

## CONFLITOS ÉTICOS NA REVELAÇÃO DE INFORMAÇÕES - PARTE II<sup>1</sup>

Leni Cristina Domingos Coelho\*  
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues\*\*  
Sonia Silva Marcon\*\*\*  
Valéria Lerch Lunardi\*\*\*\*

### RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo desenvolvido com o objetivo de descrever e analisar julgamentos morais das enfermeiras em uma situação que envolve conflitos éticos relativos à ocultação de informações, identificando as bases argumentativas no seu modo de refletir e formular tais juízos. O estudo foi realizado no município de Maringá - PR com 28 enfermeiras que trabalhavam na docência e na assistência hospitalar e ambulatorial. Os dados foram coletados no período de outubro de 1998 a fevereiro de 1999, por meio de entrevista aberta do tipo "focalizada", a partir de um instrumento constituído de duas partes: caracterização dos sujeitos e apresentação de um caso descrevendo uma situação de dilemas éticos referentes à prática da assistência de enfermagem quanto ao direito de informação do paciente. O caso era acompanhado de questões que abordavam o tema em julgamento, bem como de solicitações de justificativas para as respostas. Para a interpretação dos resultados foi utilizada a análise temática, que deu origem a três categorias: o processo de consentimento livre e esclarecido, a atitude do profissional diante da informação e a responsabilidade da equipe pelo consentimento livre e esclarecido. Conclui-se que as enfermeiras baseiam suas justificativas mais na ética normativa e na ética deontológica.

**Palavras chave:** Ética. Enfermagem. Pesquisa Qualitativa.

### INTRODUÇÃO

A ética do consentimento pode ser entendida como o conhecimento dos fundamentos morais que sustentam nossas atitudes e ações relativamente à autorização para algum procedimento que envolva a pessoa. O consentimento livre e esclarecido, em vários países, constitui causa autônoma e suficiente para a responsabilização dos prestadores de serviço de saúde que os desrespeitem, diferentemente do Brasil, onde quase inexistem ações jurídicas a esse respeito. Por outro lado, ocorrem as justificativas após as conseqüências, ou seja, ouve-se falar dos riscos de determinado procedimento somente após sua concretização. Isto pode gerar sentimentos de desconfiança, pois parecem encobrir falhas técnicas reais do profissional, tais como as iatrogenias. Assim, a

justiça é reivindicada para a reparação dos danos supostamente causados pela alegação da falha<sup>(1)</sup>.

O respeito à autodeterminação está fundamentado no princípio da dignidade da natureza humana, acatando-se o imperativo categórico kantiano segundo o qual o ser humano é um fim em si mesmo. É a pessoa que deve deliberar e tomar decisões sobre a sua vida e sua ação. Para tanto, o consentimento informado e devidamente esclarecido deve ser feito à luz de suas crenças, aspirações e valores próprios.

A autonomia do paciente, não sendo um direito moral absoluto, poderá vir a se confrontar com a do profissional de saúde, que pode, mediante algumas atitudes e comportamentos, opor-se aos desejos do paciente e até romper a relação profissional. Além da autonomia e do direito do paciente à informação, outros aspectos

<sup>1</sup>Extraído da Tese de Doutorado "Fundamentação dos juízos morais na enfermagem" apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo (EERP-USP) em 2000.

\*Enfermeira Doutora em enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá(UEM) (in memoriam).

\*\*Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP/USP.

\*\*\*Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – UEM.

\*\*\*\*Enfermeira. Professora Associada. Departamento de Enfermagem. Fundação Universidade Federal do Rio Grande –(FURG).

ainda devem ser considerados como elementos complexificadores da relação entre os profissionais da saúde e pacientes, fonte de inúmeros conflitos e dilemas éticos. A aplicação destes princípios éticos é, na prática, tarefa difícil e delicada, necessitando de reflexão e maior abertura na formação dos profissionais e nas políticas de saúde e educacionais para que estas não se voltem às violações dos direitos e princípios éticos e legais<sup>(2)</sup>.

Assim, para se obter o consentimento livre e esclarecido, a informação dada pelo médico ou profissional de saúde necessita ser compreendida, requerendo cuidados para que não seja falseada, incompleta ou mal-interpretada<sup>(2)</sup>. As informações, ainda, devem ser adaptadas às circunstâncias do caso e às condições sociais, psicológicas e culturais, utilizando-se o “padrão subjetivo”, isto é, orientado para o indivíduo, considerando-se os seus valores e expectativas e o desejo de conhecer e participar nas decisões<sup>(2)</sup>.

As informações necessitam explicar a natureza dos procedimentos, os objetivos diagnósticos e/ou terapêuticos, as alternativas de tratamento e o prognóstico. A relação custo-benefício também deve ser considerada, bem como informações quanto aos possíveis riscos e inconvenientes e, ainda, quanto às alterações de dor, sofrimento e das condições patológicas. Além disso, o indivíduo deve estar ciente quando se trata de uma prática terapêutica, experimental ou de pesquisa.

