

CONFLITOS ÉTICOS NA REVELAÇÃO DE INFORMAÇÕES – PARTE I¹

Leni Cristina Domingos Coelho *
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues **

RESUMO

O objetivo da pesquisa é descrever e analisar julgamentos morais das enfermeiras, identificando as bases argumentativas no seu modo de refletir e formular tais juízos a partir da análise de um caso sobre a ocultação de informação de uma mulher atendida no serviço de saúde. Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido no município de Maringá, PR, com uma amostra de 28 enfermeiras que atuavam no ensino, na assistência hospitalar e na rede de saúde pública. Mediante a análise temática dos dados, o Direito à Informação foi descrito e, no conjunto, as respondentes baseiam seus justificativas na ética normativa, deontológica, alternando, em alguns momentos, com a ética do cuidado e a consequencialista.

Palavras-chave: Ética. Conflitos éticos. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Discorrendo a respeito dos limites éticos na prática de enfermagem, YOUNG (1987) chama de socialização o processo pelo qual as enfermeiras ou educandos de enfermagem, através de encontros sociais, observam e assimilam, de outros grupos, comportamentos apropriados e esperados de alguém em uma situação similar. É nessa conformidade de atitudes e comportamentos em experiências comuns que os grupos socializam potencialidades e atividades de seus membros, reconhecendo os valores aceitos para a profissão, ou seja, é nesse intercâmbio que se realiza a educação profissional. No exercício profissional da enfermagem são inúmeras as situações que podem provocar conflitos éticos frente à necessidade de tomada de decisões, o que envolve valores, argumentos e julgamentos morais.

Segundo Coletta (1978),

[...] a forma como o profissional incorpora valores na vida profissional influencia o conceito da profissão e da qualidade do cuidado a ser oferecido, destacando que a estratégia para clarificação dos valores pode ajudar na

sua análise através de sua ordenação e priorização. Raths; Simon; Merrill apud COLETA (1978) indicaram sete passos do processo de valoração: 1. Escolha livre; 2. Escolha de alternativas; 3. Escolha depois de considerar as conseqüências; 4. Aproveitar e fomentar a escolha; 5. Afirmar publicamente a crença; 6. Agir no valor escolhido; 7. Agir consistentemente e regularmente sobre o valor. Assim, a responsabilidade é um fator do sistema de valor que guia o comportamento da enfermeira, no qual a premissa básica é a de que o sistema de valor do paciente será reconhecido, defendido e também fortalecido.

No entanto, muitas posturas éticas são justificadas na prática médica e de enfermagem, considerando-se que o princípio de autonomia do paciente está subordinado ao de beneficência. Quando se utiliza o princípio do consentimento livre e informado, tal como proposto por ENGELHARDT (1998), o direito à participação do paciente é atendido e o respeito e a autonomia são princípios empregados, mesmo que se entenda que o paciente tomou decisões que não propiciaram seu bem estar. As condições do paciente para concordar ou discordar do consentimento livre

¹ Extraído da Tese de Doutorado “Fundamentos dos juízos morais na enfermagem”, apresentada à EERP-USP em 2000.

* Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Professora do Departamento de Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá. (in memorium).

** Orientadora. Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

e esclarecido dependem de sua racionalidade e autonomia, de modo a decidir sem coação, ou seja, com competência.

Quanto aos profissionais da saúde, é necessária a transmissão das informações de modo adequado com: conhecimento, atualização técnica e seqüência dos procedimentos terapêuticos, sem arrogância, prepotência e respeitando-se a liberdade de decisão. Devem-se apresentar os benefícios, os riscos e os possíveis erros da ação relacionados ao diagnóstico, ao tratamento e ao cuidado.

VEATCH (1981), defensor da ética deontológica, considera que as pessoas têm direito à informação, independentemente de sua utilidade social. Os utilitaristas, de outro modo, acreditam que o direito à informação se dá à medida que se confia na relação terapêutica.

