
O PACIENTE E O DIREITO À INFORMAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A REPRESENTAÇÃO DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS ACERCA DO DIREITO DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS¹

THE PATIENT AND THE INFORMATION RIGHT: AN STUDY ABOUT DOCTOR AND NURSE'S REPRESENTATION CONCERNING THE PEDIATRIC PATIENTS RIGHT

EL PACIENTE Y EL DERECHO A LA INFORMACIÓN: UN ESTUDIO SOBRE LA REPRESENTACIÓN DE LOS MÉDICOS Y ENFERMEROS EN RELACIÓN A LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS

VALDECIR CARNEIRO DA SILVA²

MARIA DE FÁTIMA DE ARAÚJO SILVEIRA³

SEVERINA ALICE DA COSTA UCHÔA⁴

Trata-se de um estudo exploratório- descritivo com abordagem qualitativa. Seu objetivo foi identificar a percepção dos médicos e enfermeiros que atuam na pediatria de um hospital público, a respeito da importância do cliente ter acesso à informação baseada nos Direitos do Paciente. A conclusão é que o direito de informação do paciente é uma percepção presente na amostra, mas os profissionais precisam conhecer e entender a autonomia crítica de seus clientes ou responsáveis, desenvolvendo, além do papel de informante, o de educadores, com o objetivo de prestar uma assistência humanizada e democrática.

PALAVRAS-CHAVES: Defesa do Paciente; Relação médico-paciente; Relação enfermeiro-cliente.

It is a descriptive qualitative study. Which objectifies the identification of doctors and nurses from a pediatric public hospital perceptions about the importance of patient access to information based on the legal code Patient's rights. About their information right, but the professionals need to know and understand the critic autonomy of their patients or patient's guardians. Playing both the informant and the educator role for a more humanized and democratic health care.

KEY WORDS: Patient advocacy; Physician – patient relation; Nurse-patient relation.

Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo con abordaje cualitativo. Su objetivo fue el de identificar la percepción de los médicos y enfermeros que actúan en pediatría en un hospital público, con respecto a la importancia del hecho de que el cliente tenga acceso a la información basada en los Derechos del Paciente. La conclusión es que el derecho a información del paciente es una percepción presente en la muestra, pero los profesionales necesitan conocer y entender la autonomía crítica de sus clientes o responsables desarrollando además del papel de informantes el de educadores, con el objetivo de prestar una asistencia humanizada y democrática.

PALABRAS-CLAVES: Defensa del Paciente; Relación médico y paciente; Relación enfermero y cliente.

¹ Monografia de Especialização apresentada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

² Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem do CCS/UFPB. Especialista em Enfermagem Pediátrica pela UEPB. Residência em Enfermagem Pediátrica- Instituto Materno-Infantil de Pernambuco/IMIP. E-mail: walcar@zaz.com.br

³ Enfermeira. Profª. Adjunto do Departamento de Enfermagem/UEPB. Mestre em Saúde Pública. Doutoranda da Escola de Enfermagem/USP

⁴ Médica. Profª. Assistente do Departamento de Saúde Coletiva/UFRN. Mestre em Ciências Sociais. Doutoranda do Instituto de Medicina Social – IMS/UERJ

INTRODUÇÃO

É notória a importância que a sociedade civil tem dado às conquistas adquiridas com o processo de redemocratização que lhe permitiu refletir acerca dos valores e nortear os princípios básicos para o exercício da cidadania. A proximidade do terceiro milênio e a formação de consciência holística, trouxe o repensar sobre a ética e a importância desta na consolidação da sociedade.

Essa tendência tem se verificado na intensificação do debate que visa uma ética médica social, com a formulação dos Códigos de Ética atuais que objetivam, teoricamente, uma democratização na relação profissionais de saúde-cliente. Nesse contexto, o cliente passa a ter acesso a todas as informações sobre seu corpo e a ter cópia de todo o seu material médico, direito expresso no dispositivo constitucional denominado *habeas data*, que assegura o conhecimento de informações relativas à pessoa, constantes de registro ou banco de dados de entidades governamentais ou de caráter público. Paralelamente, o que se tem observado é uma separação cada vez maior entre a ética declarada e a prática cotidiana, como bem observou Berlinguer (1996), não se verificando, ainda, uma ética centrada no cliente.