O nível de competência do paciente necessita ser discutido, repensado, especialmente quando se trata de decisões aparentemente irracionais ou perigosas e opostas ao juízo médico. Diante de impasses entre o dever profissional e os direitos de recusa do paciente, poderá ser solicitada a intervenção de uma comissão de ética hospitalar e dos recursos legais.

No nosso cotidiano, nossas ações e decisões são pautadas e se apóiam em valores e concepções, sem que tenhamos, comumente, clareza de seus fundamentos teóricos. Os problemas relativos à vida e à saúde são fontes de grandes preocupações por parte de todos nós, e os bioeticistas os têm enfrentado de uma forma multidisciplinar e multicultural. Como profissionais da saúde, interessamo-nos pela questão e julgamos importante o

desenvolvimento de maiores estudos nesta temática. Neste sentido, temos como premissas que as enfermeiras utilizam o conhecimento das teorias éticas quando julgam as decisões acerca dos direitos e das informações dos pacientes, e que, por não conhecerem os fundamentos éticos, usam a intuição quando fazem o que acreditam ser o certo ou o bom para os seus clientes/pacientes (ao darem informações e defenderem seus direitos).

Diante do exposto, justificamos a preocupação com as atitudes e comportamentos diante dos conflitos éticos e dos dilemas morais que o profissional de enfermagem assume em seu cotidiano, surgindo daí a proposta de explorar fundamentações teóricas destes julgamentos, bem como conhecer melhor o contexto no qual esses problemas e dilemas aparecem. Ao defenderem os direitos do paciente à informação, as enfermeiras estão, de certa forma, adotando alguma posição diante das concepções teóricas de autores bioeticistas, representantes das correntes mais polêmicas, controversas e dinâmicas na bioética, como Engelhardt<sup>(3)</sup>, defensor da linha principalista-pluralista; Singer<sup>(4)</sup>, utilitarista consequencialista; e Kuhse<sup>(5)</sup>, pela reflexão que faz junto à prática; da teoria ética do cuidado proposta por Gilligan<sup>(6)</sup> e Noddings<sup>(7)</sup>, na enfermagem.

Assim, definimos como objetivo do estudo descrever e analisar julgamentos morais das enfermeiras em uma situação que envolve conflitos éticos relativos à ocultação de informações, identificando as bases argumentativas no seu modo de refletir e de formular tais juízos, enfocando, especificamente, o processo de consentimento livre e esclarecido, a atitude da profissional perante a informação e a responsabilidade da equipe no consentimento livre e esclarecido.

## METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida com enfermeiras atuantes no ensino e na assistência dos serviços de enfermagem, de instituições públicas e privadas do município de Maringá - PR, cidade com aproximadamente trezentos mil habitantes.

Após permissão concedida pela instituição e

pelo comitê de ética da UEM - PR e chefias de enfermagem, 20% das 190 enfermeiras atuantes no município foram selecionadas aleatoriamente a partir de listagem contendo seus nomes e respectivos locais de trabalho. Foi realizado contato telefônico com as 38 enfermeiras selecionadas, para explicitação da proposta e solicitação de seu consentimento inicial em fazer parte da pesquisa, mas apenas 28 concordaram em participar. Os dados foram coletados no período de outubro de 1998 a fevereiro de 1999, por meio de entrevista aberta do tipo "focalizada". Todas as entrevistas foram previamente agendadas para o horário e local de escolha da participante e, mediante seu consentimento, foram gravadas. Elas foram realizadas em sala reservada, na instituição de saúde ou no domicílio, e tiveram duração de aproximadamente 60 minutos.

Para a coleta de dados, utilizamos um instrumento contendo duas partes: a) caracterização dos sujeitos; b) apresentação de um caso às enfermeiras, com uma estória descrevendo uma situação de dilemas éticos referentes à prática da assistência de enfermagem quanto ao direito de informação do paciente. O caso era acompanhado de perguntas que abordavam o tema em julgamento, bem como de solicitações de justificativas para as respostas. O texto impresso, extraído do livro CIE<sup>(8)</sup>, foi lido em conjunto e, a seguir, as enfermeiras responderam a três questões: 1. Caso você se deparasse com uma situação semelhante, que atitudes tomaria? 2. Tem a equipe de saúde o direito de não revelar a verdadeira situação da paciente a seu marido? Justifique. 3. Foi apropriado esperar um tempo antes de informar à mulher os resultados da cirurgia? Justifique. Apresentamos o caso:

