autor relata também que, por conseguinte, os homens seriam iguais, independentes e governados pela razão.

O princípio da autonomia tem sido extensivamente destacado nos EUA nas últimas décadas não só a fim de se evitar as crescentes demandas judiciais, mas também para melhorar o relacionamento entre usuários e profissionais da saúde (BARCAROLLO, 2020). Aquele que é autônomo delibera sobre seus objetivos pessoais e age na direção desta deliberação (SILVA et al, 2012).

Ao falarmos da relação autonomia/deliberação, faz-se necessária pontuar alguns aspectos. Segundo o Dicio (2009, 2022), “[...] deliberar é tomar uma decisão após pensar, analisar ou refletir”. Portanto para deliberar é necessário atribuir-se do poder do conhecimento dos fatos em sua totalidade.

A deliberação moral, é mais prudente e menos exata, e parece se encaixar melhor na tomada de decisão frente à autonomia do paciente. A deliberação moral é o acatamento dos valores e deveres integrantes nos fatos concretos para dirigir a situação de maneira coerente e sensata. Possui uma racionalidade que não visa uma decisão ideal, certa ou que potencialize os resultados, mas que parte em busca de soluções prudentes (OLIVEIRA, 2014).

O autor acima supracitado ainda enfatiza que deliberar não se resume a explicações, é uma ação que interpreta dados, que provém da reconhecimento e da ratificação desmedida da realidade, dos quais resultam a necessidade de desenvolver a compreensão das coisas e dos fatos a partir da inserção de diferentes visões e perspectivas (OLIVEIRA, 2014).

Zoboli (2012), afirma que deliberar, além de conhecimentos e habilidades implica atitudes de: respeito mútuo, humildade, modéstia intelectual e desejo de enriquecer a própria compreensão dos fatos por meio da escuta dos outros, para a análise crítica e pública dos próprios pontos de vista. Assim sendo, deliberar é um comportamento ético atrelado ao exercício médico de saber ouvir seu paciente.

A partir de uma deliberação mútua, consciente, partilhada e esclarecedora a beneficência baseada na confiança surge como um elo seguro entre o paciente e o profissional de saúde. Este nível de entendimento só é possível com profundo respeito à autonomia do paciente, frente a seus direitos, suas limitações e seus valores (ZOBOLI, 2012).

Há que se ressaltar ainda que o modelo de decisões baseado na autonomia é firmemente fundado na dignidade dos seres humanos e na reivindicação de que eles têm direito à privacidade em relação aos outros, ao autocontrole, ao estabelecimento de seus próprios valores e planos de vida baseados em informações e raciocínio, assim como à liberdade para agir sobre os resultados de suas cogitações (PELLEGRINO, 1979). O mesmo autor ainda acrescenta que o princípio da autonomia não pode ser concebido como simples, exclusivo ou que se sobreponha na ética biomédica.

Pelegrino (1979) ainda menciona que a complexidade entre muitos princípios e suas relações, se evidencia quando consideramos a importância tanto da beneficência, que apoia o paternalismo, como da autonomia, que limita e constrange o paternalismo

Pellegrino (1979) apud Cruz (2014) defende ainda que o dever primário do médico é agir pelos melhores interesses de seu paciente. Os autores ressaltam que o princípio da beneficência reúne a preocupação com os interesses do paciente somado à preocupação pela sua autonomia.

Este tipo de beneficência, que está conectada a outros princípios éticos, é denominado de beneficência baseada na confiança, ou seja, o médico e o paciente mantêm na confiança o objetivo de agir visando os melhores interesses um do outro nessa relação. Portanto o cumprimento dessa confiança está na realização do plano combinado para o restabelecimento da saúde do paciente e o ônus da confiança fica mais frequentemente com o profissional que é quem deve agir sempre segundo os melhores interesses da pessoa adoecida (ANACLETO, 2019).

O mesmo autor ainda acrescenta que toda pessoa adoecida fica vulnerável, com medo, tanto quanto sua família. Todos precisam ter fé e confiar naquele profissional a quem ela se entregou e, antes de tudo, naquela

pessoa humana que o está tratando. Esta relação deveria estabelecer-se pautada na extrema confiança e respeito mútuo. A percepção é a de que o médico deve aperfeiçoar a comunicação com profissionalismo médico e humanização a seus pacientes para conquistar este respeito e esta confiança, sem os quais, o tratamento não é cumprido ou não tem o resultado esperado (ANACLETO, 2019).

Diante do exposto percebemos a dificuldade e a complexidade que o tratamento em cirurgia cardíaca apresenta. Várias vertentes precisam se alinhar para se mostrarem a contento no entendimento e atendimento do paciente. O exercício da comunicação efetiva, que se mostra ser de difícil alcance por sua natural complexidade, parece culminar como um dos pilares nesta situação, como garantia do respeito à autonomia do paciente, e, como consequência do interesse genuíno pelo paciente como ser humano, e a garantia do seu livre entendimento dos fatos que o permeiam (GOMES; PERGHER, 2023).

A presente dissertação foi estruturada em formato de artigo onde serão apresentados os resultados do estudo empírico realizado.

2. ARTIGO 1

INFORMAÇÃO AO PACIENTE NO PRÉ OPERATÓRIO DE TRATAMENTO EM CIRURGIA CARDÍACA: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA

INFORMATION FOR THE PATIENT IN THE PREOPERATIVE TREATMENT OF HEART SURGERY: AN ANALYSIS FROM THE PERSPECTIVE OF BIOETHICS

Mirian de Souza Pinheiro¹, Carla Corradi Perini²

¹Mestranda em Bioética– PUCPR

² Professora do Programa de Pós-graduação em
Bioética-PUCPR

RESUMO

A informação do tratamento de saúde se apresenta como um grande desafio aos profissionais da área por se tratar de um processo complexo que envolve dois lados: os profissionais de saúde preparados e treinados para tanto, e, o paciente, que apresenta vários conflitos e sofrimentos no momento de realizar um procedimento cirúrgico, em especial a cirurgia cardíaca. Diante de uma cirurgia de alta complexidade como a Cardíaca, os pacientes podem apresentar níveis consideráveis de ansiedade, podendo supostamente ser um preditor de possíveis complicações no pós-operatório durante sua recuperação. O objetivo geral desta pesquisa foi analisar o processo de informação do tratamento no pré-operatório de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e seu impacto no nível de ansiedade e, consequentemente, no prognóstico do pós-operatório, na perspectiva da bioética. Para isso foi realizada uma pesquisa de abordagem quantitativa, prospectiva, transversal e analítica, aprovada pelo comitê de ética em pesquisa HONPAR. Participaram da pesquisa 251 pacientes, sendo 156 (68%) mulheres e 95 (32%) homens, internados em um hospital paranaense, candidatos à realização de cirurgia cardíaca. Foi realizado a aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck contendo 21 perguntas, um questionário de 6 perguntas sobre as informações da cirurgia e um questionário de 5 perguntas sobre a relação com os profissionais de saúde. A análise de dados foi realizada pelo *software* de análise estatística SPSS. Os resultados indicam que o médico é o principal profissional em que os pacientes retêm as informações por ele fornecidas. Não houve diferenças estatísticas na relação dos níveis de ansiedade no pré-operatório com prognóstico dos pacientes. Não foi encontrada diferença estatística no tempo de internamento entre os pacientes que tiveram ou não informações sobre a cirurgia e sobre o pósoperatório. O resultado mais relevante da pesquisa foi sobre qual profissional deixou os pacientes mais nervosos, e para 190 (75,70%) nenhum profissional foi citado. O segundo resultado mais relevante foi indicação de que para 167 (66,53%). O médico cirurgião cardíaco foi citado

como o profissional que mais deixou os pacientes tranquilos. Em contrapartida foi evidenciado uma porcentagem média expressiva de 105 (42,2%) pacientes que mostraram respostas negativas em relação à informação no período pré-operatório da cirurgia cardíaca, sendo necessário analisarmos o motivo destes pacientes não terem sido contemplados.

Palavras Chave: Ansiedade; bioética, Cirurgia cardíaca; Informação em Saúde.

Abstract

Information on health treatment is a major challenge for health professionals, as it is a complex process that involves two sides: health professionals who are prepared and trained to do so, and the patient, who has several conflicts and sufferings in the process. time to perform a surgical procedure, especially heart surgery. Faced with a highly complex surgery such as cardiac surgery, patients may have considerable levels of anxiety, which could supposedly be a predictor of possible complications in the postoperative period during their recovery. The general objective of this research was to analyze the preoperative treatment information process of patients undergoing cardiac surgery and its impact on the level of anxiety and, consequently, on the postoperative prognosis, from the perspective of bioethics. For this, a research with a quantitative, prospective, cross-sectional and analytical approach was carried out, approved by the HONPAR research ethics committee. Participated in the research 251 patients participated in the research, 156 women and 95 men, admitted to a hospital in Paraná, candidates for cardiac surgery. The Beck Anxiety Inventory was applied, containing 21 questions, a 6-question questionnaire about surgery information and a 5-question questionnaire about the relationship with health professionals. Data analysis was performed using SPSS statistical analysis software. The results indicate that the physician is the main professional in which patients retain the information provided by him. There were no statistical differences in the relationship between preoperative anxiety levels and patients' prognosis. No statistical difference was found in length of hospital stay between patients who had or did not have information about the surgery and the postoperative period. The most relevant result of the research was about which professional made the patients more nervous, and for 190 (75.70%) no professional was cited. The second most relevant result was the indication that for 167 (66.53%). Cardiac surgeon the was cited as the professional who most reassured the patients. On the other side, an expressive mean percentage of 105 (42.2%) patients who showed negative responses regarding information in the preoperative period of cardiac surgery was evidenced, making it necessary to analyze the reason these patients were not contemplated.

Keywords: Anxiety; bioethics; heart surgery; health information.

