

## **PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS RECIÉN GRADUADOS SOBRE SU AUTONOMÍA PROFESIONAL Y SOBRE EL PROCESO DE LA TOMA DE DECISIONES DEL PACIENTE**

*Heloisa Wey Berti<sup>1</sup>*

*Eliana Mara Braga<sup>2</sup>*

*Ilda de Godoy<sup>3</sup>*

*Wilza Carla Spiri<sup>2</sup>*

*Silvia Cristina Mangini Bocchi<sup>2</sup>*

*El estudio fue realizado entre los enfermeros recién graduados que actúan en un hospital público con los objetivos de describir la percepción que tienen sobre su autonomía profesional y sobre el proceso de toma de decisiones del paciente. La estrategia adoptada para obtener los datos fue la de grupo focal y el marco metodológico la Grounded Theory. De los resultados surgieron dos fenómenos: 1) Percibiendo la fragilidad de la autonomía del enfermero y la del paciente. 2) Moviéndose en dirección a fortalecer la autonomía del enfermero y del paciente. Fue identificada la categoría central: movimiento emprendido por enfermeros recién formados en dirección a fortalecer la autonomía profesional y la autonomía del paciente. La comprensión de la experiencia permitió ampliar el conocimiento sobre los enfrentamientos de los enfermeros recién formados, lo que favoreció nuestra actuación como profesores de enfermería.*

*DESCRIPTORES: autonomía profesional; enfermería; asistencia hospitalaria; ética*

## **MOVEMENT UNDERTAKEN BY NEWLY GRADUATED NURSES TOWARDS THE STRENGTHENING OF THEIR PROFESSIONAL AUTONOMY AND TOWARDS PATIENT AUTONOMY**

*This study involved newly graduated nurses performing in a public hospital and aimed at apprehending how they interpret the reality of their practice as well as their knowledge and experiences; at identifying and problematizing aspects related to the caregiving practice in terms of compliance with the autonomy bioethical framework and at pointing out ways to overcome the problems identified. The strategy adopted for data collection was the focal group and the theoretical framework was based on the Grounded Theory. Two phenomena emerged from the results: 1) Perceiving the fragility of nurse and patient autonomy and 2) Moving towards the strengthening of nurse and patient autonomy. This allowed for the identification of the core category: movement undertaken by newly graduated nurses towards the strengthening of their professional autonomy and towards patient autonomy. Understanding the experience enabled us to expand the knowledge concerning newly graduate nurses' coping, thus favoring our action as nursing professors.*

*DESCRIPTORS: professional autonomy; nursing; hospital care; ethics*

## **PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS RECÉM GRADUADOS SOBRE SUA AUTONOMIA PROFISSIONAL E SOBRE O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO DO PACIENTE**

*O estudo foi realizado junto a enfermeiros recém-graduados que atuam em um hospital público com os objetivos de descrever a percepção destes sobre sua autonomia profissional e sobre o processo de tomada de decisão do paciente. A estratégia adotada para obtenção dos dados foi a de grupo focal e o referencial metodológico a Grounded Theory. Dos resultados emergiram dois fenômenos: 1) Percebendo a fragilidade da autonomia do enfermeiro e do paciente. 2) Movendo-se em direção ao fortalecimento da autonomia do enfermeiro e do paciente. Isto possibilitou a identificação da categoria central: movimento empreendido por enfermeiros recém formados em direção ao fortalecimento de sua autonomia profissional e da autonomia do paciente. A compreensão da experiência nos permitiu ampliar o conhecimento sobre os enfrentamentos dos enfermeiros recém formados, favorecendo nossa atuação como professores de enfermagem.*

*DESCRIPTORES: autonomia profissional; enfermagem; assistência hospitalar; ética*

<sup>1</sup> Doctor en Salud Pública, e-mail: weybe@uol.com.br; <sup>2</sup> Doctor en Enfermería, e-mail: elmara@fmb.unesp.br; wilza@fmb.unesp.br; sbocchi@fmb.unesp.br; <sup>3</sup> Doctor en Enfermedades Tropicales, e-mail: degodoy@fmb.unesp.br. Facultad de Medicina de Botucatu, de la Universidad Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Brasil

## INTRODUCCIÓN

**E**l compromiso de los enfermeros con el cuidado de la salud exige permanente capacitación y desarrollo de la conciencia y de la sensibilidad ética para que el proceso de toma de decisiones sea necesario y adecuado.

En el proceso de toma de decisión, el enfermero ejerce el control de los aspectos técnicos de su trabajo, delimitando lo que es propio de la enfermería, para escoger la mejor manera de actuar en el cuidado del paciente<sup>(1)</sup>.

De este modo, hace uso de su autonomía, para enfrentar dilemas y conflictos morales que, frecuentemente, surgen en lo cotidiano del trabajo en enfermería<sup>(2)</sup>.

La bioética, difundida especialmente con la publicación de sus cuatro principios por Beauchamp y Childres - Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia, ha sido una herramienta importante para analizar dilemas y conflictos morales que surgen en el día a día de los profesionales de la salud.

La Autonomía, uno de los principios bioéticos, es el concepto que nos interesa en este estudio.