*“Em uma região rural situada no interior do estado, uma família de dez pessoas vive isolada em uma casa de dois cômodos que necessita ser urgentemente reparada. O pai, Sr. S., de 39 anos de idade, obeso, não tem trabalho estável. Frequentou até o terceiro ano de escola primária, trabalhou como bóia-fria até que o coração o impediu de continuar, fazendo agora serviços pequenos e ocasionais. A mãe, de vinte e sete anos, é pálida e pequena, oito filhos, fâcias maltratada e está grávida de oito meses do nono filho.*

*A idade dos filhos se situa entre 11 meses e 12 anos; ainda que não haja malformações na família, três meninos nasceram em espaço de 28 meses. A segunda e a terceira gravidezes fizeram temer pela vida da mãe. Após alguns anos, o Sr. S. havia se tornado alcoólatra; está fora de casa a maior parte do tempo e volta tarde da noite, embriagado. Quando está embriagado torna-se violento. Faz muitos anos que as relações sexuais do casal podem ser mais definidas como violação da mulher por parte do marido, o qual sem dúvida, ela não poderia abandonar, pois seria contra sua natureza. A mãe vacina seus filhos na clínica local e pede abertamente conselhos aos profissionais de saúde e os segue. Um ano atrás, quando nasceu seu último filho, foi aconselhada a adotar algum tipo de contraceptivo. Ela estava de acordo, porém seu marido negava-se terminantemente. Um motivo de orgulho deste homem era sua capacidade de procriação.*

*Esta última gravidez era um risco contínuo pra a saúde de sua mulher; a princípio, estava anêmica, logo constataram três infecções de vesícula e uma de rim. Não quis se hospitalizar porque temia deixar os filhos sozinhos com o pai, que bebia.*

*Ao começar o trabalho de parto um vizinho levou-a ao hospital, que ficava a quarenta quilômetros de sua casa. A dilatação alcançava 7cm quando bruscamente as contrações tornaram-se ineficazes. Após uma hora, havia complicado com alterações cardíacas do feto, foi encaminhada para cesariana. O marido não estava presente para firmar a autorização, sendo feita por ela apesar de sua pouca força.*

*A criança nasceu sem problemas, porém logo após o parto o útero rompeu-se, sendo feita uma histerectomia completa, deixando um ovário. Passadas duas semanas a paciente recebeu alta junto com seu bebê. O médico e as enfermeiras da maternidade, conhecendo os antecedentes e a condição social da família, decidiram não revelar nem à mulher nem a seu marido que, como resultado da operação, ela havia se tornado estéril. Esta decisão foi tomada baseando-se no temor a reação do marido, que poderia se voltar violentamente contra o recém-nascido, culpando-o pela infertilidade da mulher. Quando seus períodos menstruais cessaram, a mulher foi informada*

*pela enfermeira da decisão tomada para salvar sua vida. Aparentemente, a notícia era um alívio, nem ela, nem o pessoal da clínica informou ao marido. A história está anotada nos arquivos do hospital, para que os novos profissionais tenham acesso à informação familiar”.*

A análise das respostas das enfermeiras foi realizada em três fases: a) pré-análise, que constou da leitura flutuante dos dados e formulação de hipóteses e objetivos; b) exploração do material: codificação, enumeração, classificação e agregação do material das entrevistas. Para organização da codificação, foram necessárias três escolhas: o recorte (escolha das unidades), a enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação da agregação (escolha das categorias). Foi realizada a demarcação dos núcleos de sentido. A terceira fase, c) tratamento do material obtido, constituiu-se na realização da análise de temas<sup>(9)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 28 enfermeiras em estudo, 12 exercem suas funções na assistência hospitalar, 08 no ensino e 8 na rede sanitária de saúde da cidade. Em sua maioria(19), tinham acima de onze anos de exercício profissional e as demais entre um e dez anos e igual período de tempo de trabalho. Com relação à idade, 20 das respondentes tinham entre trinta e quarenta anos, 6 entre vinte e trinta anos e 2 delas tinham mais de quarenta anos.

As entrevistas referentes à estória deram origem a quatro grupos de categorias; o primeiro, *Direito à informação*, já foi publicado<sup>(10)</sup>, e os demais estarão sendo apresentados neste texto: Ética no processo de consentimento livre e esclarecido; Atitude do profissional quanto à informação; e Responsabilidade da equipe no consentimento livre e esclarecido.

### 1. Ética no processo de consentimento livre e esclarecido

O consentimento informado, como responsabilidade prescrita no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem<sup>(11)</sup>, resulta de uma conscientização maior dos pacientes quanto

aos seus direitos, necessidades e comportamentos em saúde, como seres autônomos. Ética - do grego “ethos” - está sendo interpretada como comportamento moral e também como o estudo científico e filosófico da conduta humana. A moralidade das enfermeiras está na sua capacidade de agir segundo sua consciência e de ter claro discernimento para decisões concretas. As pessoas orientam-se essencialmente pelas idéias que parecem eticamente certas para a sociedade.