A proposta visa compreender como as enfermeiras adotam posições ao defenderem os direitos dos pacientes e os conflitos frente às concepções teóricas de autores bioeticistas, como ENGELHARDT (1998), PETER SINGER (1993) e HELGA KUHSE (1997). Entende-se que estes, diante da diversidade de filósofos e bioeticistas, são representantes das correntes mais polêmicas, controversas e dinâmicas na bioética. O primeiro na linha pluralista, o segundo utilitarista consequencialista e a terceira pela reflexão que faz junto à prática, da teoria ética do cuidado proposta por GILLIGAN (1982) e NODDINGS (1994) na enfermagem.

OBJETIVOS

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.

METODOLOGIA

Coleta de dados

A pesquisa foi desenvolvida no município de Maringá, PR, cidade com aproximadamente

trezentos mil habitantes, com enfermeiras atuantes no ensino e na assistência dos serviços de enfermagem, de instituições públicas e privadas. Do total localizado (190 enfermeiras), procurou-se atender proporcionalmente a todas as instituições particulares e públicas, em suas diferentes ocupações (ensino, assistência em saúde pública ou hospitalar).

Após permissão concedida pela instituição, do comitê de ética da UEM-PR e chefias de enfermagem, e a partir de listagem de todas as enfermeiras atuantes no município, as enfermeiras foram contatadas 20% por telefone ou pessoalmente para explicitação da proposta de solicitação de consentimento para participarem da pesquisa. Das trinta e oito enfermeiras contatadas, apenas vinte e oito compõem a amostra. A pesquisa qualitativa considera que o particular é “capaz de refletir a totalidade na suas múltiplas dimensões” (MINAYO, 1993; p. 102). Em seguida, as entrevistas gravadas foram agendadas para o horário e local de escolha da participante. A duração das entrevistas foi de aproximadamente 60 minutos.

A coleta de dados deu-se durante os meses de outubro de 1998 a fevereiro de 1999. As entrevistas foram realizadas em sala reservada na instituição de saúde ou no domicílio das enfermeiras, a critério destas, a fim de garantir a privacidade e o respeito.

Para a coleta de dados, utilizou-se instrumento contendo duas partes: a) caracterização dos sujeitos; b) apresentação de um caso as 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 questões que abordavam o tema em julgamento, bem como solicitações de justificativas para as respostas. O caso foi extraído do livro CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (CIE), Dilemas de las enfermeras: consideraciones éticas del ejercicio de la enfermería, ocultando información sobre esterilización (TATE, 1977). Assim, era apresentado o caso às enfermeiras, em impresso, lido em conjunto pela pesquisadora e enfermeira e a seguir as

questões eram apresentadas e respondidas pelas enfermeiras, conforme segue abaixo:

Em uma região rural situada no interior do estado, uma família de dez pessoas vive isoladas 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 lhe impediu de continuar, fazendo agora serviços pequenos e ocasionais. A mãe, de vinte e sete anos, é pálida e pequena, oito filhos, fãcie 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 gravidez 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 para a saúde de sua mulher; a princípio estava anêmica, logo constataram três infecções de vesícula e uma de rim. Não quis hospitalizar-se 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 7 cm 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, e 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 voltar-se 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.

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.

ANÁLISE DOS DADOS

A análise 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, constitui-se na realização da análise de temas (MINAYO, 1993).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta de vinte e oito enfermeiras que exercem suas funções na

assistência hospitalar (44%), no ensino (28%) e na rede sanitária de saúde da cidade (28%). A maioria, 17 (67%), tinha acima de onze anos de formada e 9 (32%) das respondentes entre um e dez anos e igual período de tempo de trabalho. Com relação as suas idades, 20 (71,5%) das respondentes tinha entre trinta e quarenta anos, 6 (21,5%) tinham entre vinte e trinta anos e 2 (7%) delas acima dos quarenta anos.

Apresentação e análise das categorias

As entrevistas referentes à estória deram origem aos seguintes grupos de categorias: Direito à informação; Ética no consentimento livre e esclarecido; Atitude profissional na informação; Responsabilidade da equipe no consentimento livre e esclarecido. Nesta publicação em especial discutiremos apenas a categoria: Direito à informação.