La Autonomía significa la capacidad que tiene la racionalidad humana para crear leyes para sí mismo. "*Es la capacidad de auto gobernarse, de hacer elecciones libres de coacciones y asumir los riesgos de esas elecciones*"<sup>(3)</sup>.

En la relación profesional de salud/paciente, la autonomía presupone competencia y libertad para realizar elecciones concientes entre las opciones posibles. El profesional debe considerar todas las explicaciones necesarias sobre la situación, los riesgos presentes en las diferentes alternativas de elección, para que todas las posibilidades sean reconocidas y sea factible elegir la que mejor atienda las necesidades. El paciente tiene el conocimiento de sí mismo y de sus necesidades y el profesional tiene el dominio de conocimientos para identificar los problemas del paciente e implementar los procedimientos para solucionarlos, ambos deben participar del proceso de decisión<sup>(4,5)</sup>.

Entender la autonomía como un valor, significa superar posturas autoritarias o paternalistas que están presentes en las relaciones entre los profesionales de la salud y entre estos profesionales y los pacientes<sup>(4-6)</sup>.

El ejercicio de la autonomía por el enfermero ha sido considerado un tema complejo por las

influencias que sufre como consecuencia de la estructura social en la cual el trabajo se desarrolla y por las barreras impuestas por esas estructuras. Resistir a ciertas influencias y romper las barreras que impiden el ejercicio autónomo del enfermero, posibilita su rescate y fortalece las relaciones entre los profesionales de la salud, los pacientes y los familiares<sup>(7,8)</sup>.

Por otro lado, los derechos de los pacientes muchas veces no son reconocidos; no se valoriza el ejercicio de su autonomía. La ciudadanía, como derecho fundamental del paciente, muchas veces se le es negada; debería ser entendida como un indicador de la calidad de los servicios de salud, considerando que está relacionada con la autonomía, la privacidad y el sigilo profesional<sup>(5,8)</sup>.

Discutir y analizar la asistencia de enfermería bajo la luz del principio bioético de la autonomía significa, simultáneamente, reflexionar y actuar en lo cotidiano lleno de situaciones que exigen un análisis y una toma de decisión.

Como profesoras de un curso de graduación en enfermería, entendemos que el enfermero estará preparado para el ejercicio profesional si, paralelamente al desarrollo de la competencia técnica, se lo prepara para reconocer conflictos éticos, analizar críticamente sus implicaciones y usar el sentido de responsabilidad moral para tomar decisiones sobre la vida humana.

Nuestro compromiso no se agota con la formación de nuestros alumnos, se extiende a los profesionales que participan en la asistencia de enfermería en nuestra ciudad y región, por el compromiso que tenemos con la salud de nuestra población.

Así, por juzgar que es oportuno un análisis problematizador de la práctica asistencial entre los enfermeros recién graduados, nos propusimos desarrollarla, mediante el uso del marco teórico de la autonomía, por su amplitud, complejidad y actualidad.

## OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio fueron describir:

- la percepción de los enfermeros recién graduados sobre su autonomía profesional
- la percepción de los enfermeros recién graduados sobre el proceso de la toma de decisión del paciente.

## TRAYECTORIA METODOLÓGICA

Este artículo es una parte del proyecto de investigación titulado "La Asistencia de Enfermería y la comunicación bajo un enfoque bioético".

Se trata de un estudio cualitativo, conducido después de ser aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Institución, en abril de 2005 y de obtener el Consentimiento Libre y Esclarecido para participar de los enfermeros recién graduados, que actúan en diferentes áreas de un hospital estatal de la red pública, de tamaño mediano.

Para la recolección de datos se optó por el grupo focal, técnica recomendada para los casos en que el investigador levanta la posibilidad de encontrarse con dificultades eventuales de acceso a las informaciones de los participantes con experiencias semejantes, por medio de entrevistas individuales y de observación<sup>(9)</sup>.

La operacionalización del grupo focal se realizó por medio de dos reuniones. En la primera, el moderador promovió la presentación de los participantes y de los objetivos del estudio, así como la de los marcos teóricos de la Bioética. En seguida, estimuló el grupo a hablar y a reflexionar, según el marco bioético de la autonomía, sobre su práctica asistencial y sobre sus experiencias en la Institución.

Las preguntas orientadoras de la discusión fueron:

- Bajo la referencia del marco bioético de la autonomía, hable sobre su experiencia profesional.
- Hable sobre su experiencia profesional relacionada con el proceso de toma de decisión del paciente.

Los registros de las experiencias se hicieron con un grabador, después fueron transcritos en su totalidad y sometidos a un análisis bajo el marco metodológico Grounded Theory.

Para los idealizadores de la *Grounded Theory*, esta metodología consiste en descubrir y desarrollar una teoría a partir de las informaciones obtenidas y analizadas sistemáticamente y comparativamente<sup>(10)</sup>.

Para ellos, la teoría significa "una estrategia para trabajar los datos de una investigación, que proporciona modos de conceptualizar para describir y explicar"<sup>(10)</sup>.