Os princípios de benevolência e não-maleficência muitas vezes se contrapõem ao de autonomia; entretanto, a partir de uma “ressemantização” do que se entende por proteção, a pertinência moral da autonomia hoje já não valeria de um modo absoluto, já que, ante o questionamento de competência para o exercício da autonomia, “pode-se recuperar o princípio de proteção como uma maneira de garantir os interesses do indivíduo particularmente vulnerável ou desamparado, como podem ser crianças, recém-nascidos, gestantes e puérperas, até que adquiram a competência autonomista ou a recuperem”<sup>(12:61)</sup>.

Usando o princípio consequencialista de “não causar mal”, relutamos em dizer a verdade a respeito do diagnóstico e prognóstico, violando a autonomia das pessoas. Do ponto de vista moral, atitudes baseadas nesse princípio só seriam aceitas para proteção da auto-injúria e em casos de doenças transmissíveis, quando os direitos coletivos suplantam os individuais. Nas entrevistas, algumas respondentes mencionaram que o paciente é sempre informado quanto a doenças (por exemplo, a aids), exceto quando menores. Neste caso, admitem o rompimento do sigilo profissional, inclusive por estarem respaldadas em lei, por se tratar de comprometimento coletivo:

Com certeza deveria ser dito a ela, eu não me negaria a dizer ao paciente o que ele tem, agora só diria a ele se ela concordasse. Essas são questões éticas e legais, a equipe não pode negar a informação ao paciente. Muitos pacientes de aids dizem que contam aos parceiros, mas muitos não acreditam no problema (E8).

Do ponto de vista legal, o consentimento livre e esclarecido surgiu para proteger os pacientes e, de certo modo, o formulário autorizado por escrito é mais uma forma de

proteger os provedores de cuidado de saúde e o próprio paciente:

Infelizmente, acho que a equipe médica faz disso uma constante, principalmente omitir fatos acontecidos durante o ato operatório; não existe meio-termo em ética (E11).

Os valores não existem abstratamente, mas manifestam-se nos julgamentos de valor que a pessoa faz; portanto uma enfermeira pode julgar que a um paciente deva ser dito seu diagnóstico (julgamento de valor) porque ele tem o direito de conhecer a verdade (valor = verdade)<sup>(13)</sup>. Como verificamos, através dos exemplos relacionados, as respondentes, em sua maioria, admitem o direito da paciente de saber, e o dever e a obrigação da equipe em informar o ocorrido; entretanto, nesse caso em especial, condicionaram seu julgamento à situação de debilidade da paciente e às atitudes do marido.

Vale lembrar que agredir valores éticos configura comportamento antiético e violar direitos ou descumprir deveres expressos em lei ou dela originários caracteriza ilegalidade<sup>(14-15)</sup>. Salientamos que o que é ético pode ser legal ou ilegal. Na visão consequencialista, por exemplo, a eutanásia seria ética à medida que diminuísse o sofrimento desnecessário. Da mesma forma, o que é legal poderá ser considerado ético ou antiético, como, por exemplo, a pena de morte. Na defesa dos direitos dos pacientes, a enfermeira necessita considerar não somente o paciente, mas também sua própria experiência e responsabilidade profissional, seu relacionamento com a equipe médica, pois em seu trabalho não exerce um papel neutro. Um ambiente com livre comunicação é mais favorável à verdade e à confiança. O principal é manter a confiança da paciente para que esta possa revelar pensamentos e sentimentos. A enfermeira tem o privilégio e grande responsabilidade de ouvir as ansiedades, medos, segredos pessoais dos pacientes, acesso direto à privacidade e respeito ao que este relacionamento humano exige<sup>(16-17)</sup>.

Eles deveriam expor ao marido porque não fizeram nada errado, a equipe ficou com medo das reações do marido. Ninguém tem o direito de pressupor o que as pessoas irão fazer. Quando trouxer risco de vida para a paciente ou para outros o médico poderá romper o sigilo, poderia manter o sigilo, se ela também quisesse (E18).