2.1 INTRODUÇÃO

A notícia sobre a necessidade de se submeter a um procedimento cirúrgico traz à pessoa uma mensagem de que sua saúde está debilitada. A forma como a pessoa entende essa “ameaça” (cirurgia) pode desencadear ansiedade, manifestada por sensações de medo e estresse (JUAN, 2007). Essas sensações não controladas podem levar a complicações consideráveis durante procedimentos cirúrgicos cardíacos. Portanto, pode ser benéfico reduzir o estresse, a ansiedade e a incerteza com intervenções prévias ao procedimento cirúrgico (BLOCK et al., 2022).

O grande desafio para a maioria dos profissionais da área da saúde neste contexto é justamente determinar e admitir que a relação profissional de saúde-paciente, pode ser o fator determinante no sucesso do tratamento, uma vez, que pacientes menos ansiosos tem resultados clínicos melhores no pós-operatório. É correto afirmar também que o vértice deste relacionamento está pautado na comunicação efetiva, em que esta importante ação do profissional de saúde influencia comportamentos individuais e coletivos e pode auxiliar na ampliação do debate para posterior conscientização sobre os mais diversos assuntos e para o posicionamento da pessoa como cidadã (CAETANO; GARRAFA, 2014).

Informar com qualidade passa pela compreensão do que queremos trocar com as pessoas, o que queremos colocar em comum, qual a nossa capacidade de estar trocando com o outro, qual o nível de troca que somos capazes de fazer com alguém que está precisando de ajuda, da disponibilidade e do conhecimento de alguém que se dispõe a ser um profissional de saúde.

Pela própria natureza da complexidade do tratamento cirúrgico cardíaco, muitas vezes entre o limite da vida e da morte, profissionais da saúde podem cometer falhas ou abstenções de informações no processo do tratamento do paciente no período pré-operatório do tratamento cirúrgico cardíaco. Esta informação, pouco efetiva, independente da causa, resulta em incompreensão, ou, assimilação incorreta por parte do paciente,

prejudicando o seu entendimento sobre o complexo processo pelo qual será submetido.

Desta forma este artigo busca responder: A informação efetiva do tratamento cirúrgico no período pré-operatório, como ferramenta de promoção da autonomia, tem relação com os níveis de ansiedade do paciente submetido à cirurgia cardíaca e com o tempo de internação após a cirurgia?

A hipótese é baseada na percepção da importância de uma informação efetiva no período pré-operatório e na sua interferência nos níveis de ansiedade resultando em um aumento do tempo de internação nos pacientes submetidos a cirurgias cardíacas em seu pós-operatório. Adicionalmente, a inadequação do processo de informação compromete o exercício da autonomia do paciente.

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar o processo de informação do tratamento no pré-operatório de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e seu impacto no nível de ansiedade e, conseqüentemente, no prognóstico do pós-operatório, na perspectiva da bioética. Especificamente: identificar o nível de ansiedade pré-operatório dos pacientes envolvidos na pesquisa e se há relação com o tempo de hospitalização no pós-operatório; e, verificar se o processo de informação do tratamento no período pré-operatório demonstrou altos níveis de ansiedade nos pacientes.

2.2 METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa do tipo prospectiva, transversal e analítica, com abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, sob parecer de número 4.138.054 (CAAE 31397220.5.0000.0020).

A amostra foi composta por conveniência, ou seja, todos os pacientes internados em um hospital paranaense; candidatos à cirurgia cardíaca no período de janeiro a abril/ 2021; com idade igual ou superior a 18 anos; com cognição e fala preservada; e que aceitaram participar do estudo mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). As aplicações dos instrumentos de pesquisa foram realizadas no período prévio de 24 a 48 horas antes da cirurgia. As cirurgias incluídas no estudo foram:

Revascularização do Miocárdio, Troca de válvula Mitral, Troca de válvula Tricúspide e Troca de válvula aórtica. A média de permanência na UTI foi de 3 a 10 dias. A coleta de dados foi realizada por 12 fisioterapeutas treinadas, especialistas em Fisioterapia intensiva, que já trabalham com pacientes de pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Os dados coletados envolveram: informações sobre o perfil sociodemográfico; Inventário de Ansiedade de Beck, para mensuração do nível de ansiedade, contendo 21 perguntas sobre seus estado emocional, certificando assim a verificação da perspectiva pré-operatória do paciente; o questionário aplicado contém 6 perguntas desenvolvidas pelas autoras relacionadas ao conhecimento do paciente sobre a cirurgia cardíaca com as seguintes questões: Você foi informado sobre o que vai acontecer na sua cirurgia?; Você foi informado sobre o que vai acontecer quando a cirurgia acabar?; Você foi informado sobre o tempo em que vai ficar na UTI?; Você foi informado sobre como vai ser sua recuperação após a cirurgia?; Você foi informado sobre quais profissionais participarão da sua recuperação?; Você foi informado sobre o aspecto da respiração e da dor no pós operatório?; outro questionário aplicado contendo 5 perguntas sobre a relação de comunicação com os profissionais com as seguintes questões: Qual foi o profissional que mais conversou com você sobre a cirurgia?; Qual foi o profissional que lhe deu mais informações técnicas sobre a cirurgia?; Qual foi o profissional que lhe explicou melhor sobre as etapas da cirurgia?; Qual foi o profissional que lhe deixou mais tranquilo com relação à cirurgia?; Qual foi o profissional que lhe deixou mais nervoso com relação à cirurgia?

É necessário ressaltar ainda a presença dos profissionais pertencentes ao centro cirúrgico como: anestesiológista, enfermeiros especialistas suficientes para a realização da complexidade do ato cirúrgico. Estes profissionais interagem com o paciente, no momento prévio do início da cirurgia. Portanto respeitando os critérios de inclusão da pesquisa, para os pacientes participantes do estudo a aplicação do instrumento da pesquisa foi realizada no período de 24 a 48 horas antes da cirurgia.

Por este motivo estes profissionais não foram inclusos na pesquisa.

A análise de dados foi realizada pelo *software* de análise estatística SPSS (Statistical Package for Social Science for Window) e que possibilitou a análise quantitativa dos dados. Os resultados foram agrupados em tabelas e gráficos para ordenar e organizar a apresentação dos dados.

2.3 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 251 pacientes, cujas características gerais estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1- Características gerais da população estudada (n=251).

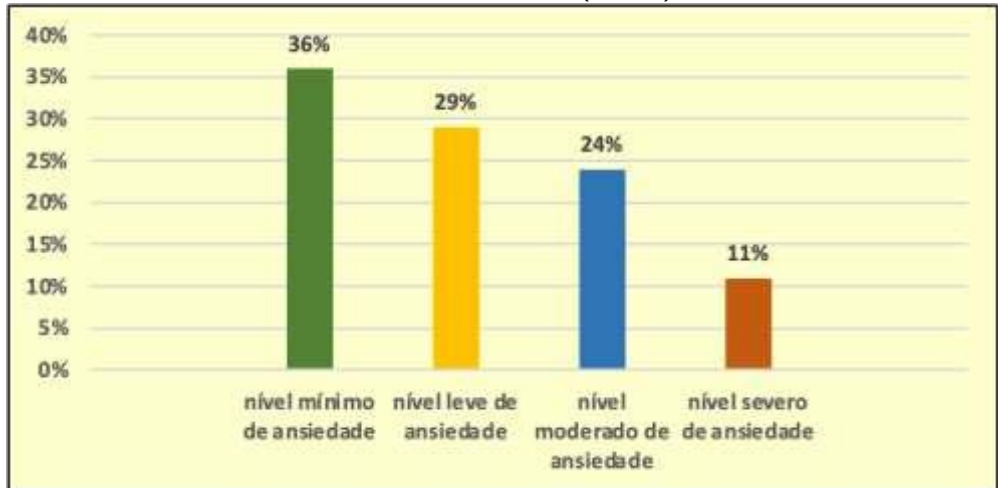
Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	156	62,2
Masculino	95	37,8
Idade		
20 a 29 anos	6	2,4
30 a 39anos	8	3,2
40 a 49 anos	30	12,0
50 a 59 anos	66	26,3
60 anos ou mais	141	56,2
Nível Educacional		
Primário incompleto	102	40,6
Primário completo	68	27,1
Secundário completo	67	26,7
Educação profissional	14	5,6
Renda familiar		
1 salário mínimo	64	25,5
2 salários mínimos	89	35,5
3 salários mínimos	62	24,7
3 salários mínimos ou mais	36	14,3
Número de moradores		
No domicílio		
1 pessoa	26	10,4
2 pessoas	103	41,0
3 pessoas ou mais	122	48,6
Estado civil		
Solteiro	26	10,4
Casado	168	66,9
Divorciado	20	8,0
Viúvo	37	14,7

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

O sexo feminino prevaleceu com 62,2%. A idade de maior prevalência foi 60 anos (56,2%). O nível educacional “primário incompleto” foi o mais prevalente com

102 (40,6%) dos participantes. A renda familiar média foi de 2 salários-mínimos com 89 (35,5%) pacientes. Com relação ao número de moradores na mesma residência a média computada foi de 3 pessoas ou mais com 122 (48,6%). O estado civil encontrado em maior percentual foi o de casado com 168 (66,9%).

Figura 1 - Distribuição de frequência dos resultados do Inventário de Ansiedade de Beck conforme os níveis de ansiedade dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca incluídos neste estudo (n=251).



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Na distribuição da frequência dos resultados da aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck, 36% dos pacientes apresentaram nível mínimo de ansiedade, seguidos de 29% com nível leve. O nível moderado de ansiedade pontuou 24% dos participantes, sendo que o nível severo apontou ter afetado 11% da população investigada (Figura 1).