Presentan un método de análisis comparativo constante, donde el investigador, al comparar incidente con incidente en los datos, establece categorías conceptuales que sirven para explicar el dato. La teoría, entonces, es generada por un proceso de inducción,

en el cual las categorías analíticas emergen de los datos y son elaboradas conforme el trabajo avanza. Las categorías son abstracciones del fenómeno observado en los datos y forman la principal unidad de análisis de la *Grounded Theory*. La teoría se desarrolla por medio del trabajo realizado con las categorías, que hacen surgir la categoría central, siendo generalmente un proceso, consecuencia del análisis<sup>(10)</sup>.

Las fases del análisis de los datos son: descubriendo categorías, concatenando categorías, desarrollo de memorandos e identificación del proceso<sup>(10)</sup>.

Este es un proceso descrito como muestreo teórico y el investigador decide que datos debe recolectar, en función del análisis que está realizando. En ese sentido, el muestreo adoptado no es estadístico, es teórico, ya que el número de sujetos o situaciones que deben integrar el estudio es determinado por lo que se denomina de saturación teórica, o sea, cuando las informaciones comienzan a repetirse y nuevos datos o datos adicionales no aparecen más<sup>(10)</sup>.

Durante el análisis de los datos, las autoras notaron que el contenido era suficientemente denso para comprender la experiencia de los 15 enfermeros recién graduados sobre el objeto investigado.

Mediante la evidencia, el grupo de actores fue nuevamente convidado a reunirse con la finalidad de que conocieran la experiencia del enfermero recién formado con relación a su autonomía y a la del paciente, se sugirió que opinasen si aquella experiencia representaba los datos que se entregaron a las investigadoras. En esa circunstancia tuvieron la oportunidad de validar el análisis realizado por las investigadoras, así como de discutir las opciones para superar los problemas evidenciados. "Caminos para superar los problemas evidenciados".

## RESULTADOS

La discusión sobre la vivencia profesional basada en el marco bioético de la autonomía se desarrolló en dos abordajes temáticos: A - la autonomía del enfermero y B - la autonomía del paciente.

### A - La Autonomía del Enfermero

En relación a la autonomía del enfermero, los conceptos que surgieron de los relatos de las

experiencias fueron organizados en las siguientes categorías:

#### *A1 - Entendiendo la autonomía profesional como un atributo y también como una conquista*

La autonomía se entiende como algo inherente al individuo; existen personas que demuestran ser más autónomas que otras. El título de enfermero no es suficiente para conferir autonomía profesional. Al resolver los problemas de modo racional y sin imposiciones, el enfermero va conquistando confianza y consiguiendo mayor autonomía. El conocimiento favorece la autonomía; los enfrentamientos la dificultan. Mantenerse susceptible y humilde frente al aprendizaje constante y reconocer las propias limitaciones ayudan a aumentar la autonomía profesional.

*... si en mi unidad, dejo que el médico llegue sin lavarse las manos, como ya sucedió, y vaya a examinar al paciente, yo insisto para que se lave las manos. La autonomía es adquirida por nosotros mismas, de nada sirve pensar que porque se es enfermera los otros te van a respetar.*

*Cuando cursamos una facultad, no conseguimos absorber todo lo que es enseñado. En el día a día aprendemos más. Se aprende con los técnicos auxiliares y médicos. Tenemos que ser más humildes, ordenar: no se. Usted ordenando - no se, usted no aprende mucho más si se dirige a la persona y le dice: haga esto o haga aquello.*

#### *A2 - Percibiendo la existencia de algunos factores que condicionan la autonomía profesional*

La autonomía del profesional se desarrolla mediante el respeto a los auxiliares y a los técnicos, sin imposiciones autoritarias, en un clima amigable y tranquilo; así, se consigue una mejor organización del trabajo. Otro condicionante de la autonomía es saber trabajar en equipo, acompañando a los funcionarios en las tareas que no saben ejecutar y para las cuales el enfermero tiene una mayor seguridad. El enfermero no gana autonomía profesional cuando delega tareas que él mismo no sabe ejecutar, porque los funcionarios lo notan, y el paciente podrá ser perjudicado. La autonomía profesional del enfermero también depende de la filosofía de trabajo adoptada en la institución.

*Entonces de que sirve que ella le diga a los técnicos y auxiliares de enfermería: - Mira! Tienes que hacer el curativo con papáina! Era ella quien lo tenía que hacer. Entonces ellos dicen:*

*Ella lo mandó... Ellos cuestionan mucho... Ellos, muchas veces, podrán no saber hacer el procedimiento, sin embargo lo harán de cualquier manera, perjudicando al paciente.*

*Es necesario hacer esto, vamos juntos, es un trabajo en equipo. Por equipo me refiero al trabajo multiprofesional, no solo de los técnicos y auxiliares - todos trabajando juntos. Y así se va conquistando la autonomía.*

*"En la unidad donde yo actúo el equipo es bueno porque la filosofía también es diferente. El médico coordinador ya vino con esa filosofía. Llegan los residentes y yo hago la parte de la enfermería, ellos hacen su parte".*

#### *A3 - Haciendo uso de su autonomía profesional*

Las intervenciones realizadas conjuntamente con los médicos, tales como: recordarles la ejecución adecuada de ciertos procedimientos, observación de ocurrencias, etc., son conductas relacionadas al uso que, el enfermero, hace de su autonomía. El enfermero, al usar su autonomía, debe tener el control de todo lo que sucede en su unidad de trabajo, para que exista una contradicción entre las recomendaciones que el médico le hace al paciente con lo que el enfermero orienta.