DIREITO À INFORMAÇÃO:

Quadro 1: Distribuição das Categorias e Subcategorias da Estória - “Omissão de informação”

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Direito à informação	<ul style="list-style-type: none"> - A equipe omite acontecimentos. - A equipe não deve esperar por tempo adequado. - A equipe não tem direito de omitir. - A equipe deve dizer ao marido e à mulher... - Deve contar antes do ato cirúrgico, ou logo após... - Marido deve saber através da equipe... - Ninguém tem o direito de negar a informação... - Devem dizer logo que possível... - A equipe deve explicar ao marido... - A mulher não deveria deixar o hospital sem saber... - A equipe tem o direito de não revelar para o marido... - A paciente é quem toma a decisão de revelar ou não... - Deve-se respeitar o direito da mulher de não contar...

O consentimento deve ser emitido pelo indivíduo frente aos atos que afetem sua integridade físico-psíquica. Procedimentos e ações em cuidados de saúde envolvem princípios e valores diversos, muitas vezes conflitivos na hora de tomar decisões. Aceita-se a definição apresentada por FORTES (1994, p. 130) de que o consentimento esclarecido é um

ato de decisão voluntária, realizado por uma pessoa competente, embasada em adequada informação e que seja capaz de deliberar tendo compreendido a informação revelada, aceitando ou recusando propostas de ação que lhe afetem ou poderão lhe afetar.

FORTES (1994) ressalta como manifestação da autonomia individual o consentimento livre e esclarecido, salientando como elementos importantes a sua

implementação a liberdade de escolha, a informação, a temporalidade e a sua possível revogabilidade.

PELLEGRINO (1990) faz a importante observação de que, quando a autonomia começa a ser legalista, pode ocorrer o minimalismo ético, ou seja, cumpre-se apenas o ditado pelas normas legais.

Entende-se o direito da pessoa como convicções que mantidas a respeito dos direitos individuais, sejam de pacientes, de profissionais de saúde, ou de qualquer cidadão a quem se dedica assistência à saúde, e que se apóiam em princípios éticos, leis, cultura e normas sociais.

De certo modo, obteve-se das respondentes que, na prática, o cuidar do outro envolve uma moralidade cotidiana, um direito; e indaga-se de que direito elas estariam

falando? Nos depoimentos abaixo, percebe-se que as enfermeiras assumem diferentes posições em relação aos direitos individuais:

O marido machista, considerava mais importante procriar. Era ignorante, desinformado, seria difícil aceitar, mesmo colocando para ele que a mulher corria risco de vida. Parece que ele não dava tanta importância à vida da mulher... Caso ele tivesse acompanhando a mulher, eu acho que aí ele deveria ficar sabendo... mas naquele momento não seria a hora. Ela mesmo, também não teve coragem de contar, e concordou com a equipe em não dizer. (E2)

A equipe de saúde tem o direito de não revelar ao marido porque ela é que toma a decisão já que pode modificar tanto sua vida. A equipe poderia ajudá-la a explicar a situação porque corria risco de vida. (E1).

Embora se devam respeitar os direitos da paciente à intimidade, privacidade, e o poder decisório sobre seu corpo, existem situações nas quais esta terá que se apoiar na orientação profissional, uma vez que frente a situações de emergência ou dada à gravidade e ao estado de consciência a paciente fique impossibilitada de decidir, o profissional salvaguardará seus melhores interesses. Nessa situação, avalia-se o direito à informação sobre a terapêutica no processo pós-consentimento. Aparentemente, as respondentes apresentam perspectivas egoístas na decisão, avaliando o desinteresse do marido e a condição da mulher de não conseguir implementar um planejamento familiar.

No entanto, o desafio da ética situa-se no nível da consciência profissional, das decisões e do discernimento. Assim, tratar eticamente uma pessoa não significa restringir-se à esfera profissional e legal; deve-se também levar em conta os direitos e valores dessa pessoa. Existe nesses depoimentos uma íntima relação entre a consciência e a compreensão da obrigação moral, e ainda da avaliação do comportamento das enfermeiras de acordo com as normas livres e intimamente aceitas.

Você está utilizando de uma prerrogativa onipotente, eu fiz, eu salvei uma vida, não vou contar! A equipe deveria contar a ambos, não deixar a critério da mulher. A equipe tomou uma decisão e retirou uma parte do corpo devido a uma

emergência. A equipe não tem direito de não revelar. Ela pode pedir um assessoramento. Acho que para o marido deve ser dito e para a mulher é obrigatório se dizer, porque existe um vínculo entre os dois, porque não foi por vontade dela. (E5).