Os depoimentos denotam que as respondentes defendem a autoridade da paciente sobre o seu corpo e sobre a informação. Destacam, ainda, um modo no qual as enfermeiras repassam as responsabilidades das decisões a terceiros. Alguns aspectos são tidos como de relevância quanto ao processo de informar – por exemplo, o quê, quando, como e quem é melhor para informar. Como foi dito nos discursos, as enfermeiras destacam que, na equipe, cabe aos médicos o papel de oferecer as informações, mas não descartam sua predisposição para assumir tal responsabilidade, caso aqueles venham a falhar. Também ressaltam a possibilidade de conhecer as necessidades individuais para melhor abordagem do problema. Percebemos que por vezes agem imbuídas de uma ética normativa, por vezes avaliam as circunstâncias nas quais desenvolvem o cuidado, ressaltando a responsabilidade pelo curso dos atos tomados. Seus julgamentos representam algumas características da ética consequencialista de Singer<sup>(4)</sup> e dos pontos salientados por Kuhse<sup>(5)</sup>, segundo os quais devemos visar ao maior bem ao maior número, salvaguardando os interesses dos envolvidos:

Ela não veio por acaso ao hospital, eles se conheciam bem, por isso a equipe pode aguardar, adiaram este momento por conhecê-la. A equipe pode auxiliar contando os riscos que ela corria, quando ele estivesse sóbrio, procurar colocar claro as consequências. São muitas informações para quem não tem condições de assimilar e trabalhar isso bem. Se não, caso ela não fosse acompanhada no futuro, aí deveria contar a ambos (E2).

A dimensão tempo, aqui tratada, aparentemente, foi relacionada à fraqueza da paciente, à necessidade de lucidez para receber as informações sobre a situação real, não sendo vista como conflito a respeito do melhor momento para informar. Embora algumas respondentes tenham concordado com a espera feita pela equipe, justificada pelo estado geral da paciente, outras a julgaram desnecessária, visto que não haveria mais riscos além dos já determinados ou dos possíveis relacionados ao marido:

Ela freqüenta o serviço e tinha vontade de fazer o controle e acabaria retornando ao serviço quando percebesse alterações. Foi bom na medida que procurou poupá-la devido à ignorância do próprio

marido (E10).

Independente do tempo. Eu concordo com o julgamento da equipe de considerar que ela estava debilitada, anêmica (E6).

Acho que é um direito de saber logo, não sei se isso foi poupar (E4).

Demoraram, ela deveria saber de imediato. Ela não poderia ter deixado o hospital sem saber. Do ponto de vista ético e legal eu acho isso um crime, se a pessoa não foi informada (E5).

É uma obrigação, ela não deveria ter deixado o hospital sem saber (E9).

As enfermeiras devem manter relacionamentos cooperativos com outros profissionais da saúde e agir de forma apropriada para salvaguardar o indivíduo quando seu cuidado for posto em perigo por outro profissional ou qualquer outra pessoa<sup>(18)</sup>. Existem alguns aspectos legais visados com a obtenção do consentimento informado, cuja intenção é proteger os direitos dos pacientes, destacando-se: a) invasão de privacidade; b) sacrifício de tempo, dignidade, energia física, mental e emocional; c) opressão à autonomia com drogas hipnóticas; d) exposição a procedimentos que causem dor ou desconforto, físico ou mental, mas nenhum risco de injúria ou dano final; e) exposição e procedimentos que podem constituir riscos de injúria física ou emocional<sup>(19)</sup>:

Eles deveriam ter contado de imediato a respeito da intercorrência (E18).

Não, ela deveria ter sido informada de imediato, não justifica a espera (E23)

As ambigüidades dos cuidados da enfermagem sob a perspectiva moral e técnica pode ser analisada do seguinte modo:

Há na história da profissão, uma busca constante para uma aproximação da atividade técnica com o compromisso moral. A ética do zelo impõe-se muitas vezes sobre o comportamento metódico, pelo menos ao nível do ideal, embora o trabalho não seja totalmente anárquico, como se apregoa que seja... É necessário ter cautela, porém, quando se analisa o cuidado sob o foco da moral<sup>(20:31)</sup>.

Existe um paradoxo entre o conteúdo

individual e o social, em que valor e norma desencontram-se na vida diária, e talvez o enfrentamento de tais questões pudesse se dar pela aceitação dos condicionamentos sociais e culturais, deixando-se de questionar os fundamentos dos valores. Desse modo, seria mais fácil aceitar as normas, justificá-las em regras institucionais intransponíveis, eximindo-nos de responsabilidades<sup>(20)</sup>.

Diante do exposto, além das obrigações éticas e legais nas emergências, permanecem as contradições no entendimento do consentimento livre e esclarecido como processo. Apesar de julgarmos serem de difícil conciliação, as conseqüências das ações adotadas nesta estória poderiam ocorrer de diferentes maneiras, dependendo das circunstâncias e valores considerados como mais relevantes.

## 2. Atitude do profissional diante da informação

No que se refere às atitudes, alguns fatores são relevantes: 1) as atitudes constituem bons precedentes dos comportamentos, ou seja, o conhecimento das atitudes de uma pessoa em relação a determinados objetos permite que façamos inferências acerca de seu comportamento; 2) as atitudes sociais nos ajudam a interpretar a realidade, protegendo nosso eu de informações indesejáveis; 3) servem de base para várias situações sociais, tais como as relações de amor, amizade, enfrentamento e conflito<sup>(21)</sup>.