*Y ya sucedió así, el residente vino y le pregunte: -¿Ya se lavó las manos? Entonces, él fue allá y se lavó las manos.*

*En cuanto al médico necesita saber que conocemos, tenemos un conocimiento. Por ejemplo: Doctor, mire! Es así, el curativo es de esta manera... También no sirve chocarse de frente. Tiene que saber lo que estamos hablando, ahí entonces no hay discusión.*

*Durante la asistencia de enfermería al paciente en diálisis del peritoneo, vi que el catéter fue colocado de forma equivocada, entonces había que cambiarlo, porque no entraba y no salía la cantidad correcta de líquido. El médico no entendía, pensaba que era la enfermera que estaba equivocada, que era la enfermera que no hacía eso, que era la enfermera que no hacía aquello...e, inclusive explicando, él decía: No, ustedes están equivocadas.*

*Cuando estamos en la unidad tenemos que tener el control de todo, de lo que está equivocado y de lo que no está. Porque el enfermo te cobra: el médico no hace eso, no hace aquello. A veces también el paciente dice: el médico me dijo eso. Porque a veces el médico dice una cosa para el paciente y no lo repasa para nosotros y ahí usted se queda sin saber.*

#### *A4 - Apuntando la percepción de riesgos sobre su autonomía*

No asumir atribuciones exclusivas, o tratar funcionarios de modo grosero causan la pérdida del

respeto y consecuentemente de su autonomía. Los funcionarios comprueban la capacidad y la seguridad de los enfermeros iniciantes, hacen comparaciones entre enfermeros novatos y antiguos, consideran saber más que los enfermeros recién formados. Algunas dificultades prácticas y de habilidades del enfermero iniciante son interpretadas como falta de conocimiento. Los enfermeros iniciantes son puestos a prueba, también, por los médicos. Así, la autonomía necesita tiempo para ser conquistada, inclusive así ella nunca será plena.

*Cuando yo entré en la Central tenía funcionarios con 25 años de experiencia de trabajo y yo era recién formada, yo tenía cursado una especialización y era recién formada. ¿Ahora voy a llegar allá y decir que se todo? Entonces vamos a sentarnos y a conversar. Entonces usted se va ganando la confianza de ellos y es donde usted consigue autonomía. Si yo llegase allá diciendo que es de esa forma y ya... Usted tiene que cautivar.*

*En el comienzo, los auxiliares y técnicos nos ponían a prueba, muchas veces, para saber hasta donde ellos podían llegar, hasta donde nosotros estábamos seguros, hasta donde éramos capaces. Muchas veces, de la misma forma que tenemos que ayudar, también tenemos que decir: yo también no se hacer eso. Ellos lo toman muy bien. Ahora, después que ellos me conocen y saben como yo trabajo, yo siento que es más fácil hablar: yo también no se hacer eso, puede dejar que yo voy a buscar el conocimiento para saber como hacerlo. Porque cuando usted no sabe hacer y delegar, eso aparece en su rostro - No sabe hacerlo. Y ellos saben de eso.*

*Los funcionarios, cuando ingresamos, ponen a prueba hasta el último segundo para ver si somos capaces o no... Muchas veces, también, usted puede estar haciendo de todo y ellos se aprovechan de usted... Y el médico también te pone a prueba.*

*En mi primer año de trabajo una auxiliar dijo: ¿yo tengo 25 años de experiencia y vienen ustedes a querer darse de jefe? Para ellos, conocimiento es tiempo de servicio.*

*Entonces, usted no entra en la provocación, usted va discutiendo y mostrando la realidad, lo que es correcto. Entonces usted va adquiriendo confianza y es donde consigue autonomía, sabiendo que su autonomía nunca será total.*

#### A5 - Apuntando conflictos en la relación médico/enfermero

La falta de respeto a la autonomía del enfermero es percibido con mayor magnitud cuando se trata de los médicos, volviendo la relación en un conflicto, especialmente en las situaciones en que los médicos culpan a la enfermería por tratamientos mal seguidos; no leen las anotaciones de enfermería y/o

no aceptan el examen físico realizados por los enfermeros. Por otro lado, los enfermeros apuntan fallas médicas en la ejecución de procedimientos, consideran que el médico ocupa un lugar privilegiado en la jerarquía hospitalaria y que no disponen de tiempo suficiente para ofrecer una atención más dedicada al paciente. Por otro lado, el enfermero por permanecer más tiempo al lado del paciente, tiene más condiciones para realizar una observación detallada. Entre tanto, al detectar algo que los médicos no observaron el enfermero podrá ser mal interpretado. Contradictoriamente, hay médicos que solicitan al enfermero y hasta a los auxiliares y técnicos la ejecución de procedimientos que son exclusivamente médicos.

