

Ética em Obstetrícia: a comunicação da histerectomia de urgência

Autora:

Maria de Deus Lima Pinheiro

Licenciada em Medicina

Luanda, 2013

Orientador científico:

Paulo Adão de Campos

Professor associado da Faculdade de Medicina da UAN e Chefe de Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Resumo

Antecedentes

A histerectomia de urgência é uma intervenção que consiste na extração do útero geralmente devido a complicações obstétricas no ciclo grávidopuerperal. Continua a ser um problema de saúde pública nos países em vias de desenvolvimento devida a complicações que emergem dos conhecidos três atrasos da mulher em trabalho de parto. É um procedimento que salva vidas e de certa forma diminui as taxas de mortalidade materna, mas envolve aspetos éticos relevantes no quadro dos direitos humanos e da vida reprodutiva constituindo por este motivo uma “má notícia”.

Objetivo

O presente estudo pretendeu analisar a observância dos princípios éticos durante as histerectomias de urgências feitas na Maternidade Lucrecia Paím de 1 de maio a 30 de junho de 2013, assim como analisar a forma como foi feita a comunicação médico-paciente.

Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo, qualitativo e transversal sobre os aspetos éticos e a forma de comunicação médico-paciente em relação às pacientes histerectomizadas de urgência na Maternidade Lucrecia Paím no

período de 1 de maio ao 30 de junho de 2012. Foram elaborados inquéritos semiestruturados, tendo os participantes sido categorizados em dois grupos: 52 mulheres que sofreram histerectomias de urgência e 40 médicos que fizeram serviços de urgência de Ginecologia e Obstetrícia. Às mulheres foram feitas entrevistas semiestruturadas e os médicos preencheram inquérito.

Aspetos éticos

A pesquisa foi autorizada pelo conselho científico da Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto e pela direção geral da Maternidade Lucrecia Paím. Cumpriram-se todas as normas para elaboração dum trabalho científico. Declara-se não haver qualquer conflito de interesse.

Resultados

Quanto à idade das pacientes, os valores variavam entre 15 para a idade mínima e 46 para a idade máxima, mediana 30. Cerca de 50% das mulheres estudadas tinha até 30 anos de idade, e 68% a idade está compreendida entre 21 e 36 anos. Temos a realçar o grupo dos 15 – 19 anos com 7 casos (13%). Em relação ao estado civil 37 (56,9%) vivem em união de facto. Quanto ao nível de escolaridade, 17 (32,7%) tinham nível secundário, 14 (26,9%) nível primário e 12 (23,1%) eram analfabetas.

Verificamos que 50% das participantes no estudo tinham baixo nível de escolaridade. Quanto às profissões que desempenhavam, 32 (61,5%) eram vendedoras e 8 (15,4%) eram estudantes. Do ponto de vista obstétrico, quanto à paridade, 36 casos (69,2%) já tinham tido 4 e mais gravidezes, ao passo que 8 (15,4%) eram primigestas. Porém a característica “número de gestações” teve relação significativa com a informação póshisterectomia ($p= 0,025$). Todas as mulheres primigestas foram informadas (8/9) com exceção de 1 (1/9) que era nuligesta. Outrossim, a maioria das mulheres multigestas (24/43) não tinha sido informada. Do total dos 40 médicos que integraram o corpus da pesquisa, 32 (80%) formaram-se em Angola, sendo 26 (65%) do sexo feminino e 14 (35%) do sexo masculino; as suas idades variavam entre idade mínima 26 anos e a máxima 62 anos, a média de idade foi de 43 anos. Ao caracterizarmos por grupo etário 27 (67,5%) encontravam-se na faixa etária dos 40 anos e mais; em relação à categoria profissional 19 (47,5%) eram médicos especialistas e 10 (25%) eram internos do segundo ano de especialidade; 24 (60%) não tiveram formação em comunicação de “más notícias”. Quanto ao tempo decorrido desde a licenciatura em medicina variava entre 1 ano e os 28 anos tendo como tempo médio de formação 10,98 anos. Quanto à observação dos aspetos éticos, no presente estudo 51 pacientes não assinaram o consentimento informado, porque a urgência da situação não permitiu, e 1 familiar direto, a irmã, assinou, porque se trata de uma paciente com atraso mental e metrorragia. Do ponto de vista médico, 22,5% (9) acharam que “má notícia” é aquela notícia desagradável, 15% (6) definiram como aquela notícia cujo conteúdo se referia a perda de órgãos, fetos, cirurgias repetidas e morte; enquanto outros (15%) definiram-na como aquela que é comunicada sem preparação prévia, nem preparação psicológica. Quanto à formação dos médicos em habilidades de comunicação de “más notícias” durante a formação pré-graduada 23 (57,5%), não tiveram esse tipo de formação. De realçar que 70% (28) dos médicos que participaram no estudo não acharam relevante ter competência, embora não tenha constituído uma diferença significativa no grupo dos formados e não formados em relação a informação da histerectomia de urgência. Catorze (35%) atribuíram aos médicos a responsabilidade de comunicar as “más notícias”, enquanto 12 (30%) aos psicólogos e outros 12 (30%) a uma equipa multidisciplinar constituída por médicos e psicólogos. Quanto ao melhor momento de comunicação

para 14 (35%) dos médicos fizeram-no na altura em que as mesmas tiveram alta, enquanto 11 (27,5%) durante internamento. Quanto às repercussões psicológicas sobre os médicos que participaram na pesquisa 17 (42%) sentiram-se tristes, enquanto 10 (25%), sentiram-se responsáveis com a obrigação de comunicar; 6 (15%) constrangidos e 7 (17,5%) sentiram-se mal. Dos médicos questionados 32 (80%) encaminharam as pacientes para interconsulta com o psicólogo; enquanto 20% (8) não o fizeram. Há a referir que das 52 mulheres histerectomizadas em estudo (30) 57,7 % não sabiam qual a operação a que tinham sido submetidas; e das 22 mulheres que tomaram conhecimento da operação efetuada, 20 foram informadas na maternidade, num ambiente calmo. Uma tomou conhecimento na mesa operatória quando despertava da anestesia e outra tomou conhecimento durante a ecografia. Das mulheres que foram informadas, 57,1% avaliaram a qualidade da comunicação como boa e 42,9% avaliaram como má. Como atributos para uma comunicação, as mulheres referiram a conversa motivadora, explicar bem e detalhadamente o problema, o carinho e a empatia. Como aspetos negativos para a comunicação foram: estar apressado, a rapidez durante a explicação, falar de forma abrupta, falar em lugar impróprio e não ter um familiar por perto. Fizeram algumas sugestões para melhorar a comunicação da histerectomia: presença de familiar, deixar recuperar o estado de saúde, informar depois da alta e ir preparando a paciente durante o internamento.

Conclusão

O presente estudo possibilita a reflexão sobre as necessidades assistenciais da mulher africana no seu contexto de vida familiar, social e cultural. Percebe-se também a relevância de uma abordagem da problemática das histerectomias de urgência em trabalhos posteriores para que os aspetos éticos que esse procedimento envolve sejam tidos em conta. A formação em habilidades de comunicação de “más notícias” revelou-se também importante para todos os prestadores de cuidados de saúde.

Palavras-chave:

Histerectomia, ética, Obstetrícia, comunicação más notícias, bioética.