Ainda que variem os tipos de consciência moral, bem como seus juízos e apreciações, a consciência traz sempre consigo o reconhecimento do caráter normativo e obrigatório do comportamento a que se chama de moral. Consciência moral, no entanto, é reconhecimento de uma obrigatoriedade que não é imposta de fora, mas que se impõe a si mesma, ainda que essa interioridade não seja absoluta por causa do seu caráter social (VASQUES, 1998).

É possível perceber que as enfermeiras assumem não uma norma rígida, algumas condicionam o direito do marido à informação, ou seja, dado o pré-julgamento a respeito de sua atitude, as respondentes consideram que o mesmo não teria direito de acesso à informação. Manifesta-se, nessa atitude, uma aparente rejeição e punição à ausência do marido, associado a um possível sentimento de exploração feminina e à identificação de algumas enfermeiras com a condição submissa da mulher.

GAUDERER (1991) confirma que, até por questões de formação, o profissional médico não tem facilidade para informar, esclarecer, uma vez que isto demanda tempo e esforço, sendo mais simples atuar de forma paternalista, por vezes, autoritária e dogmática. O autor concorda que a consciência dos direitos e não só dos deveres tem tornado os pacientes mais atuantes e alterado a relação entre estes e os profissionais de saúde, o que vai ao encontro desses depoimentos:

O marido teria que ser informado, ele tem direito à informação, mesmo que se tivesse que acionar outros órgãos como a delegacia da mulher. (E5).

A paciente tem o direito de saber porque é o corpo dela, mesmo correndo risco. Eu gostaria de saber logo. A equipe deve esclarecer o porque demorou, deve haver confiança por parte da paciente na equipe. (E6).

Ambos deveriam saber até antes do procedimento. Não sendo possível, ela deveria ter sabido tão logo tivesse condições. (E13).

Essa postura defendida por GAUDERER (1991) e pelas depoentes significa que não se pode subestimar a capacidade intelectual e/ou emocional da paciente para compreender, ou seja, não se deve infantilizar a paciente. Seus julgamentos baseiam-se no princípio de autonomia, defendida há muito pela ética kantiana, na qual os meios, dizer a verdade, não se dá pensando no fim: possibilidade de reações adversas do marido. Nossos códigos procuram garantir ao cidadão total e irrestrito direito de saber o que lhe diz respeito, baseando-se no *habeas data* (Art.6º § 52 da Constituição Brasileira, 1988). O paciente ou seu responsável tem o direito de saber todos os dados a respeito de seu corpo, de sua saúde ou de sua doença, uma vez que esse corpo, essa saúde e inclusive a doença lhe pertencem (GAUDERER, 1991).

Neste sentido, com base no direito irrestrito à informação, algumas respondentes, em seus julgamentos, desaprovam a atitude da equipe por não ter dado prontamente a informação. Contudo, contrariam a perspectiva de KUHSE (1997) e deixam que o médico assuma, mesmo que paternalisticamente, a responsabilidade sobre a informação.

Eu não negaria a informação nem para a mulher nem para o marido, a menos que o médico solicitasse. A gente não pode se julgar onipotente diante das situações da vida a gente não pode prever que esse marido vá maltratar a criança [...] Devemos ser claros, precisos com as pessoas que nos confiam sua saúde, ninguém teria direito a negar, é onipotência, subjugo pensar que ele não entenderia situação ocorrida. (E58).

Tanto entre os membros da equipe de saúde quanto entre esta e os usuários existem divergências morais na tomada de decisão quanto à informação. Tais controvérsias podem ser resolvidas com a autoridade moral que se atribui ao médico, baseando-se no princípio do consentimento livre e esclarecido

e no da beneficência nos casos de emergência (ENGELHARDT, 1998). O que se percebe é que essas controvérsias e contradições não são discutidas abertamente mas, são subentendidas na conduta de cada profissional, variando de acordo com suas perspectivas pessoais. Ou seja, para cada situação parece haver uma abordagem ou relativização das condutas a serem julgadas como válidas.