*El enfermo llega del Centro de Cirugía y los médicos no observan que el paciente está con una sonda y eso se le pasa desapercibido. Entonces, casi 6 días después, el paciente va recibir alta. - ¿El paciente está de alta? ¿Doctor, no va sacar la sonda? - Ah, ¿el paciente está con la sonda todavía? - Usted no prescribió que se la sacáramos... Entonces tiene que estar alerta porque, a pesar de que nosotros hacemos la evolución, ellos no la leen... Esto ya viene de la cultura médica antigua. El médico es siempre más alto que todo el mundo, es la parte de ellos y acabó... el resto de los funcionarios tiene que estar al servicio de ellos. - Yo estoy mandando esto, usted lo hace. En algunos lugares es así.*

*Ya me sucedió en un postoperatorio de cirugía cardíaca en la cual no debe ser realizada la flebotomía, sin embargo el médico lo hizo. Entonces el niño llegó del Centro de Cirugía y dos horas después ya estaba con flebitis. La Comisión de Infección Hospitalaria fue y lo encaminó para comprobar la infección. Inclusive así el médico continuo haciéndolo. Por eso suceden las infecciones, y dicen así: Ah! Es la enfermería. Sin embargo ellos van a hacer una punción y no se lavan las manos. Usted va a decir alguna cosa y dicen: aquella enfermera es muy pesada.*

*En mi unidad tienen evaluación médica y de enfermería. El médico evalúa y pronto. Falta la parte de la enfermería y yo todavía no terminé, todavía estoy evaluando, sin embargo el médico evalúa y se acabó, piensa que no necesita de la evaluación de la enfermería. Ellos no leen nuestras anotaciones, creo que eso es de la cultura médica.*

*Una cosa que ellos reclaman es que piensan que el enfermero no debe hacer examen físico en el paciente. ¿Por que? Porque la gente ve muchas cosas que ellos no consiguen ver y nosotros llegamos y les decimos. Muchas veces ellos no aceptan lo que les decimos porque parece que estamos pasando por encima de ellos, que él es el médico, entonces es él que debería haber visto aquello.*

*Muchas veces ellos tiene tantos empleos, tantas cosas para hacer que acaban haciendo una cosa rápida. Nosotros como nos quedamos allá, podemos llegar al paciente y ver más detalles.*

*A mí ver es la clase médica la que más desacata la autonomía del enfermero. Con los funcionarios también sucede, sin embargo en la medida en que trabajamos juntos, y que van notando seguridad, aquello va acabando. La clase médica es la que más nos afecta. Hay excepciones, sin embargo son mínimas, la mayoría prevalece. Hay parámetros que pasan desapercibidos y la enfermería los ve, a ellos no les gusta admitir que fue la enfermería que vio.*

#### **A6 - Apuntando conflictos en la relación enfermero/ auxiliar de enfermería**

Los conflictos son resultado de las intervenciones de los auxiliares de enfermería en las conductas del enfermero y de la percepción de que los auxiliares y técnicos de enfermería colocan a prueba la competencia profesional de los enfermeros.

*Conmigo sucedió de estar orientando en un postoperatorio a un paciente y, en cuanto lo orientaba, una funcionaria que estaba cuidando de una paciente al lado, todo lo que yo decía de orientación ella lo rebatía: No es así que se hace, es así. O sea, mi palabra quedó totalmente anulada, parecía que yo no sabía lo que estaba hablando. En verdad, yo estaba hablando ordenadamente de modo que el paciente entendiera, pues si yo arrojase todo, él no entendería nada. Entonces yo sentí que ella no me respetaba porque ella realmente no me conocía y cuando llegamos a un lugar nuevo, hasta conquistar a todo el mundo es difícil.*

*Cuando el enfermero llega, viene con una carga teórica alta, muchas veces con poca práctica. Entonces el auxiliar piensa que sabe más que el enfermero y comienza a hacerle preguntas para ver si el enfermero realmente sabe.*

#### **A7 - Apuntando otros conflictos en la relación enfermero/enfermero**

En la relación con sus pares, identificaron un corporativismo mayor entre los médicos que entre los enfermeros; encontraron enfermeros que se hacen aliados de los médicos para perjudicar su compañero de profesión, otros que niegan ayuda a sus compañeros o que faltan con el compañerismo en las disputas por cargos, además de los que escogieron la profesión por motivos equivocados.