Tabela 2 - Distribuição e correlação dos níveis de ansiedade avaliado pelo Inventário de Beck de acordo com as variáveis idade, sexo, escolaridade e número de moradores no domicílio dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca incluídos neste estudo (n=251)

Nível de ansiedade	nível mínimo de ansiedade	nível leve de ansiedade	nível moderado de ansiedade	nível severo de ansiedade	ansiedade/variáveis de ansiedade de	p
Idade						
20 a 29 anos (n=6 (2%))		2 (1%)	1 (0%)	2 (1%)	1 (0%)	0,923
30 a 39 anos (n=8 (3%))		3 (1%)	3 (1%)	2 (1%)	0 (0%)	
40 a 49 anos (n=30 (12%))		10 (4%)	11 (4%)	7 (3%)	2 (1%)	
50 a 59 anos (n=66 (26%))		22 (9%)	22 (9%)	17 (7%)	5 (2%)	
60 anos ou mais (n=141 (56%))				33 (13%)	19 (8%)	

Estado Civil	<u>53 (21%)</u>	<u>36 (14%)</u>			
solteiro (n=26 (10%))	12 (5%)	6 (2%)	6 (2%)	2 (1%)	0,814
casado (n=168 (67%))	61 (24%)	49 (20%)	39 (16%)	19 (8%)	
divorciado (n=20 (8%))	8 (3%)	7 (3%)	4 (2%)	1 (0%)	
<u>viúvo (n=37 (15%))</u>	<u>9 (4%)</u>	<u>11 (4%)</u>	12 (5%)	5 (2%)	
Nível Educacional	41 (16%)				
Primário incompleto (n=102 (41%))		29 (12%)			0,374
			23 (9%)	9 (4%)	
Primário completo (n=68 (27%))	25 (10%)	21 (8%)	14 (6%)	8 (3%)	
Secundário incompleto(n=67(27%))	19 (8%)	22 (9%)	17 (7%)	9 (4%)	
Secundário completo (n=14 (6%))	5 (2%)	1 (0%)	7 (3%)	1 (0%)	
Número de moradores na casa					
1 pessoa (n=26 (10%))	12 (2%)	5 (2%)	8 (2%)	1 (2%)	0,473
2 pessoas (n=103 (41%))	36 (14%)	31 (12%)	27 (11%)	9 (4%)	
3 pessoas ou mais (n=122 (49%))	42 (17%)	37 (15%)	26 (10%)	17 (7%)	
Renda familiar 1					
SM (n=64 (25%))	28 (11%)	18 (7%)	12 (5%)	6 (2%)	0,408
2 SM (n=89 (35%))	28 (11%)	29 (12%)	25 (10%)	7 (3%)	
3 SM (n=62 (25%))	25 (10%)	17 (7%)	13 (5%)	7 (3%)	
4 SM ou mais (n=36(14%))	9 (4%)	9 (4%)	11 (4%)	7 (3%)	
Gênero feminino					
(n=156 (62%))	58 (23%)	46 (18%)	37 (15%)	15 (6%)	0,854
masculino (n=95 (38%))	32 (13%)	27 (11%)	24 (10%)	12 (5%)	
<u>Total</u>	<u>90 (36%)</u>	<u>73 (29%)</u>	61 (24%)	27 (11%)	

SM: salário-mínimo

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Ao analisarmos os resultados de número de dias de internamento em cada um dos níveis de ansiedade, não foi encontrada diferença estatística significativa, vejamos a seguir:

Tabela 3 - Correlação das respostas ao questionário de avaliação do processo de comunicação préoperatório com os níveis de ansiedade dos pacientes avaliados pelo Inventário de Beck (n=251).

	Sim (n (%))	Não (n (%))	p
<u>Você foi informado sobre o que vai acontecer na sua cirurgia?</u>			
Nível mínimo de ansiedade	56 (62%)	34 (38%)	0,606
Nível leve de ansiedade	46 (63%)	27 (37%)	
Nível moderado de ansiedade	34(56%)	27 (44%)	
Nível severo de ansiedade	19 (70%)	8 (30%)	
Total	155 (62%)	96 (38%)	
<u>Você foi informado sobre o que vai acontecer quando a cirurgia acabar?</u>			
Nível mínimo de ansiedade	57(63%)	32 (37%)	0,405
Nível leve de ansiedade	47 (64%)	26 (36%)	
Nível moderado de ansiedade	32(52%)	29 (48%)	
Nível severo de ansiedade	18 (67%)	9 (33%)	
Total	154 (61%)	97 (39%)	
<u>Você foi informado sobre o tempo em que vai ficar na UTI?</u>			
Nível mínimo de ansiedade	62 (69%)	28 (31%)	0,313
Nível leve de ansiedade	50(68%)	23 (32%)	
Nível moderado de ansiedade	35(57%)	26 (43%)	
Nível severo de ansiedade	15 (56%)	12 (44%)	
Total	162 (65%)	89 (35%)	
<u>Você foi informado sobre como vai ser sua recuperação após a cirurgia?</u>			
Nível mínimo de ansiedade	47 (52%)	43 (48%)	0,778
Nível leve de ansiedade	41 (56%)	32 (44%)	
Nível moderado de ansiedade	29 (48%)	32 (56%)	
Nível severo de ansiedade	15 (56%)	12(44%)	
Total	132 (62%)	119 (38%)	
<u>Você foi informado sobre quais profissionais participarão da sua recuperação?</u>			
Nível mínimo de ansiedade	48 (53%)	42 (47%)	0,557
Nível leve de ansiedade	39 (53%)	34 (47%)	
Nível moderado de ansiedade	28 (46%)	33 (54%)	
Nível severo de ansiedade	11 (41%)	16 (59%)	
Total	126 (50%)	125(50%)	
<u>Você foi informado sobre o aspecto da respiração e da dor no pós-operatório?</u>			
Nível mínimo de ansiedade	50 (56%)	40 (44%)	0,354
Nível leve de ansiedade	45 (62%)	28 (38%)	
Nível moderado de ansiedade	29 (46%)	32 (54%)	
Nível severo de ansiedade	17 (41%)	10 (59%)	
Total	141 (56%)	110(44%)	

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Diante dos dados da tabela acima supracitada não houve correlação dos níveis de ansiedade com as respostas ao questionário de avaliação do processo de comunicação pré-operatório apresentadas na Tabela 3. Apesar da ausência de correlação, os resultados apontam que aproximadamente

Profissional de saúde	Nível mínimo de ansiedade	Nível leve de ansiedade	Nível moderado de ansiedade	Nível severo de ansiedade	Total N (%)	p
-----------------------	---------------------------	-------------------------	-----------------------------	---------------------------	-------------	---

Qual foi o profissional que lhe deu mais informações técnicas sobre a cirurgia?

Qual foi o profissional que lhe explicou melhor sobre as etapas da cirurgia?

Nenhum	14	8	6	5	33 (13,15%)	
Médico cirurgião	64	56	44	17	181 (72,11%)	
Enfermeiro	5	3	3	1	12 (4,78%)	
Fisioterapeuta	2	6	2	3	13 (5,18%)	
Psicólogo	0	0	0	0	0 (0,0%)	
Outros	2	0	1	0	3 (1,20%)	
Todos	0	0	1	0	1 (0,40%)	
Familiares	3	0	4	1	8 (3,19%)	0,498
Assistente social	0	0	0	0	0 (0,0%)	

Qual foi o profissional que lhe deixou mais tranquilo com relação a cirurgia?

Nenhum	10	11	7	9	37 (14,74%)	
Médico cirurgião	58	54	45	10	167 (66,53%)	
Enfermeiro	16	4	2	5	27 (10,76%)	
Fisioterapeuta	2	2	3	2	9 (3,59%)	
Psicólogo	0	1	0	0	1 (0,40%)	0,071
Outros	1	0	1	0	2 (0,80%)	
Todos	1	0	0	0	1 (0,40%)	
Familiares	2	0	2	1	5 (1,99%)	
Assistente social	0	1	1	0	2 (0,80%)	

Qual foi o profissional que lhe deixou mais nervoso com relação a cirurgia?

Nenhum	81	49	42	18	190 (75,70%)	
Médico cirurgião	1	12	9	4	26 (10,36%)	
Enfermeiro	2	1	0	1	4 (1,59%)	
Fisioterapeuta	1	0	1	0	2 (0,80%)	
Psicólogo	0	0	0	0	0 (0,0%)	0,037
Outros	2	10	5	3	20 (7,97%)	
Todos	1	1	2	0	4 (1,59%)	
Familiares	2	0	2	1	5 (1,99%)	
Assistente social	0	0	0	0	0 (0,0%)	

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

A partir dos resultados apresentados na tabela 4, percebe-se que o médico foi o profissional mais citado nas questões referentes ao processo de comunicação no período pré-operatório.

Tabela 5 - Influência do processo de comunicação no tempo de internação pós-operatório de cirurgia cardiovascular.

	1 a 4 dias	5 a 8 dias	9 ou mais dias	p
Você foi informado sobre o que vai acontecer na sua cirurgia?				
Sim (n=155 (62%))	63 (25%)	77 (31%)	15 (6%)	0,958
Não (n=96 (38%))	40 (16%)	46 (18%)	10 (4%)	
Você foi informado sobre o que vai acontecer quando a cirurgia acabar?				
Sim (n=155 (62%))	66 (29%)	75 (29%)	14 (6%)	0,654
Não (n=96 (38%))	37 (15%)	48 (19%)	11 (4%)	
Você foi informado sobre o tempo em que vai ficar na UTI?				
Sim (n=162 (74%))	74 (74%)	74 (2%)	14 (2%)	0,121
Não (n=89 (35%))	29 (12%)	49 (20%)	11 (3%)	
Você foi informado sobre como vai ser sua recuperação após a cirurgia?				
Sim (n=132 (53%))	51 (20%)	70 (28%)	11 (4%)	0,359
Não (n=119 (47%))	52 (21%)	53 (21%)	14 (6%)	
Você foi informado sobre quais profissionais participarão da sua recuperação?				
Sim (n=126 (50%))	54 (22%)	61 (24%)	11 (4%)	0,738
Não (n=125 (50%))	49 (20%)	62 (25%)	14 (6%)	
Você foi informado sobre o aspecto da respiração e da dor no pós operatório?				
Sim (n=141 (56%))	60 (24%)	67 (27%)	14 (6%)	0,850
Não (n=110 (44%))	43 (17%)	56 (22%)	11 (4%)	

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

A tabela 5 mostra a comparação do tempo de internação pós-operatório entre os pacientes que responderam afirmativamente e negativamente às questões relacionadas à análise do processo de comunicação pré-operatório.