Frente às emergências, o consentimento presumido autoriza o médico a intervir. Todavia, não o desobriga de esclarecer os procedimentos, tão logo existam as condições por parte do paciente ou de seu responsável. Como afirma ENGELHARDT (1998), muitas vezes o argumento racional não resolve as controvérsias, visto que a equipe considerou as condições de saúde da mulher, as relações afetivas do casal, a segurança da mãe e da criança, mais do que o seu dever de informar. Nessa situação, a decisão baseou-se na teoria consequencialista ao invés da deontológica, posto que mais que o direito destacam-se o dever e as obrigações (SINGER, 1993).

Alguns depoimentos mostram que as enfermeiras parecem agir de modo independente, assumem a postura incondicional do direito da paciente à informação e à não ocultação de informações.

Ela corria risco de vida e a cirurgia era indicada, eu já teria contado antes do ato cirúrgico, caso o marido não estivesse ou se ela não pudesse ter consciência disso eu falaria logo após. Não omitiria de jeito nenhum. (E13).

Para Carper *apud* LEDDY e PEPPER (1986, p. 28), a responsabilidade da enfermeira consiste em realizar o processo de cuidado no relacionamento terapêutico, o qual,

[...] surge de quatro pontos éticos: 1) da natureza do relacionamento entre provedor do cuidado de saúde e o paciente; 2) do consentimento informado; 3) da determinação da participação ética na tomada de decisão.

Entretanto, GAUDERER (1991, p. 37) afirma que, em alguns casos,

[...] o paciente tem o direito de não saber, de não entender, de não assimilar e não acreditar, enfim, de ser ignorante o mais amplo e objetivo sentido da palavra. É porém obrigação e dever nosso enquanto profissionais de saúde esclarecê-lo, educá-lo, conscientizá-lo, levando-o à compreensão e à adequada assimilação do que estamos dizendo.

O Art. 70 do Código de Ética Médica (1988) reforça

É vedado ao médico negar ao paciente acesso ao seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente.

Pela possibilidade de causar danos físicos e psicológicos, a doença cria necessidades especiais, como a perda da independência e autonomia, da liberdade de ação, interferindo na habilidade de tomar decisões, e mesmo submetendo os indivíduos aos profissionais de saúde.

Concorda-se com GAUDERER (1991) quanto ao fato de que a dor e o sofrimento independem de quaisquer diferenças sociais, raciais, de gênero ou de espécie do ser que sofre, devendo ser minoradas e evitadas. Entretanto, na estória trabalhada, as enfermeiras julgam que a desinformação ou o atraso da informação poderia gerar desconfiança, insegurança e maiores preocupações futuras, sem constituir-se em compromisso real entre a equipe e a família em questão. Por conseguinte, não bastaria apoiar-se na utilidade da desinformação, julgando que esta diminuiria o sofrimento.

SINGER (1993) assinala que a avaliação dos interesses envolvidos e das conseqüências dessas deliberações deve ter como critério satisfazer ao maior número, causando o menor sofrimento. Portanto, se a base for seu referencial é provável que seria aprovada a atitude tomada pela equipe de aguardar um melhor encaminhamento. Se fosse considerado o que expõe KUHSE (1997), as enfermeiras deveriam ter defendido suas posições,

mesmo que contrárias à equipe médica. O que se percebe é que a ética do cuidado, baseada tanto na justiça quanto na solidariedade, não parece ter sustentado os julgamentos morais das enfermeiras. Pelo contrário, a ética deontológica, baseada no princípio do dever, é que ficou mais claramente defendida.

Desdobrando a questão dos direitos, apresentam-se as atitudes das profissionais que, em sua maioria, reagiram de forma bastante curiosa, principalmente quando fizeram um pré-julgamento do marido pelas condições nas quais se encontrava a esposa, ora por não ter feito planejamento familiar, ora pela sua ausência na internação. Apenas duas enfermeiras mostraram-se sociologicamente mais envolvidas com outros fatores determinantes dessas posturas:

Muitas vezes, os médicos são tão técnicos e não saem do pedestal para permitir o entendimento por parte do paciente, às vezes, até mantêm esperanças e expectativas não reais. Eu acho que a ética não pode se justificar em cima dos problemas sociais, eu não posso deixar de dizer que a paciente é histerectomizada por causa do marido que quer procriar, eu não posso fazer laqueadura no deficiente mental. Não pode ser maleável de acordo com a situação, acho que tem que ser rígida e normativa. Os valores não podem mudar de acordo com a situação se não corre-se o risco de justificar suas decisões profissionais de acordo com cada situação, como é muito difícil aconselhar sem influenciar ou se envolver. (E11).