*Los médicos son unidos. Ahora, la clase de los enfermeros no lo es. Es un querer mostrar que uno es mejor que el otro. Muchas veces a la enfermera no le gusta otra, entonces se une con el médico para tratar de derrumbarla.*

*Hay varias oportunidades, en que la persona tiene que buscar. Los que no buscan por comodidad critican a sus*

*compañeros que fueron atrás de su perfeccionamiento profesional. También, la enfermería no tiene la concepción de buscar y pasar para los otros. Pienso que muchas veces falta profesionalismo.*

*Nuestros salarios son más bajos y las personas quieren un puesto mejor para tener un salario mayor y acaban pasando sobre las otras.*

*Ahora, tenemos aquella enfermera que, porque no consiguió hacer medicina, estudia enfermería, o estudia enfermería para ser igual al médico. También está la que estudia enfermería porque quiere ser supervisora.*

#### **B - La Autonomía del paciente**

Los conceptos, referentes a la autonomía del paciente, que surgieron de las discusiones son presentados en las siguientes categorías:

##### **B1 - Percibiendo el respeto de la Institución a la autonomía del paciente**

Es la conclusión a la que el enfermero llega al percibir que su institución, de un modo general, respeta la autonomía del paciente y la de su familia, inclusive cuando es influenciada por creencias religiosas. Sin embargo, algunos pacientes internados en unidades especializadas y/o portadores de determinadas enfermedades, no tiene ninguna autonomía. Los enfermeros tienen que tomar decisiones por el paciente en situaciones de autonomía reducida, inclusive en esos casos, tienen como costumbre consultar a los familiares de los pacientes.

*De un modo general, la autonomía del paciente en este hospital es preservada.*

*Tuve una paciente de la vascular Testigo de Jehová que necesitaba de una transfusión sin embargo no quería recibir la sangre. Se realizó una terapia alternativa paliativa y no fue hecha la transfusión. Solo que el proceso quirúrgico fue postergado hasta que la paciente tuviera condiciones de cirugía.*

*Yo trabajé bastante en las UTI, allá los pacientes no tiene autonomía para nada, son pacientes de AVC, lesión hepática... Estos no tienen autonomía. Son pocos los post operados que van para allá y pueden decir: yo quiero eso, yo quiero aquello. A los demás, nosotros les hacemos todo, tomamos las decisiones por ellos.*

*Sucede mucho que la familia quiere una conducta y el paciente quiere otra. Existe ese conflicto en la familia. Muchas veces tenemos que quedarnos afuera de la conversación para no llegar y decir: haga esto, o incentivar el paciente a hacerlo, porque si después sucede alguna cosa la familia va a decir: aquel enfermero era el que nos estaba obligando.*

*Hay pacientes que no quieren y la familia quiere obligarlo y nos dicen: Dígale a él que tiene que hacer eso...*

*En pediatría, a veces, hay madres ex presidiarias, o que tiene muchos hijos en casa. Ahí usted inicia una antibioticoterapia para neumonía, la madre no acepta que el niño quede internado. O el niño tiene leishmaniosis y necesita quedarse 40 días internado. La madre tampoco acepta. Entonces, tiene un gran problema en el que participan el servicio social, los jueces... la madre quiere sacar al hijo.*

### **B2 - Observando la comunicación enfermero/paciente/familia para toma de decisión**

En el proceso de comunicación con el paciente, el enfermero muchas veces asume otra función, la de mediador de conflictos. En estos casos, el enfermero se apropia de estrategias, que inducen al individuo a comprender que la situación puede empeorar.

*Un paciente vino al hospital para ser evaluado y luego irse. Solo que el médico conversó con él y le dijo que necesitaba internarlo para realizar una cirugía. El paciente dijo: no, yo no quiero quedarme, yo me voy. Entonces, el médico dijo: usted quiere irse, tiene todo el derecho, puede irse. Ahí yo estaba llegando con mi coordinadora, dijimos: espere doctor, vamos a conversar con él. Le preguntamos por que quería irse. El estaba preocupado con la familia, en dejar a la esposa y a los hijos. Entonces le dijimos: si usted continua como está no va a poder trabajar, no va a poder cuidar de los hijos, va a empeorar, y es tan difícil encontrar un cupo,... si usted se queda aquí va ser tratado y en 3 o 4 días máximo, y después se puede ir. Ahí él comenzó a pensar. Entonces lo dejamos pensando y le dijimos que volveríamos para saber la respuesta. Más tarde el paciente dijo: - pensándolo bien, si me voy así no va a servir de nada, yo necesito irme bien, entonces voy a quedarme.*

*Un paciente en la UTI necesitaba hacerse una endoscopia, solo que él no quería. Ahí el médico conversó, él no quiso. La enfermera y la asistente social conversaron, explicaron el procedimiento y él aceptó y fue tranquilamente.*

### **B3 - Observando la comunicación médico/paciente/familia**

Al no establecerse una relación interpersonal efectiva entre el médico, el paciente y su familia, y teniendo el enfermero la convicción de que esa relación es esencial en la toma de decisiones sobre el tratamiento y restablecimiento, acaba explicándole al paciente, el proceso de tratamiento definido por el equipo médico, con la finalidad de obtener su adherencia al mismo. Esa intervención es casi siempre

efectiva y se ha configurado como otra actividad designada al enfermero.