Os resultados mostram que não foram encontradas diferenças no tempo de internamento entre os pacientes que tiveram ou não informações sobre a cirurgia e sobre o pós-operatório. Entretanto, os dados alertam para uma porcentagem média expressiva (42,2%) de respostas negativas dos pacientes em relação às cinco questões que exploraram o processo de comunicação no período pré-operatório da cirurgia cardíaca.

Tabela 6 - Correlação das cirurgias cardíacas com nível de ansiedade do paciente avaliado pelo - Inventário de Beck (n=251).

Cirurgia cardíaca	Nível mínimo de ansiedade	Nível leve de ansiedade	Nível moderado de ansiedade	Nível severo de ansiedade	Total N (%)	p
Revascularização do miocárdio	64(25%)	53(21%)	48(19%)	16(6%)	181 (72%)	0,709
Valvulopatia	18(7%)	15(6%)	11(9%)	9(4%)	53 (21%)	
Aneurismectomia	1(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1 (0%)	
Outras	7(3%)	5(2%)	2(1%)	2(1%)	16 (6%)	
Total	90(36%)	73(29%)	61(24%)	27(11%)	251 (100%)	

Fonte: Elaborado pela Autora (2023).

A tabela 6 mostrou a correlação das cirurgias cardíacas com nível de ansiedade do paciente avaliado pelo Inventário de Beck, onde a Revascularização do Miocárdio foi a cirurgia mais realizada para 181 (72%) dos pacientes. A segunda cirurgia com 53 (21%) pacientes foram as Valvulopatias, Aneurismectomia teve 1 procedimento e outras cirurgias um total de 16 (6%).

2.4 DISCUSSÃO

A informação do tratamento em saúde tem se mostrado de muita relevância nos últimos anos, graças à evolução dos meios de informação e à disseminação do conhecimento. Apesar da importância atribuída a este evento ser relativamente recente, a necessidade de comunicar em saúde tem vários séculos, bastando pensar na relação médico-doente.

No presente estudo foi explorado o processo de informação em saúde no pré-operatório de cirurgias cardíacas em um hospital do norte paranaense, que é referência nacional no sistema público de saúde em procedimentos de alta complexidade. O objetivo geral foi verificar se a informação do tratamento de saúde e os níveis de ansiedade pré-operatório seriam significativos a ponto de interferir nos resultados do tratamento cirúrgico, uma vez que tais procedimentos, por ocorrerem com risco de morte, oscilam com sentimentos de medo, ansiedade, insegurança e também esperança.

A intervenção cirúrgica representa para o paciente uma ameaça, não apenas à sua integridade física, mas também psíquica, por ser acompanhada de ansiedade, que se apresenta como uma reação natural e necessária à autopreservação, não sendo necessariamente algo patológico. Parece existir um limite para o nível de ansiedade a fim de que os recursos que o indivíduo utiliza para lidar com ela possam ser otimizados (COSTA; LIMA; SILVA, 2010).

Desse modo a avaliação que o paciente faz da situação poderá contribuir ou não para determinar a sua reação diante dela. Assim, a interpretação individual e subjetiva, ou seja, o significado desse evento para o sujeito, será a responsável pela construção de comportamentos adaptativos e o enfrentamento do evento.

É necessário pontuar que o procedimento clínico-anestésico-cirúrgico-recuperação-reabilitação, será um processo relativamente longo, portanto quanto mais o paciente for conscientizado sobre as etapas que serão vivenciadas do seu tratamento, maior será sua adesão e compreensão de todo o tratamento, proporcionando ao mesmo a atuação específica de cada especialidade participante do processo (TANAKA et al., 2021)

Dados ao exposto é necessário ainda ressaltar que esta visão construída pelo paciente é passível de mudanças e adaptações durante o processo, uma vez que, mesmo sendo o médico o profissional de confiança mais citado na manifestação à pergunta, em todo o processo, esta relação pode se transformar pela interação e ação profissional da equipe multiprofissional. Ressaltamos ainda, que pela contribuição específica de cada profissional, dentro do seu dever de ofício, à medida que o paciente vivencia seu tratamento, sua assimilação e compreensão das várias ações necessárias incutidos nele, exerce sobre o doente o amadurecimento e a segurança, a ele oferecido, como ator principal de sua própria recuperação (TANAKA et al., 2021).

A informação do tratamento em saúde é a utilização de estratégias para ensinar e influenciar decisões dos indivíduos no sentido de promover a saúde através da adoção de comportamentos informados (LEAL; THAMI, 2021). Mas, a informação neste setor vai mais longe e abrange a relação

profissional de saúde-paciente de forma muito próxima a ponto de o seu sucesso representar a confiança, ou não, do paciente nestes profissionais.

Com a elaboração desta relação, nestes moldes, a pessoa adoecida se sente mais apoiado e tem mais segurança para gerenciar seus possíveis estresses. Portanto, a comunicação entre os profissionais da área da saúde deve ser precisa, completa, sem ambiguidade, oportuna e compreendida por todos. Dessa forma, as instituições de saúde reduzem a ocorrência de erros, resultando na melhoria da segurança do paciente (NUNES, 2019).

Para tanto, quando vários profissionais atuam no cuidado de alguém, dada a diversidade possível entre eles, é prudente que a comunicação e a informação sejam realizadas sempre pelo mesmo profissional (ARAÚJO et al., 2017). Os autores pontuam ainda que na impossibilidade, torna-se importante que a equipe dialogue entre si quanto ao modo de abordar paciente e familiares.

Sabemos do sofrimento provocado quando as vozes são dissonantes, gerando angústias e expectativas desnecessárias, o que repercutirá com certeza, nos próprios profissionais, através de desconfiança e pressões que poderiam ser evitadas. Na prática, o que observamos é que, não havendo uma boa comunicação entre os membros de uma equipe, maior será a possibilidade da existência de conflitos com paciente e familiares, consequência do modo como a informação foi passada.

Dentro de todo esse contexto a literatura tem mostrado interesse cada vez maior na busca de uma comunicação e informação efetiva no âmbito da saúde.

Interesse igualitário, que tem sido fonte de vários estudos, o estado emocional dos pacientes frente a tratamentos de saúde com procedimentos de risco eminente à vida como a cirurgia cardíaca. Nesta situação, a ansiedade é o sintoma mais pontuado e investigado como fonte de quantificar o sofrimento pelo qual a percepção do paciente o coloca neste cenário.

Um estudo de coorte de dez anos com 180 pacientes com média de escolaridade 11,4 anos revelou que a ansiedade pré-operatória e a escolaridade baixa eram preditoras de mortalidade pós-alta tanto quanto o

EUROSCORE, um escore para cirurgia cardíaca utilizado internacionalmente, que se vale de variáveis clínicas como preditores de risco (ARMENDARIS, 2012). Em nosso estudo, não foi encontrada diferença significativa no nível de ansiedade conforme o nível educacional ($p=0,374$). Na avaliação do processo de informação pré-operatório apresentadas na Tabela 3, não houve correlação dos níveis de ansiedade com as respostas questionário de avaliação do processo de informação do tratamento pré-operatório. Apesar da ausência de correlação, os resultados apontam que aproximadamente mais de um terço dos pacientes 102 (42,2%) responderam negativamente às questões relacionadas ao recebimento de informações sobre o procedimento cirúrgico bem como as situações comumente esperadas no período pós-operatório (GONÇALVES, CEREJO, 2020).

Este resultado pode estar associado ao fato de que muitas famílias, em conversas com os médicos, pedem para não revelar o diagnóstico ao paciente por julgarem que ele venha a ter uma reação negativa, de sofrimento ou mesmo de negação da doença ou do tratamento proposto (SOUZA, 2019). Este fato não foi mensurado nesta pesquisa, porém é citado como verdade em vários estudos. Esta conduta é comum, uma vez que na população desta pesquisa de 141 pacientes apresentaram idade superior a 60 anos, logo todos tem direito a acompanhantes mantendo assim seu familiar muito próximo e desempenhando o papel de tomar as decisões pelo doente, e consequentemente, ignorando o direito do exercício de sua autonomia. A permanência do familiar na internação hospitalar da pessoa idosa é o cumprimento da lei do Estatuto do Idoso conforme disposto no Art. 16, Capítulo IV (Do direito à saúde):

Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo critério médico". (Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003).

Disposto ainda no Estatuto do Idoso (2003), no artigo 17, é assegurado ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável, considerando as condições técnicas e informação pertinente. Nesta

perspectiva em 2019 entrou em vigor o novo Código de Ética Médica e, com ele, veio à tona a importância da autonomia do indivíduo doente:

Capítulo I, princípio XXI: No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019)

Portanto, esta relação de proteção do familiar com o doente, apesar de ser legítima, pode se apresentar como um obstáculo na efetivação do processo de comunicação. O diálogo realizado diretamente com o paciente, sem intermediação de familiar, pode facilitar o exercício da autonomia e a tomada de decisão por parte do paciente (CAMPOS; SILVA; SILVA, 2019).