Na presente pesquisa, observamos que os discursos davam destaque à atitude, privilegiando ora a prontidão, ora a prudência. O depoimento a seguir, por exemplo, prioriza uma atitude assertiva a respeito da decisão a ser tomada:

Não deve esperar, como não deve omitir. Talvez seja mais cômodo não saber para não enfrentar a situação, mas omitir não (E11).

Existe maior objetividade na consecução terapêutica quando esta está vinculada diretamente à relação entre os sujeitos participantes com predisposição a atingir uma moralidade essencial; contudo, muitas vezes, quando os indivíduos não podem conciliar interesses, existe um vazio a se preencher no que se refere à oposição ou não do outro no processo

de aceitar a terapêutica<sup>(3)</sup>:

A equipe não agiu corretamente, em cima disto muitas vezes eles se justificam pela falta de assumir outras atitudes, mas acho que tem que falar sim, tem que comunicar (E11).

Ela freqüenta o serviço e tinha vontade de fazer controle. Ela acabaria retornando ao serviço quando percebesse as alterações. Foi bom na medida que procurou poupá-la devido à ignorância do próprio marido (E10).

Estudos empíricos a respeito da tomada de decisão na prática de enfermagem mostram que as enfermeiras raramente pensam sobre os problemas éticos do modo como estes são descritos na literatura. Contrariamente à noção de que a competência ética está na habilidade para aplicar princípios abstratos e universais em situações concretas, as enfermeiras usam sua intuição e sentimentos, baseando-se na experiência de uma maneira sensitiva e contextual<sup>(22)</sup>.

Não obstante, princípios éticos auxiliam no exercício profissional da enfermeira quando esta aconselha ou advoga em quatro áreas principais: 1) na qualidade dos cuidados que o paciente recebe; 2) no direito e acesso ao cuidado, que deve ter; 3) no completo recebimento de informação; 4) nas áreas alternativas de cuidar, nas quais a enfermeira dá oportunidade para o cliente descobrir, explorar e clarificar alternativas a respeito do seu tratamento<sup>(16)</sup>.

Muitos conflitos éticos deveriam ser tratados conjuntamente com os profissionais que assistem os pacientes; contrariamente, isso quase nunca ocorre, traduzindo a fragilidade das enfermeiras para se posicionarem, principalmente quando estão envolvidas questões mais complexas. As comissões hospitalares de ética, geralmente, são constituídas por grupos profissionais em separado, dificultando a revisão de uma de suas funções mais importantes, a educativa.

### **3. Responsabilidade da equipe no consentimento livre e esclarecido**

Percebemos através dos depoimentos que, em relação ao processo de obtenção do consentimento, as enfermeiras defrontam-se com o papel a ser desempenhado junto à instituição de saúde, provendo cuidados e condições de assistência. Elas são responsáveis

junto à equipe, como agentes terapêuticos, por implementar as medidas médicas legalmente prescritas, e defendem os interesses e direitos dos pacientes, por vezes assumindo responsabilidades que não são suas diretamente<sup>(23)</sup>. Vale lembrar que o que é um consentimento válido hoje poderá não sê-lo amanhã. As tendências legais e éticas são, de qualquer modo, evidentemente claras: a ênfase está em maior informação e envolvimento do paciente no processo de tomada de decisão.

Não seria o enfermeiro a comunicar o marido, este trabalho deveria ser feito em conjunto, foi uma conduta médica e o médico teria que assumir esta decisão (E10).

Entendemos responsabilidade como a consciência dos atos livremente desempenhados na vivência diária enquanto pessoas ou profissionais, estando ela relacionada à abrangência das funções e deveres assumidos e fundamentada nos aspectos éticos, científicos e legais que norteiam a vida individual e comunitária em determinada sociedade. A ética fundamenta-se na liberdade e na consciência, cujos valores apontam para a conduta moral e fornecem as razões para os julgamentos e parâmetros a serem adotados. A liberdade permite a livre escolha e a opção; já a consciência manifesta-se na capacidade de percepção humana das diferentes situações e alternativas de resposta. Ao tratarmos da responsabilidade como resultado da avaliação de julgamentos morais das enfermeiras em relação ao consentimento livre e esclarecido, torna-se importante ressaltar que no trabalho em equipe existe uma interdependência entre as responsabilidades assumidas por diferentes profissionais.