*Muchas veces el paciente se hace una cirugía y ya sale de alta de allá. O sea, el médico ve al paciente en la sala de operación, solo que el paciente no vio al médico. La familia quiere hablar con el médico y piensa que nosotros tenemos que encontrar un medio para colocar el médico al frente de ellos. Y los médicos a veces no aparecen. ¿Como explicar eso a la familia?*

*El médico muchas veces pide un examen y no le dice nada al paciente. El enfermero ya alerta al paciente y le dice para que sirve, que examen es. Muchas veces nosotros explicamos y yo pienso que cabe más a la enfermería explicar el examen al paciente.*

### **B4 - Apuntando dificultades del enfermero en relación a la observancia de la autonomía del paciente**

No siempre es posible adaptar rutinas de enfermería de acuerdo a las preferencias de los pacientes, esto, a veces, puede ser realizado en relación a los horarios. En algunas situaciones, los pacientes se manifiestan molestos al tener que acatar normas establecidas. Los enfermeros sienten dificultades para responder a ciertas preguntas que los pacientes hacen relativas a las normas del servicio, esto por no concordar con las mismas. En estos casos, hacen uso de estrategias que disminuyen el tiempo de exposición del sujeto al evento o utilizan la técnica de convencimiento, sin realizar movimientos de cambios en las referidas rutinas.

*El baño aquí no tiene rutina, es todo el día. Si el paciente no está en cama, tiene todo el día para escoger el horario que quiera. Si el paciente está en cama le damos prioridad a los que están peor. Tratamos de darles baño de acuerdo con los procedimientos del día. Hay baños que se tienen que dar antes de que el paciente entre para cirugía. Entonces dejamos otros para la tarde. ¿Hay enfermos que dicen: no quiero tomar baño ahora, puede pasar para la tarde? Y nosotros pasamos.*

*Otras veces los pacientes preguntan: por que para hacer la cirugía en la nariz tengo que ir sin ropa interior. Ahí, hasta explicar... es difícil...nosotros mismos no estamos de acuerdo...*

*Lo que hacemos es: así que el paciente llega del centro de cirugía le sacamos la camisola, le colocamos el pijama y las prótesis*

## **DESCUBRIENDO LA CATEGORÍA CENTRAL**

Interrelacionando las categorías identificadas fue posible la observación de dos fenómenos:

- percibiendo la fragilidad de la autonomía del enfermero y la del paciente;
- moviéndose en dirección al fortalecimiento de la autonomía del enfermero y del paciente

Esto posibilitó la descubierta de la categoría central, la cual evidenció el fenómeno del movimiento emprendido por los enfermeros recién formados en dirección al fortalecimiento de su autonomía y de la autonomía del paciente.

En la condición de enfermeros recién formados perciben su autonomía reducida por la exposición, entre los miembros del equipo hospitalario, de sus habilidades poco desarrolladas, sintiéndose observados y comparados con otros profesionales con más experiencia.

A pesar de considerar la autonomía como un atributo personal que tiene sus bases en las experiencias particulares de la vida, perciben que ella puede ser conquistada en sus interacciones de trabajo, a pesar de que nunca será total.

En las interacciones con el equipo de la salud los enfermeros buscan ejercer la autonomía profesional observando los factores que la condicionan y los que causan su reducción. En esos movimientos ellos se exponen y participan en conflictos, especialmente en las situaciones asimétricas de autonomía y poder. Al enfrentar conflictos perciben las posibilidades que tienen para identificar actitudes apropiadas para desarrollar su autonomía.

Al integrarse con los pacientes, los enfermeros van observando, analizando y percibiendo su autodeterminación, a veces bastante reducida, debido al estado de salud y a su condición de institucionalizados. Perciben al paciente moviéndose con su autonomía fragilizada por tener que someterse a las reglas impuestas por la institución y a las rutinas de atención establecidas, por las dificultades de comunicación que tiene con los miembros del equipo de atención hospitalaria y además por imposiciones familiares; contra estas dificultades debe luchar para conquistar condiciones que le permitan administrar su vida.

Los enfermeros se sienten impotentes para hacer valer la autonomía del paciente; es en ese escenario que los actores se perciben, se aproximan y participan en un proceso de cooperación y solidaridad, buscando la preservación de la identidad de cada uno y su autodeterminación.

## DISCUSIÓN

La autonomía entendida por los enfermeros participantes de este estudio como un atributo personal significa que los individuos pueden poseer diferentes grados de autodeterminación, unos más y otros menos, conforme su historia de vida, sus interacciones sociales, su visión de mundo, sus concepciones ideológicas, su nivel educacional, sus condiciones económicas y sociales, sus estilos de vida, su personalidad, etc.

Entre tanto, al tornarse un profesional, su autonomía también será, en parte, determinada por la concepción que la sociedad tiene de su profesión, la cual influencia el concepto que ellos atribuirán a su actividad profesional.

Tradicionalmente, la enfermería, por su historia relacionada al trabajo femenino y también considerado subalterno, no ha recibido de las sociedades modernas y postmodernas la misma consideración dada a otras profesiones de la salud.

Al terminar el curso de graduación en enfermería y entrar en el mercado de trabajo, especialmente en el área hospitalaria, el enfermero recién formado enfrenta conflictos que tienen origen en la visión histórica de su profesión, en la estructura de poder organizacional de la institución, en la cual el poder se expresa por políticas, leyes y reglas que aparentemente son impersonales, y que confirman y garantizan el poder del grupo dominante<sup>(11)</sup>.