Decidir diante de problema moral na prática clínica tornou-se aspecto importante para todos os profissionais envolvidos no cuidado da saúde, pois evidencia a habilidade, ou não, de reconhecerem um problema bioético para, então, lançar mão das ferramentas bioéticas adequadas para cada situação em qualquer nível de atenção à saúde: primário, secundário, terciário e quaternário (MOTTA et al., 2016).

Destacam-se, com relevância, as contribuições iniciais de Bethlem (1987), que há muito tempo caracterizou o processo decisório inicialmente num modelo genérico composto de quatro etapas: 1) a decisão de decidir; 2) a definição do que se vai decidir; 3) a formulação de alternativas; e 4) a escolha da alternativa considerada mais adequada. Entretanto seguir este roteiro de ideias e transformá-la em prática, exige a participação ativa do paciente, situação está, muitas vezes interceptada pela família. Pontuando que este entendimento já ultrapassa trinta anos de discussão, ou seja, a comunicação e a informação ao paciente sempre foram uma preocupação para os profissionais de saúde.

Atualmente, existem vários documentos bioéticos que convergem com este pensamento da autonomia do paciente apontando para o respeito à dignidade humana, como a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005) onde contempla que: “deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas

decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia”.

Portanto, é este fundamento que caracteriza a autonomia do paciente em aceitar receber ou não determinada intervenção médica e ser, agora, sujeito responsável por suas decisões. Outrossim, mesmo com a devida importância da autonomia do paciente, a mesma só acontecerá se do profissional assistente advirem virtudes de beneficência.

Pellegrino e Thomasma advogam que somente uma ética baseada no modelo da beneficência permitirá ultrapassar os problemas e dificuldades suscitados pela afirmação cada vez maior da autonomia e direitos dos pacientes na sociedade atual. Neste modelo que propõem, de uma beneficência fiduciária (*beneficence-intrust*), o princípio da beneficência se assenta numa relação de confiança entre médico e paciente (MIZIARA; MIZIARA, 2018).

Apesar de todos estes argumentos, percebe-se que a decisão quanto a possibilidades de tratamento nem sempre é compartilhada entre o paciente, seus familiares e o médico, carecendo mesmo de discussão entre as partes envolvidas. Este hiato pode caracterizar com a decisão final sendo atribuição do próprio médico. Este desfecho nos remete ao paternalismo médico onde a referência é a autoridade que o médico exerce sobre determinado paciente, ignorando a sua autonomia na tomada de decisão.

Na visão de Silva (2010) o exercício do comportamento ético, presente nos vários campos do conhecimento se encontra especialmente evidenciado no atendimento médico, quando se refere à interface entre a beneficência e a autonomia do paciente. O autor afirma que esta evidência bioética se estabelece quando o médico, pela sua vontade e autonomia profissional, exerce seu ofício ao fazer o melhor para o paciente, agindo de forma a acordar ou não respeitar a autonomia do paciente.

Entretanto, este comportamento médico vem sendo questionado no âmbito da autonomia do paciente, marcada pela emergência dos movimentos de reivindicação dos direitos humanos, considerando-se que o médico não possui autoridade sobre o paciente (SILVA, 2010). Esta

concepção, consolidada e estabelecida na corrente do principialismo, é uma abordagem que se tornou clássica ao estabelecer os princípios que buscam elucidar e encontrar a solução dos dilemas éticos na saúde: justiça, autonomia, beneficência e não-maleficência (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994 apud REIS, 2006). Por mais leigo que o paciente seja, o médico deve informá-lo de todas as formas de tratamento e seus efeitos.

Frente à necessidade de promover a autonomia do paciente, cabe ao médico prover a informação, assegurar a compreensão e garantir a livre adesão do mesmo ao tratamento proposto.

Portanto ao construir esta reflexão devemos inicialmente considerar que a compreensão do processo de tomada de decisão é um elemento fundamental na bioética e envolve o princípio da autonomia do paciente, a beneficência e o paternalismo médico. Os pacientes de uma maneira geral querem ser cuidados e não apenas curados.

Na visão de Pessini e Barchifontaine (2001) sempre que o respeito a dois ou mais princípios possa levar a ações diferentes, se está diante de uma situação de conflito bioético. Portanto, quando para se respeitar o princípio da beneficência, não se respeita o princípio da autonomia do paciente, isso resulta em ações paternalistas. A autonomia do paciente é um dos principais direitos responsáveis por romper a barreira do “paternalismo médico” (LUCENA, 2021).

Outrossim, devemos considerar que a beneficência é um princípio retomado pelo direito e pela deontologia, com exigências maiores ou menores, e é uma das exigências das profissões da saúde. Significa aplicar os recursos da medicina para curar, aliviar os sofrimentos, melhorar o bem-estar (SILVA, 2010). O autor também pontua, ser a beneficência, um dever, uma virtude, um princípio, um valor como a obrigação moral ou uma norma.

No entanto, se faz necessários fazermos uma reflexão sobre as pertinências bioéticas da relação médico-paciente, buscando entender as decisões médicas, considerando o dever profissional do médico, exercício da beneficência e o respeito à autonomia do paciente (SILVA, 2010). Para Wanssa (2017) o princípio da beneficência, associado ao da não maleficência, orientou a prática médica ao longo de dois mil e quinhentos

anos. A autora afirma que ao longo dos séculos, a aplicação desses princípios no cotidiano da prática profissional revestiu-se, muitas vezes, de paternalismo, dada a incontestável diferença de conhecimento sobre diagnóstico, tratamento e cura entre o médico e o paciente.

Na argumentação de Wanssa (2017) ao longo da história da ética médica, os princípios da não maleficência e beneficência ditaram as bases da relação paternalista do médico com o paciente. O paternalismo médico pode ser entendido como a conduta que o médico tem com a intenção de beneficiar o paciente, mas sem o seu consentimento.

Pellegrino e Thomasma (2018), citam que a beneficência deve ser um princípio fundamental que guia o cuidado médico. Os autores afirmam que o princípio da beneficência reúne a preocupação com os melhores interesses do paciente somado à preocupação pela sua autonomia (PELLEGRINO; THOMASMA, 2018).

Dentro destes pensamentos é necessário ressaltar a posição vulnerável em que o paciente se encontra. Partindo do princípio de que uma pessoa vulnerável é aquela passível de ser ferida, a posição em que o paciente se apresenta carece de respeito, valor moral essencial para formulação de uma informação efetiva onde a beneficência e autonomia se complementarão com o objetivo de propiciar ao paciente suporte de conhecimento suficiente para que o mesmo possa fazer suas escolhas de forma livre e independente.

Não se pode ignorar a maior aptidão do profissional médico para tomar a decisão mais eficaz quanto a determinado tratamento. Neste pensamento, tal conjuntura nos leva a crer que não se pode abandonar de todo o caráter paternalista da atividade médica. Não é possível suprimir a participação deste profissional da decisão sobre o procedimento mais adequado ao paciente. Reconhecer que o médico é a pessoa mais capacitada para identificar as melhores opções de tratamento e de prevenção, ainda que essa maior aptidão não possa servir de subterfúgio para afastar a autonomia do paciente, é imprescindível à construção salutar da relação médicopaciente (LIMA; MACHADO, 2021).

Entretanto, diante de tantos desafios a serem vencidos, uma premissa se mantém inegável: a comunicação e uma informação efetiva é o início da boa relação médico-paciente.

Além disso, quando a informação não é efetiva quanto ao processo da doença, se estabelece entre pacientes e familiares as tensões para aceitação do tratamento necessário para a solução da doença do paciente, especialmente nos pacientes idosos, que muitas vezes apresentam fragilidades emocionais ou perdas de funcionalidades pelo processo de senescência. É necessário pontuar a presença da família, muitas vezes como ator principal, se apresentando como fator facilitador ou de impedimento nesta relação médico-paciente. Entretanto é de extrema importância o cuidado com o familiar, que em determinadas situações é a voz do paciente.

A preocupação com uma informação de qualidade se apresenta cada vez mais legítima para os profissionais de saúde, e é refletida a nível mundial. Um estudo transversal realizado em 2014, num hospital universitário da Etiópia levantou os preditores para ansiedade pré-operatória e identificou como fatores associados ao medo: o medo de morte, medo do desconhecido, de ser divorciado e do tempo de preparo para operação (NIGUSSIE; BELACHEW; WOLANCHO, 2014).

Ao analisarmos os resultados desta pesquisa constatamos que o processo de comunicação, em comparação a outros estudos, mostrou-se efetivo no período préoperatório, para 60 pacientes (24%) que apresentaram nível mínimo de ansiedade no período pré-operatório. Por outro lado, 43 pacientes (42,2%) não receberam informações, ou, até receberam, mas não de maneira significativa a ponto de conseguir assimilação e fixação do conteúdo. Apesar do resultado estatístico dos pacientes que não foram contemplados com a informação efetiva, estes dados se apresentam com melhores resultados quando comparados com os resultados de Gonçalves et al., (2016) que em um estudo de corte com 106 pacientes avaliados com Inventário de ansiedade de Beck no pré-operatório de cirurgia cardíaca constatou que 63 (59,4%) apresentaram ansiedade mínima e 21 (19,8%) na faixa considerada ansiedade grave.

Outro resultado de relevância mostrou-se ao analisarmos a tabela 4 sobre qual foi o profissional envolvido no processo de informação do tratamento no pré-operatório que mais repassou informações sobre o tratamento, 191 (76,10%) pacientes citaram que este profissional foi o médico da equipe cirúrgica, uma vez que o mesmo é o responsável pela reversão do quadro de doença do paciente, sendo então natural que o doente deposite uma maior parcela de confiança nele.

Outrossim, comunicar e informar com qualidade passa pela compreensão do que queremos trocar com as pessoas, o que queremos colocar em comum, qual a nossa capacidade de estar trocando com o outro, qual o nível de troca que somos capazes de fazer com alguém que está precisando de ajuda, da disponibilidade e do conhecimento de alguém que se dispõe a ser um profissional de saúde (SILVA, 2002).