A bioética secular não justifica a coerção dos profissionais de saúde quanto ao que julgam correto em relação ao desejo dos pacientes à autodeterminação ou no tocante à decisão de terceiros sobre os cuidados destes<sup>(3)</sup>. Por outro lado, os profissionais falham quando aplicam seus próprios valores e conhecimentos, e não os dos pacientes<sup>(24)</sup>. Além disso, alguns autores, apesar de concordarem que a informação é responsabilidade médica, consideram que a enfermeira estaria mais preparada para abordar o paciente e dar-lhe as informações requeridas de forma mais rápida e segura, pois, ao ficar maior

tempo ao seu lado, tem oportunidade de experienciar um contato mais direto, único, e, assim, perceber quando este está preparado para recebê-las<sup>(24)</sup>. Por esta razão ela deve abandonar os estereótipos e defender suas convicções morais<sup>(5)</sup>:

Não deveria ter esperado, poderia ter sido dito a ela de imediato. Acho que a equipe deveria estar encaminhando os problemas sociais desta família (E16).

As enfermeiras, como agentes de mudança, podem atuar eticamente para alterar as situações de cuidado de enfermagem ao paciente, lembrando o princípio ético de autonomia, segundo o qual cada pessoa tem o direito de tomar decisões que afetem seu bem-estar. O comportamento dos profissionais de saúde pode facilmente, através de atitudes paternalistas, restringir a autonomia e a liberdade de escolha e decisão dos pacientes<sup>(5,16)</sup>. A defesa dos direitos dos pacientes envolve defesa contra a violência física, psicológica e intelectual, e as enfermeiras podem tornar o ambiente hospitalar mais humanizado e prevenir atos de violência, criando um clima de respeito a esses direitos.

De fato, as enfermeiras reconhecem que o princípio de autonomia significa que o paciente deve ser encorajado a assumir suas próprias decisões, porém o problema está em como implementá-lo quando este conceito pode não ter sentido ou relevância para o paciente e sua família. Como vem sendo defendido, o consentimento viabilizaria a autonomia e a autodeterminação, uma vez que o indivíduo se manteria com o poder não só de consentir, mas de permitir<sup>(3-5)</sup>.

Existiria a possibilidade de atender a uma moralidade do respeito mútuo através da tolerância. A moralidade bioética secular surgiria da possibilidade de união das contradições existentes entre estranhos morais através da razão, da autoridade e da tolerância manifestadas no consentimento<sup>(3)</sup>.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo, percebemos que as enfermeiras adotam diferentes posições ao

defenderem os direitos dos pacientes à informação. À medida que defendem este direito, analisam-no imbuídas da ética do dever. Para elas, normativamente, existe a obrigação profissional de oferecer informação ao paciente, mais do que avaliar as circunstâncias que tais informações envolvem. Assim, embora a enfermagem moderna tenha avançado em suas posições junto à equipe de saúde, pudemos perceber que a moralidade está baseada mais na ética normativa do que na consequencialista.

As enfermeiras, claramente, defenderam os direitos dos pacientes à informação e à autonomia, e mais especificamente, o direito e o respeito à dignidade da pessoa na preservação de sua corporeidade, embora tenham percebido que, como grupo feminino, as respondentes assumiram a defesa da mulher, no que tange à sexualidade e seu papel social. Ao fazerem um pré-julgamento do marido, evidenciaram conflitos de valores diante dos problemas socioeconômico-culturais enfrentados pela família, os quais elas não pareciam aceitar. Criticaram a atitude da equipe de não enfrentar a verdade diante de problemas éticos e de consequências futuras.

Inferimos que as enfermeiras, adotando - embora de modo não consciente - a teoria deontológica, assumem haver maior dano quando são omitidas informações do que quando estas são reveladas. Ainda, reagiram negativamente às considerações em que se julga previamente a emoção do casal para o enfrentamento dos problemas de saúde; todavia, repassaram para a mulher o direito de decidir.

Assim, da mesma forma que não há respostas prontas para abordar dilemas éticos, também as decisões não podem ser baseadas em sentimentos momentâneos, instintivos, ocorridos em situações de grande envolvimento emocional, tal como parece vir acontecendo. A enfermagem necessita formular e avançar na direção de uma proposta moral que considere a pluralidade de valores da sociedade atual bem como a eficiência das ações, as quais devem ser determinadas não somente pela base científica, mas também pelas razões éticas.

---

**ETHICAL CONFLICTS IN INFORMATION DISCLOSURE - PART II**

---

**ABSTRACT**

This a qualitative study, developed with the objective of describing and analyzing nurses moral judgments in a situation involving ethical conflicts regarding the omission of information, by identifying the argumentative foundations in their way of reflecting and formulating such judgments. The study was undertaken in the city of Maringá, Paraná State, Brazil, with 28 nurses working as faculty, as well as in hospital and ambulatory assistance. Data was collected between October 1998 and February 1999 through focused open interviews, making use of a two-part instrument: the characterization of subjects, and the presentation of a case describing a situation of ethical dilemmas regarding the practice of nursing assistance as for the patient's right to information. The case was accompanied by questions that approached the theme to be judged, as well as by requests for support to the given answers. In order to interpret the results, thematic analysis was employed, which originated three categories: the process of free and knowledgeable consent, the professional's attitude in face of the information, and the team's responsibility to free and knowledgeable consent. It was concluded that nurses base their justifications more on normative and deontological ethics.