Se someten a procesos selectivos, programas de entrenamiento y a la supervisión que son formas clásicas de mantener los valores básicos de la organización, que inhiben, de cierto modo, el control sobre sí mismos. Tendrán que demostrar competencia y dedicación, sin embargo, podrán ser traicionados por habilidades que no fueron suficientemente desarrolladas durante el curso de graduación, teniendo que enfrentar el enjuiciamiento de sus pares, del personal subordinado, en fin, de todo el equipo de la salud.

Con el tiempo, van descubriendo que la autonomía profesional puede ser conquistada por actitudes de respeto y por el desarrollo de las competencias necesarias a la actividad, entendiendo que aún así su autodeterminación nunca será plena.

Con relación a la autonomía de los pacientes, además de la propia condición de enfermos que la puede reducir, algunas acciones y actitudes que los despersonalizan pueden desencadenar sentimientos de insignificancia e indignación.

Con frecuencia se observan relaciones asimétricas entre profesionales de la salud y enfermos, existiendo de un lado el poder y del otro la sumisión.

Muchas veces los profesionales asumen posturas de poder sobre el cuerpo del enfermo y este, en su fragilidad, no se da cuenta que es un ser con autonomía para hacer cuestionamientos, aceptando pasivamente lo que se le impone y sintiéndose, en muchas situaciones, avergonzado y embarazado. Esa coexistencia entre autonomía y heteronimia desencadena conflictos en un sistema de fuerzas desiguales y a veces con falta de respeto<sup>(12)</sup>.

El enfermo hospitalizado no siempre participa de las decisiones tomadas sobre su vida y no siempre es comunicado sobre esas decisiones de modo que pueda comprenderlas, ya que difícilmente esa comunicación ocurre de manera dialógica<sup>(13)</sup>.

En este estudio, del cual participaron enfermeros que actúan en un hospital público que atiende pacientes, en su mayoría, provenientes de las clases más desfavorecidas de la sociedad, privados, por lo tanto, de condiciones básicas de vida y salud, la pregunta que se presenta es: ¿Como los enfermeros pueden llevar, a esos pacientes, la idea de autonomía?

Fue posible poner en evidencia que los enfermeros mantienen cierta proximidad con los enfermos internados, dadas las peculiaridades de su trabajo, estableciendo, de este modo, vínculos y asumiendo actitudes de cooperación y solidaridad.

Estas condiciones pueden, según Boemer<sup>(4)</sup>, otorgar a esos profesionales "un poder paralelo de influencia", pudiendo contribuir con el enfermo en el ejercicio de su autonomía, incentivándolo a conocer y ejercer sus derechos.

## CONCLUSIÓN

Este estudio permitió comprender la experiencia de los enfermeros recién graduados que actúan en un hospital público estatal e interpretar la concepción que le dan a su práctica con relación a su autonomía y a la autonomía del paciente.

Las reflexiones sobre las fragilidades de su autonomía y de la autodeterminación del paciente fueron muy importantes en el sentido de incentivarlos a buscar caminos para que puedan enfrentar esas dificultades.

Los caminos apuntados por esos enfermeros para superar los problemas identificados, parecen favorecer una atención fundada en la alteridad, la cual propicia efectivas interacciones mediante la práctica de una relación simétrica y dialógica.

Como profesores de enfermería, este estudio, por el volumen de casos y experiencias relatados, subsidiará nuestra actividad de enseñanza, favoreciendo las oportunidades para reflexionar con nuestros alumnos sobre la autonomía y la práctica de la enfermería en el inicio de la carrera profesional del enfermero.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Merigh MAB. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas. Rev Latino-am Enfermagem 2002 setembro-outubro; 10(5):644-53.
2. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Silva MR Svaldi JSD, Bulhosa MS. Nursing ethics and its relation with power and work organization. Rev Latino-am Enfermagem 2007 maio-junho 2007; 15(3):493-7.
3. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de Bioética. 7.ed. São Paulo: Loyola, 2002.
4. Boemer MR. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. Rev Latino-am Enfermagem 1997 março-abril; 5(2):33-8.
5. Spiri WC, Berti HW, Pereira MLD. Os princípios bioéticos e os direitos dos usuários de serviços de saúde. O mundo da Saúde 2006 julho-setembro; 30(30):448-54.
6. Soares JCRS, Camargo JR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. Interface 2007 janeiro-abril; 11(21):65-78.

7. Seago J, Ann ME. Autonomy: A realistic goal for the practice of hospital nursing. Aquichan 2006 October; 6(1):92-103.
8. Oliver JG, Ballart JF, Barbany JB. Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. Gac Sanit 2006 November-December; 20(6):465-72.
9. Mayan MJ. An introduction to qualitative methods: a training for students and professionals. Edmonton: International Institute for Qualitative Methodology; 2001.
10. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory. New York: Aldine; 1967.
11. Kurcggant P, Massarollo MCKB. Cultura e Poder nas Organizações de Saúde. In: Kurcggant P, organizador. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005. p. 26-36.
12. Marchi MM, Srtajn R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos Serviços de Saúde. Bioética 1998 janeiro-julho; 6(1):39-45.
13. Maffesoli M. Dinâmica da violência. São Paulo: Vértice; 1988.