Conforme afirmação de Silva (2002) esta ação incorre em um dever ético e bioético de todos os profissionais envolvidos no processo do tratamento cirúrgico cardíaco dos pacientes, uma vez que esta ação requer conhecimento, pró atividade, preparo teórico e emocional, para que os mesmos estejam aptos para contribuir com o bom entendimento do paciente em todo o processo e em suas individualidades. Este pensamento de transdisciplinaridade, é uma realidade nos grandes centros de referência em cirurgia cardíaca, até mesmo, para cumprir com um de seus objetivos que é o suporte para o paciente e entre os profissionais da equipe, levando-se em consideração que a empatia conquistada, durante este período, não se traduz obrigatoriamente através da certeza de que será o médico o profissional que suprirá a contento as necessidades do paciente.

Portanto, os processos de informação e comunicação em saúde têm importância crítica e estratégica porque podem influenciar significativamente a avaliação que os utentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão medicamentosa e comportamental.

Outrossim é necessário citar a importância dos profissionais se “importarem” em ofertar informações, além do médico. Isso carece de coragem, empoderamento e estrutura. Transdisciplinaridade envolve todos,

com desejo, vontade e conhecimento. Mas se espera que o médico seja o líder, provavelmente porque ele é o primeiro profissional a ter contato com o paciente e o principal executor para a solução da doença do paciente.

Melchior et al., (2017) demonstrou em um estudo transversal que a prevalência de ansiedade em níveis moderada e grave foi de 33% dentre os ansiosos e de 17,5% na amostra geral de 200 pacientes. Nesta pesquisa, os níveis de ansiedade moderada e grave, respectivamente, foi de 24% e 11%, de um total de 251 pacientes. Neste estudo, no nível mínimo de ansiedade do Inventário de Beck 56 (62%) foram mulheres, e, no nível severo de ansiedade perfizeram-se em 19 (70%) da população investigada. De acordo com estudos realizados, as mulheres apresentaram mais sintomas de ansiedade e de depressão no pré-operatório de cirurgias cardíacas, quando comparadas com os homens (FRIAS et al., 2021).

Na revisão integrativa dos níveis de ansiedade pré-operatória de cirurgia cardíaca, Benevides et al., (2020) citam que os pacientes avaliados se apresentaram 63 (59,4%) na ansiedade mínima e 21 (19,8%) na faixa grave. As mulheres tiveram escores maiores que os homens; assim como os pacientes que já haviam sido submetidos a cirurgia cardíaca prévia.

Atualmente diversos estudos buscam medidas para conhecer algum mecanismo que auxilie a minimizar a ansiedade pré-operatória, por exemplo, aplicação de intervenções e medidas de aprendizagem que contribua na mitigação desse impacto.

Ao avaliarmos os resultados da prática da informação do tratamento neste estudo verificamos que quanto mais ansioso o paciente se apresenta, aparentemente, menos informação ele retém (BENEVIDES et al., 2020). Este fato foi demonstrado ao serem perguntados se foram informados sobre o que aconteceria na cirurgia, onde no nível mínimo de ansiedade 56 (62%) dos pacientes responderam que sim, sabiam o que aconteceria no procedimento cirúrgico, porém, 34 (36%) disseram não saber. Na mesma questão, quando avaliamos o nível severo de ansiedade 19 pacientes (70%) relataram não saber o que aconteceria na cirurgia. Novamente a informação ou não ocorreu, ou não foi memorizada.

Ao serem questionados sobre qual profissional os deixaram mais nervosos, em todos os níveis de ansiedade, 190 pacientes (75%) negaram tal fato não atribuindo a nenhum profissional. Ou seja, a forma como os profissionais de saúde, em especial o médico, compartilhou a informação sobre a cirurgia cardíaca mostrou-se presente e efetiva para este grupo de 190 pacientes (75%) onde foi relatado que não houve nenhum profissional que os deixou nervoso com relação ao procedimento, evidenciando que este percentual de pacientes recebeu de forma efetiva as informações sobre o seu tratamento.

Gonçalves et al., (2016) em um estudo de corte com 106 pacientes avaliados com Inventário de ansiedade de Beck no pré-operatório de cirurgia cardíaca constatou que 63 (59,4%) apresentaram ansiedade mínima e 21 (19,8%) na faixa considerada grave. No resultado desta pesquisa obtivemos resultados mais otimistas em relação ao nível mais grave de ansiedade (n=13; 11%).

Os resultados desta pesquisa apontaram alguns resultados satisfatórios. Acreditamos que o fato de que 190(76%) pacientes, de um total de 251, relatarem que nenhum dos profissionais os deixou nervosos no pré-operatório, mostra que as informações foram transmitidas de maneira adequada, mostrando um avanço na comunicação efetiva em saúde. A instituição em que pesquisa foi realizada vem promovendo um trabalho de educação em saúde a longo prazo que ao nosso ver está apresentando bons resultados.

Hoje esta instituição é classificada como hospital geral de grande porte, que oferta seus serviços aos pacientes encaminhados pelo Sistema Único de Saúde, provenientes de mais de 150 municípios paranaenses, além dos pacientes encaminhados pela CNRAC – Central Nacional de Alta Complexidade, de várias partes do Brasil. É um hospital escola, de alta complexidade e conta com o programa de residência médica há 10 anos. Em seu corpo clínico há a presença de 22 profissionais com mestrado em bioética e mantém fortemente ativa a comissão de humanização há mais de 10 anos. Este conjunto de ações nos parece contribuir para os dados que se apresentaram mais favoráveis nesta pesquisa. Porém, para a citação exata

desta afirmação é necessário realizar uma pesquisa específica para mensuração desta percepção.

Porém, apesar dos resultados mais positivos encontrados neste estudo, nosso olhar se volta para a população com níveis de ansiedade grave deste estudo, que apesar de ser minoria, contemplou mais de um terço da população da pesquisa. A nossa percepção é a de que os familiares, como acompanhantes para 141(56%) pacientes de 251 da pesquisa, podem agir de maneira protetora escolhendo para o paciente quais seriam as decisões que ele ainda está apto a se autodeterminar, impedindo-o de expressar sua vontade em momento que lhe seria muito importante.

Entretanto, segundo Carneiro e Berti (2009), os profissionais raramente se sensibilizam com a precariedade das condições de vida dos seus pacientes e, com frequência, estão alheios aos determinantes sociais da doença de que esses pacientes são portadores. As autoras ainda citam que os usuários dos serviços públicos de saúde deste país, em sua maioria excluídos dos seus direitos de cidadãos autônomos, nas situações que os fragilizam ainda mais, como nas enfermidades que os obrigam à internação hospitalar, tornam-se despersonalizados e perdem sua condição de sujeito para a de objeto de manipulação.

Como consequência o doente entende que o médico tem o conhecimento, portanto, é mais competente para julgar o que é melhor para o tratamento dele. Por essa razão, não faz questionamentos, não procura esclarecer-se e, por conseguinte, não participa do processo de tomada de decisões. Essa crença e confiança o leva a delegar ao médico a decisão sobre o tratamento dele (CARNEIRO; BERTI, 2009).

Portanto, sendo o médico o sujeito mais preparado nesta relação, nos parece pertinente atribuir a ele o primeiro passo para a integração do paciente neste quadro complexo da informação do tratamento cirúrgico, uma vez que a conduta técnica é do médico, porém, a vida é do paciente.

3 CONCLUSÃO

A partir dos resultados deste estudo, foi possível explorar o processo de informação do tratamento no período pré-operatório de cirurgia cardíaca para os/as participantes da pesquisa, bem como identificar sua influência no pós-operatório.

Não foram observadas diferenças na relação dos níveis de ansiedade no préoperatório com prognóstico dos pacientes. Também não foi encontrada diferença no tempo de internamento entre os pacientes que tiveram ou não informações sobre a cirurgia e sobre o pós-operatório.

Para um maior percentual dos pacientes o processo de informação mostrou-se efetivo, pois, os mesmos apresentaram níveis mínimos de ansiedade. Porém, é imperativo que nossa atenção se volte para aqueles que apresentaram níveis de ansiedade alto e que relataram não terem recebido as informações no pré-operatório. Estes pacientes, por alguma falha em um dos períodos da comunicação, não foram contemplados neste processo, ou seja, a comunicação para este grupo não foi a contento.

Destaca-se a importância da relação profissional-paciente pautada na beneficência e confiança, com a preocupação de promover a autonomia a partir de um processo de comunicação efetivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMORIM, Thaís Vasconcelos; SALIMENA, Anna Maria de Oliveira. **Processo cirúrgico cardíaco e suas implicações no cuidado de enfermagem: revisão/reflexão**. HU Revista. Vol. 41, nº. 3 e 4. Juiz de Fora, 2015.
- ARMENDARIS, Marinez Kellermann. **Avaliação multidimensional do idoso no pré e pós operatório de cirurgia cardíaca**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Brasília. Brasília, 2012.
- ANACLETO, Gesiel. **Autonomia e beneficência no cuidado com pessoas com doença de Alzheimer**. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2019.
- ARAÚJO, Inesita Soares; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro. Fiocruz. 2007.
- ARAÚJO, Thaise Anataly Maria de. Et al. **Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores**. Interface Comunicação e saúde. Disponível em: DOI: 10.1590/180757622016.0295. Acesso em 21 de março de 2023.
- BARCAROLLO, Roberta Carreira. **Mobilização social do direito e efetivação do direito fundamental à saúde**. 2020. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Análise de Políticas Públicas) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Franca, 2020.
- BATISTA, Henrique. **Beneficência e paternalismo médico**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 2010.
- BORGES, Diana Raquel de Oliveira. **A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem MédicoCirúrgico) – Instituto Politécnico de Viana Castelo. Portugal, 2015.
- BLOCK, A. *et al.* Stress Management in Pre- and Postoperative Care Amongst Practitioners and Patients in Cardiac Catheterization Laboratory : A Study Protocol. **Frontiers in Cardiovascular Medicine**, v. 9, n. July, p. 1–10, 2022.
- CAETANO, R., GARRAFA, V. Comunicação como ferramenta para divulgar e promover a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. **Rev. Bioét.** Vol. 22. nº 1 Brasília, 2014 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S198380422014000100005>. Acesso em 21 de março de 2023.
- CAMPOS, Vanessa Ferreira; SILVA, Jhonata Matos da; SILVA, Josimário João da. **Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e**

família. Revista Bioética. Vol. 27, nº 04. Disponível em: Doi: 10.1590/1983-80422019274354. Acesso em 21 de março de 2023.