**Keywords:** Ethics. Nursing. Qualitative Research.

---

**CONFLICTOS ÉTICOS EN LA REVELACIÓN DE INFORMACIONES- PARTE II****RESUMEN**

Se trata de un estudio cualitativo desarrollado con el objetivo de describir y analizar juicios morales de las enfermeras en una situación que envuelve conflictos éticos referentes a la ocultación de informaciones, identificando las bases argumentativas en su modo de reflexionar y formular tales juicios. El estudio fue realizado en el municipio de Maringá-PR con 28 enfermeras que trabajaban en la docencia y en la asistencia hospitalaria y ambulatoria. Los datos fueron recogidos en el período de octubre de 1998 a febrero de 1999, por medio de entrevista abierta del tipo "enfocada", a partir de un instrumento constituido de dos partes: caracterización de los sujetos y presentación de un caso describiendo una situación de dilemas éticos referentes a la práctica de la asistencia de enfermería en cuanto al derecho de información del paciente. El caso era acompañado de cuestiones que abordaban el tema en juicio, así como de solicitudes de justificativas para las respuestas. Para la interpretación de los resultados se utilizó el análisis temático, que originó tres categorías: el proceso de consentimiento libre y aclarado, la actitud del profesional frente a la información, y la responsabilidad del equipo por el consentimiento libre y aclarado. Se concluyó que las enfermeras basan sus justificativas más en la ética normativa y en la ética deontológica.

**Palabras clave:** Ética. Enfermería. Investigación Cualitativa.

---

**REFERÊNCIAS**

1. Ferraz OLM. Questionamentos judiciais e a proteção contra o paciente: um sofisma a ser corrigido pelo gerenciamento de riscos. *Bioética*. 1997;5(1):7-12.
2. Fortes PAC. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. *Bioética*. 1994;2(2):129-35.
3. Engelhardt Jr HT. *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Loyola; 1998.
4. Singer P. *Ética prática*. São Paulo: Martins Fontes; 1993.
5. Kuhse H. *Caring: nurses, women, and ethics*. Oxford: Blackwell; 1997.
6. Gilligan C. *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University; 1982.
7. Noddings N. *Caring: a feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of Califórnia; 1994.
8. Tate BL. *Dilemas de las enfermeras: consideraciones éticas del ejercicio de la enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras, Fundación Internacional Florence Nightingale; 1977.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec: Abrasco; 1993.
10. Coelho LCD. Conflitos éticos na revelação de informações: parte I. *Ciênc Cuid Saúde*. 2006;5(Supl):33-41.
11. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº160/93. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro; 1993.
12. Schramm FR. Cuidados em saúde da mulher e da criança, proteção e autonomia. In: Schramm FR, Braz M. organizadores. *Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 39-66.
13. Coletta SS. Values clarification in nursing: why? *Am J Nurs*. 1978;78(12):2057-63.
14. Gelain I. O significado do "ethos" e da consciência ética do enfermeiro em suas relações de trabalho. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem. UNIFESP; 1991.
15. Vásques AS. *Ética*. 18ª ed. Rio de Janeiro: Civilização

Brasileira; 1998.

16. Tschudin V. Ethical issues and counselling. In: \_\_\_\_\_  
Counselling skills for nurses. 2nd ed. Philadelphia:  
Ballière: Tindall; 1987. p. 139-59.

17. High DM. Truth telling, confidentiality and the dying  
patient: new dilemmas for the nurse. Nurs Forum.  
1989;24(1): 5-10.

18. Young WB. Introduction to nursing concepts. Norwalk:  
Appleton & Lange; 1987.

19. Barkes L. Bioethics and informed consent in American  
Health care delivery. J Adv Nurs. 1979;4(1):23-8.

20. Leopardi MT. Entre a moral e a técnica: ambigüidades

dos cuidados da enfermagem. Florianópolis: Ed. da UFSC;  
1994.

21. Rodrigues A. Psicologia Social. 12ª ed. Petrópolis:  
Vozes; 1988.

22. Lutzen K. Nursing ethics into the next millenium: a  
context-sensitive approach for nursing ethics. Nurs Ethics.  
1997;4(3):218-26.

23. Greenslade M. Informed consent: the nurse's  
responsibility. Dimens Oncol Nurs. 1982;2(1): 5-8.

24. Curin LL. The nurse as advocate: a philosophical  
foundation for nursing. ANS Adv Nurs Sci. 1979;1(3):1-10.

---

**Endereço para correspondência:** Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-902. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: rosalina@eerp.usp.br

Recebido em: 25/06/2007

Aprovado em: 18/02/2008