Nesse depoimento, a enfermeira mostrou clareza nos seus juízos e consegue de forma madura sustentar argumentos que justifiquem seus julgamentos. Levanta questões quanto à ética do aconselhamento e das visões parciais que se tem em uma multiculturalidade social. Neste sentido, KUHSE (1997) reforça a importância da reflexão da enfermeira, de modo a despertar a responsabilidade de seu papel junto ao paciente.

De acordo com a análise apresentada a respeito das justificativas morais, parece importante destacar que as enfermeiras, em sua maioria, ainda concentram-se na

assistência hospitalar, com tempo de formação considerado por BENNER (1996) como suficiente para enfrentarem conflitos e decisões na prática como “*experts*”. Assim, o que foi obtido neste estudo assegura que as enfermeiras adotam diferentes posições ao defenderem os direitos dos pacientes quanto ao direito à informação. À medida que defendem esse direito, analisam a situação imbuída da ética do dever. Para elas normativamente existe a obrigação profissional no decorrer do processo de cuidar, que é oferecer informação ao paciente.

Watson (1988) ainda enfatiza que deve existir um valor e um compromisso moral para cuidar e um desejo para cuidar, a fim de que a enfermagem seja verdadeiramente responsável pelas necessidades da sociedade e contribua de forma consistente com suas raízes e origens. Para a autora, educação, enfermagem e sistema de cuidados de saúde devem estar baseados nos valores humanos concernentes ao bem estar dos outros.

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 se tenha percebido que, como grupo feminino, as respondentes tivessem assumido a defesa da mulher no que tange à sexualidade, e seu papel social. Criticaram a atitude da equipe de não enfrentamento da verdade frente aos problemas éticos e às conseqüências futuras.

Usando, embora inconscientemente, da teoria deontológica, infere-se que as enfermeiras assumem haver maior dano quando são omitidas informações do que quando as mesmas são reveladas. 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 não revelar ao marido para não haver conflitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, para finalizar, afirma-se que as enfermeiras precisam ampliar os estudos a

respeito dos fundamentos teóricos de forma a procederem a sua implementação na prática e merecerem maior credibilidade. O tomar decisões morais meramente táticas, intuitivas, sem referência rigorosa aos fundamentos que as justifiquem poderá incorrer no decisionismo. Enquanto agentes morais, há preocupação com valores, escolhas, prioridades e deveres relacionados ao “bom” para o indivíduo, a profissão, a sociedade. Para o desempenho deste papel, é importante utilizar uma maneira sistematizada para abordar questões éticas, seja em situações de relação individual, grupal, ou de planejamento e administração da assistência de enfermagem ou de saúde.

A fim de estarem preparadas para enfrentar dilemas éticos na profissão, as enfermeiras necessitam:

- 1) Incrementar a sensibilidade para detectarem a influência da ética na prática profissional;
- 2) Familiarizar com os termos básicos hoje amplamente usados nas discussões éticas da prática profissional;
- 3) Identificar as dimensões éticas envolvidas na prática diária da profissão;
- 4) Distinguir entre situação ética e problemas éticos;
- 5) Reconhecer exemplos concretos na prática de problemas éticos e fazer uso dos referenciais teóricos mais adequados à implementação de sua resolução;
- 6) Ampliar o conhecimento a respeito dos paradigmas bioéticos desenvolvidos e clarificar os princípios e valores para que possam justificar a tomada de decisão;
- 7) Adequar os meios para a formação continuada dos profissionais de saúde em bioética;
- 8) Estimular a criação de disciplina de bioética nas universidades, além da atualização do acervo bibliográfico;
- 9) Manter foro nos quais se abram diálogos interdisciplinares a respeito de matérias que merecem legislações mais adequadas, onde se possa discuti-las.