CASTRO, Lara Vieira. Et al. **O impacto emocional da cirurgia fagoc cardíaca.**

Revista Científica Fagoc Multidisciplinar - Volume IV. Rio de Janeiro, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE MEDICINA. **Código de ética médica Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019.** Brasília, 2019.

COSTA, Veridiana Alves de Sousa Ferreira; SILVA, Sandra Cibelly Ferreira da; LIMA, Vívian Caroline Pimentel de. **O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo.** Revista SBPH vol. 13. nº.2. Rio de Janeiro, 2010.

CNS. **Carta da 11ª conferência nacional de saúde.** Ministério da saúde. Governo Federal, DF. 2000 Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf. Acesso em 21 de março de 2023.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS. **Artigo 5 – Autonomia e Responsabilidade Individual.** Artigo 6 – Consentimento. 2005.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em 21 de março de 2023.

FONSECA, Ariadne da Silva; AFONSO, Shirley da Rocha. **Atualidades da assistência de enfermagem em oncologia.** São Paulo: Centro Paula Souza, 2020.

FRIAS, Jéssica Lima Ferreira de. **Impactos da covid-19 na sintomatologia ansiosa numa amostra da população Brasileira.**

RECIMA21 - Ciências Exatas e da Terra, Sociais, da Saúde, Humanas e Engenharia/Tecnologia. Vol 2. Nº 06. 2021.

GONÇALVES, Karyne Kirley Negromonte G. Et al. **Ansiedade no período préoperatório de cirurgia cardíaca.** *Anxiety in the preoperative period of heart surgery.* Rev Bras Enferm. 2016. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/00347167.2016690225i>. Acesso em 21 de março de 2023.

GONÇALVES, Marco Antônio Rodrigues; CEREJO, Maria da Nazaré Ribeiro. **Construção e validação de uma escala de Avaliação de Informação PréOperatória.** Revista de Enfermagem. Vol. V. nº 04.

Disponível em:

DOI: <https://doi.org/10.12707/RV20067>. Acesso em 21 de março de 2023.

GOMES, Jaqueline Andréia da Luz; PERGHER, Giovanni Kuckarts. **A TCC no pré e pós-operatório de cirurgia cardiovascular**. Revista Brasileira de terapias Cognitivas. Ribeirão Preto, 2023.

GRABER, Mark; FRANKLIN, Nancy. GORDON, Ruthanna. ***Diagnostic error in internal medicine***. Arch intern med/Bo. 165. 2005.

GRISA, Gabrielle Hening; MONTEIRO, Janine Keling. **Aspectos emocionais do paciente cardíaco cirúrgico no período pré-operatório**. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Rev. Interinst. Psicol. vol. 8 nº .1 Juiz de fora, 2015

JUAN, Keli de. **Impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão**. Psicologia Hospitalar. Vol. 5, nº 01. São Paulo, 2007.

KUHN, Glória. ***Diagnostic errors***. Acad. Emerg. Med. 2002. Disponível em: Dói: 10.1111/j.1553-2712.2002.tb02155.x. Acesso em: 21 de março de 2023.

LEAL, Fernanda; THAMI, Helyn. **Comunicação e Saúde**. 2021. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/glossario/Comunica%C3%A7%C3%A3o-esa%C3%BAde>. Acesso em 21 de março de 2023.

LUCENA, Monique de Alencar. **Diretivas antecipadas de vontade em fase final de vida: reflexão à luz dos direitos humanos dos pacientes em cuidados paliativos**. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Universidade de Brasília. Brasília, 2021.

MARQUES, Iris Rocha e Silva. **Boa morte nos cuidados paliativos: análise de concepções a partir de uma escala**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação e Conduta da Epilepsia na Atenção Básica e na Urgência e Emergência**. 2018. 1º Edição. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_conduta_epilepsia_atencao_basica.pdf. Acesso em 21 de março de 2023.

MIZIARA, Ivan Dieb; MIZIARA, Carmen Silvia Molleis Galego. **Edmund Pellegrino: moralidade médica e a teoria do consenso moral**. Revista de Bioética. Vol.26, Nº 2 Brasília, 2018. Disponível em: Doi: 10.1590/1983-80422018262238. Acesso em 21 de março de 2023.

MORAES, Ana Lucia Sousa Marques Vacaro. **O serviço de telemonitoramento como processo educativo na assistência aos pacientes com covid-19 no município de praia grande - São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Ciências em saúde) – Universidade Federal de São Paulo. UNIFESP, 2022.

MOTTA, Luís Claudio de Souza. Et al. **Tomada de decisão em (bio)ética clínica: abordagens contemporâneas.** Revista Bioética. 2016. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242131>. Acesso em 21 de março de 2023.

NASCIMENTO JÚNIOR, Pierre Góis do; GUIMARÃES, Teresinha Maria de Macêdo. **A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos.** Revista de Bioética, Vol. 11. Nº 01. Rio de Janeiro, 2003.

NOGUEIRA, Jane Walkiria da Silva; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. **Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente.** Revista Cogitare Enfermagem. Brasília, 2015.

NUNES, Alexandre Moraes. **A importância da comunicação com profissionais de saúde: o olhar dos usuários na atenção primária à saúde no interior de Portugal.** Escola de Administração e Gestão de Saúde. Saúde em Redes. 5(2):113121U. Lisboa-Portugal. 2019. Disponível em: DOI: [hp://dx.doi.org/10.18310/24464813.2019v5n2p113121](http://dx.doi.org/10.18310/24464813.2019v5n2p113121). Acesso em 21 de março de 2023.

OLIVEIRA, Maria Inês Santana de. **Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: relato de caso.** Revista Brasileira de terapia Cognitiva. Vol.7 no.1 Rio de Janeiro, 2011.

OLIVEIRA, Simone da Silva. **Deliberação moral da enfermeira no cuidado pré hospitalar à luz da fenomenologia social.** 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2014.

OLIVEIRA, Sandra Maria Castro. **A pessoa em situação crítica internada em cuidados intensivos: necessidades sentidas pelos familiares na primeira visita.** 2020. Disponível em: [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/72119/1/Sandra%20Maria%20C astro%20Oliveira.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/72119/1/Sandra%20Maria%20C%20astro%20Oliveira.pdf). Acesso em 21 de março de 2023.

PENICHE, Aparecida de Cassia Giani; JOUCLAS, Vanda Maria Galvão; CHAVES, Eliane Corrêa. **A influência da ansiedade na resposta do paciente no período pós-operatório.** Rev. Esc. Enf. USP. Vol. 33, nº. 4. São Paulo, 1999.

PELLEGRINO, Edmund. **Humanism and the Physician.** Knoxville: University of Tennessee Press, 1979. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/26184372>. Acesso em 21 de março de 2023.

PELEGRINO, E.D., THOMASMA, D.C. **Para o bem do paciente – A restauração da beneficência nos cuidados da saúde.** São Paulo: Edições Loyola, 2018.

PIMENTEL, Déborah. **Relações e conflitos éticos na prática de médicos e enfermeiros**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://deborahpimentel.com.br/wpcontent/uploads/2018/03/rela%C3%A7%C3%B5es-e-conflitos-%C3%A9ticos.pdf>. Acesso em 21 de março de 2023.

REIS, Elman Teles dos Santos. **A ética principialista como modelo na assistência à saúde humana**. 2006. Dissertação (Mestre em filosofia) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

SANTOS, Adriano Maia. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado**. Salvador: Editora UDUFBA, 2018.

SILVA, Any Karoline Serafim. **Autonomia como princípio da bioética: perspectivas de estudantes de medicina**. 2012. Research, Society and Development, v. 11, n. 9. Disponível em: Doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsdv11i9.31366>. Acesso em 21 de março de 2023.

SILVA, Henriques Batista. **Beneficência e paternalismo médico / Beneficente and medical paternalismo**. Revista Brasileira de saúde, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000600021> . Acesso em 21 de março de 2023.

TANAKA, Ana Karina Silva da Rocha. Et al. **Cartilha de orientações sobre cuidados em sala de recuperação pós anestésicos**. Porto Alegre: UFRGS, 2021.

TARASOUTCHI, Flávio. Et al. **Diretriz Brasileira de Valvopatias – SBC 2011 / I Diretriz Interamericana de Valvopatias – SIAC 2011**. Revista de Sociedade Brasileira de Cardiologia. Rio de Janeiro, 2011.

VIDAL, Edison Iglesias de Oliveira. Et al. **Posicionamento da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos**. Cadernos de Saúde Pública. Botucatu, 2022.

ZOBOLI, Elma. **Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia**. Revista Biotécnicos. São Camilo, 2012.

WANSAA, Maria do Carmo Demasi. **Autonomia versus beneficência**. Revista de Bioética. Porto Velho, 2011.