ETHICAL CONFLICTS IN THE REVELATION OF INFORMATION – PART I

ABSTRACT

The objective of the present research is to describe and analyze the nurses' moral judgments, identifying the argumentative bases in the way they reflect and formulate such judgments. It was based on a case study about the occultation of information from a woman assisted in the health care center. It is a qualitative study, developed in the municipal district of Maringá-PR, with a sample of 28 nurses that worked as a teacher, in the hospital attendance and in the public health service. Through the thematic analysis of the data, the Right of Information was described and, in the group, the respondents based their justifications on the normative and deontological ethics, alternating, in some moments, with the consequential and caring ethics.

Key words: Ethics, ethical conflicts, nursing

LOS CONFLICTOS ÉTICOS EN LA REVELACIÓN DE LAS INFORMACIONES- PARTE I

RESUMEN

El objetivo de la pesquisa es describir y analizar juicios morales de las enfermeras, identificando las bases argumentativas en su modo de reflexionar y formular tales juzgados, a partir del análisis de un caso sobre la ocultación de información de una mujer atendida en el servicio de salud. Este es un estudio cualitativo, desarrollado en la ciudad de Maringá-PR, y realizado con 28 enfermeras que actuaban en la enseñanza, en la asistencia hospitalar y en la red de salud pública. Mediante el análisis temático de los datos, el Derecho a la Información fue descrito y, en el conjunto, las enfermeras tienen sus justificativas basadas en la ética normativa, deontológica, alternando, en algunos momentos, con la ética del cuidado y la consecuencialista.

Palabras Clave: Ética. Los conflictos éticos. Enfermería.

REFERÊNCIAS

- BENNER, P. **From novice to expert. Excellence and powering clinical nursing practice.** Menlo Park, Califórnia. Addison-Wesley Publishing Co. Nursing Division, 1984. 307p.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasília). Código de Ética Médica. **Resolução 1246**, 8 de janeiro 1988. Brasília, DF, 1988.
- COLETTA, S. S. Values clarification in nursing: why? **Am. J. Nurs.**, New York, v. 78, no.12, p.2057-2063, Dec. 1978.
- ENGELHARDT, Jr., H.T. **Fundamentos da Bioética.** Trad. José A. Ceschin. São Paulo: Ed. Loyola, 1998. 516p.
- FORTES, P. A. de C. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. **Bioética**, Brasília, DF, v. 2, n. 2, p. 129-135, 1994.
- GAUDERER, C. E. **Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência.** Rio de Janeiro: Record, 1991.
- GILLIGAN, C. **In a different voice: psychological theory and women's development.** Cambridge: Harvard University Press, 1982.
- KUHSE, H. **Caring: nurses, women, and ethics.** Oxford: Blackwell Publishers, 1997.
- LEDDY, S.; PEPPER, J. M. **Conceptual bases of professional nursing.** 2nd ed. Cambridge: J. B. Lippincott, 1986.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1993. .
- NODDINGS, N. **Caring: a feminine approach to ethics and moral education.** Berkeley: University of Califórnia, 1994.
- PELLEGRINO, E. D. La relación entre la autonomía y la integridad em la ética médica. In: _____. **Bioética: temas y perspectivas.** Washington, DC, OPAS, 1990, p. 8 – 17. (OPAS-Publicación científica, n. 527).
- SINGER, P. **Ética prática.** Tradução Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- VÁSQUES, A. S. **Ética.** Tradução João Dell'Anna. 18. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.
- VEATCH, R. M. **A theory of medical ethics.** New York: Basic Books, 1981.
- WATSON, J. **Nursing: human science and human care, a theory of nursing.** New York: National League for Nursing, 1988.
- YOUNG, W. B. **Introduction to nursing concepts.** Norwalk: Appleton & Lange, 1987. cap. 7.
- TATE, B. L. **Dilemas de las enfermeras: consideraciones éticas del ejercicio de la enfermería.** Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras, Fundación Internacional Florence Nightingale, 1977.

Agradecimentos a Profa Dra Valéria Lerch Lunardi, da Fundação Universidade do Rio Grande-RS pelas valiosas contribuições no presente texto.

Endereço para correspondência: Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues. E-mail: rosalina@eerp.usp.br.