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL NORTE
PARANAENSE - ASSOCIAÇÃO
NORTE PARANAENSE DE
COMBATE AO CÂNCER -
HONPAR/ANPCC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E CIRURGIA CARDÍACA: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA

Pesquisador: MIRIAN DE SOUZA PINHEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40242220.0.0000.8017

Instituição Proponente: ASSOCIACAO NORTE PARANAENSE DE COMBATE AO CANCER

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.676.341

Apresentação do Projeto:

Identificar o nível de estresse do paciente no pré-operatório de Cirurgia Cardíaca.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários e sem considerações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: ROD PR 218 KM 01 s/n - 1º andar

Bairro: JARDIM UNIVERSITARIO

CEP: 86.702-670

UF: PR **Município:** ARAPONGAS

Telefone: (43)3056-8600

Fax: (43)3275-0360

E-mail: cep@honpar.com.br

**HOSPITAL NORTE
PARANAENSE - ASSOCIAÇÃO
NORTE PARANAENSE DE
COMBATE AO CÂNCER -
HONPAR/ANPCC**



Continuação do Parecer: 4.575.341

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1649838.pdf	12/04/2021 16:54:48		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	12/04/2021 16:53:35	MIRIAN DE SOUZA PINHEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_MESTRADO.docx	12/04/2021 16:51:08	MIRIAN DE SOUZA PINHEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_INSTITUICAO.jpeg	03/11/2020 09:16:07	MIRIAN DE SOUZA PINHEIRO	Aceito
Folha de Rosto	FR_MIRIAN.pdf	29/10/2020 10:43:49	MIRIAN DE SOUZA PINHEIRO	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao_Arnaldo_Akio.jpg	26/10/2020 15:19:37	MIRIAN DE SOUZA PINHEIRO	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao_Edgar_Vidotti.jpg	26/10/2020 15:17:47	MIRIAN DE SOUZA PINHEIRO	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao_Rogério_Teruya.jpg	26/10/2020 15:16:49	MIRIAN DE SOUZA PINHEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARAPONGAS, 28 de Abril de 2021

Assinado por:

ADELIA MARIA DOS SANTOS REBELATO
(Coordenador(a))

Endereço: ROD PR 218 KM 01 s/n - 1º andar

Bairro: JARDIM UNIVERSITARIO

CEP: 86.702-670

UF: PR

Município: ARAPONGAS

Telefone: (43)3056-8600

Fax: (43)3275-0360

E-mail: cep@honpar.com.br

ANEXO B

QUESTIONÁRIO SOBRE O TRATAMENTO DE CIRURGIA CARDÍACA

- 1) Você foi informado sobre o que vai acontecer na sua cirurgia?
(☐) Sim (☐) Não
- 2) Você foi informado sobre o que vai acontecer quando a cirurgia acabar?
(☐) Sim (☐) Não
- 3) Você foi informado sobre o tempo em que vai ficar na UTI?
(☐) Sim (☐) Não
- 4) Você foi informado sobre como vai ser sua recuperação após a cirurgia?
(☐) Sim (☐) Não
- 5) Você foi informado sobre quais profissionais participarão da sua recuperação?
(☐) Sim (☐) Não
- 6) Você foi informado sobre o aspecto da respiração e da dor no pós operatório?
(☐) Sim (☐) Não

ANEXO C –

QUESTIONÁRIO SOBRE A COMUNICAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1) Qual foi o profissional que mais conversou com você sobre a cirurgia?	1 (☐) Médico 2 (☐) Enfermeiro 3 (☐) Fisioterapeuta 4 (☐) Assistente social 5 (☐) Psicólogo 6 (☐) Outros
2) Qual foi o profissional que lhe deu mais informações técnicas sobre a cirurgia?	1 (☐) Médico 2 (☐) Enfermeiro 3 (☐) Fisioterapeuta 4 (☐) Assistente social 5 (☐) Psicólogo 6 (☐) Outros
3) Qual foi o profissional que lhe explicou melhor sobre as etapas da cirurgia?	1 (☐) Médico 2 (☐) Enfermeiro 3 (☐) Fisioterapeuta 4 (☐) Assistente social 5 (☐) Psicólogo 6 (☐) Outros
4) Qual foi o profissional que lhe deixou mais tranquilo com relação a cirurgia?	1 (☐) Médico 2 (☐) Enfermeiro 3 (☐) Fisioterapeuta 4 (☐) Assistente social 5 (☐) Psicólogo 6 (☐) Outros
5) Qual foi o profissional que lhe deixou mais nervoso com relação a cirurgia?	1 (☐) Médico 2 (☐) Enfermeiro 3 (☐) Fisioterapeuta 4 (☐) Assistente social 5 (☐) Psicólogo 6 (☐) Outros

Score: _____ Classificação: _____ Data de aplicação: ____/____/____.
Assinatura do entrevistador: _____

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada: **“COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E CIRURGIA CARDÍACA: UMA ANÁLISE**

NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA”, conduzida por Mirian de Souza Pinheiro. Este estudo tem por objetivo identificar os níveis de ansiedade no pré-operatório de cirurgia cardíaca e sua interferência na reabilitação após o procedimento.

Você foi selecionado (a) por ser um paciente que fará cirurgia cardíaca. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Ao participar deste estudo você colaborará com uma oportunidade para a melhorar o tratamento das cirurgias cardíacas. Ao mesmo tempo, os riscos decorrentes da sua participação baseiam-se no possível incômodo a partir das perguntas, sem outras complicações maiores. Caso isso ocorra, estarei à disposição para atendê-lo determinando o HONPAR (Hospital Norte Paranaense) como nossa referência, sito à Rodovia PR-218, Km 01, saída para Astorga. A sua participação não será remunerada e nem implicará em gastos para os participantes.

Sua participação consistirá em ser entrevistado por um membro componente desta pesquisa a ser realizada na enfermaria do hospital, através de um questionário pré-determinado. A aplicação do questionário será analisada e quantificada posteriormente para análise de dados.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

Eu me comprometo a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do

pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: **Mirian de Souza Pinheiro**, email: **mirianspinheiro@gmail.com**, telefone residencial: **(43) 3275-3851**, telefone celular: **(43)99600-0638**, residência: **Rua Pardal -25, Vila DonaPina, Arapongas, PR.**

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à **Comissão de Ética em Pesquisa do HONPAR: Rodovia PR 218 km 01 s/n, CEP: 86702-670, primeiro andar da administração, Arapongas-PR, email: cep@honpar.com.br - Telefone: (043) 3275-0360.**

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo :

“COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E CIRURGIA CARDÍACA: UMA ANÁLISE NA

PERSPECTIVA DA BIOÉTICA”,

de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Arapongas, ___ de _____ de _____

Assinaturado (a) participante:

Assinatura do (a) pesquisador (a):

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

ANEXO E

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO HONPAR

 **HONPAR**
HOSPITAL NORTE PARANAENSE

Declaração de Concordância Institucional

Arapongas, 06 de outubro de 2020

Sra. Mirian de Souza Pinheiro
Pesquisadora responsável

Declaramos que o HONPAR - Hospital Norte Paranaense, está de acordo com a condução do projeto de pesquisa "*Comunicação em Saúde e Cirurgia Cardíaca: Uma Análise na Perspectiva da Bioética*" sob a responsabilidade de Mirian de Souza Pinheiro, em nossa dependência hospitalar, com o objetivo de "Analisar o processo de comunicação em saúde no pré operatório de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e seu impacto no exercício de sua autonomia e seu nível de ansiedade no prognóstico do pós operatório", tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos do HONPAR.

Estamos cientes que as unidades de análise da pesquisa terá a aplicação de questionário que será realizada pela pesquisadora principal e mais 12 (doze) fisioterapeutas capacitadas previamente com a metodologia do projeto, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo participante, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 do CNS e complementares.

Entretanto, a pesquisadora se submete a apresentar o resultado final da pesquisa a esta instituição.

Atenciosamente


Umberto Tolari
Presidente HONPAR

Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer CNPJ: 04.169.712/0001-90
Rodovia PR 218 Km 01 - CEP 86702-000 - Tel./Fax: 43 3275-0200 / Arapongas-PR - www.honpar.com.br

ANEXO F

TERMO DE AUTORIZAÇÃO EQUIPE CIRURGIA CARDÍACA I.



HONPAR
HOSPITAL NORTE PARANAENSE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Eu Edgar Vidotti, médico cirurgião cardiovascular, autorizo a pesquisadora Mirian de Souza Pinheiro, a realizar pesquisa de campo, com os pacientes internados sob meus cuidados, intitulada: **"COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E CIRURGIA CARDÍACA: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA"**.

O paciente somente participará após sua concordância e assinatura do TCLE.

Sem mais para o momento



Cirurgião Cardíaco
Edgar Vidotti

Arapongas, 30 de setembro de 2020.

ANEXO G

TERMO DE AUTORIZAÇÃO EQUIPE CIRURGIA CARDÍACA II



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Eu Rogério Toshio Teruya, médico cirurgião cardiovascular, autorizo a pesquisadora Mirian de Souza Pinheiro, a realizar pesquisa de campo, com os pacientes internados sob meus cuidados, intitulada: **"COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E CIRURGIA CARDÍACA: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA"**.

O paciente somente participará após sua concordância e assinatura do TCLE.

Sem mais para o momento



Cirurgião Cardíaco
Rogério Toshio Teruya

Arapongas, 30 de setembro

ANEXO H

TERMO DE AUTORIZAÇÃO EQUIPE CIRURGIA CARDÍACA III



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Eu Arnaldo Akio Okino, médico cirurgião cardiovascular, autorizo a pesquisadora Mirian de Souza Pinheiro, a realizar pesquisa de campo, com os pacientes internados sob meus cuidados, intitulada: **"COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E CIRURGIA CARDÍACA: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA"**.

O paciente somente participará após sua concordância e assinatura do TCLE.

Sem mais para o momento

Cirurgião Cardíaco
Arnaldo Akio Okino

Arapongas, 30 de setembro de 2020.