Este trabalho parte do pressuposto de que os profissionais de saúde têm conhecimento de seus respectivos códigos de ética e dos direitos dos pacientes, e do questionamento de como os mesmos têm procedido no repasse de informações, num espaço onde o cliente é assistido por uma equipe multiprofissional. Esse estudo traz à tona um assunto polêmico, muito discutido no momento, e que ainda pouco se tem publicado a seu respeito na literatura brasileira.

OBJETIVOS

O objetivo desta pesquisa é identificar a percepção dos profissionais de saúde que atuam na pediatria de um hospital-escola a respeito da importância do paciente ter acesso à informação baseada nos Direitos do Paciente. Visa especificamente demonstrar o que significa para o profissional a cobrança do paciente e/ou responsável por informações sobre a doença; verificar se o profissional informa quando solicitado e como se processa o repasse das informações na clínica pediátrica.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Revolução Francesa ascendeu a questão dos Direitos Humanos, questionando o poder do Estado. Essas idéias foram

fortalecidas com a Constituição dos Estados Unidos da América do Norte, que passou a ser a bússola, para os outros países. Após a Segunda Guerra Mundial essa questão ganha novo impulso com a criação de órgãos normalizadores e defensores desses direitos. Em 1948 a Assembléia das Nações Unidas, lançou a Declaração dos Direitos Humanos e, dez anos mais tarde, a Declaração dos Direitos da Criança, dando margem a movimentos de conscientização e mobilização comunitária em todos os níveis (Gauderer, 1991).

Esse mesmo autor relata que o movimento do Direito do Paciente surge dessas mudanças, onde indivíduos, familiares e comunidade começaram a se questionar sobre o seu papel como pacientes e consumidores do produto médico. No Brasil a situação é singular, pois foram os médicos que deram origem a esse movimento e à sua implementação, tendo como iniciativa a "Proposta do Grupo de Brasília" como a mais adequada sobre os direitos do paciente, na realidade brasileira.

Assad (1993) diz que a relação médico-paciente deve ter no respeito e na conquista da credibilidade fundamentos para seu êxito; que o direito à informação é constitucional, e o "habeas data" que está na Constituição é um instituto que assegura a qualquer cidadão conhecer informações que lhe dizem respeito. Gauderer (1991) cita esse direito como sendo inalienável, de garantia ampla e irrestrita, servindo de base para uma verdadeira e real democracia, pois assegura ao cidadão o direito total e ilimitado de saber o que lhe diz respeito, sendo também constitucional e extensivo não só ao paciente, como também ao seu responsável.

Katz (1990) relata que em 1957 o consentimento esclarecido do paciente tornou-se obrigatório nos Estados Unidos da América, ressalta ainda, que o cumprimento desse preceito exige intensa ressocialização dos médicos, apontando que o primeiro passo para isso é que os mesmos parem de tratar seus pacientes como crianças, que precisam ser olhadas, mas não ouvidas, quando de fato podem e devem participar de decisão sobre sua saúde. Ainda a esse respeito, Coelho (1993) deixa evidente o fato de que a maioria dos enfermeiros percebem os clientes como carentes, desprotegidos, ignorantes dos seus direitos e deveres.

Lewis, citado por Zavaschi et al (1993), sugere ao médico que: investigue o que a família sabe sobre doença; propicie a expressão dos sentimentos; esclareça acerca do diagnóstico, do risco e de que se trata de uma doença grave; informe sobre as etapas de evolução e tratamentos, assegurando que está sendo feito todo o possível. Fazendo isso será possível obter-se bons resultados na relação médico-paciente, médico-família e nos benefícios da terapia.

A relação do vocabulário médico com direito ao acesso à informação é apontado como de fundamental importância, uma

vez que para a efetiva compreensão do cliente sobre os dados relativos à sua saúde, faz-se necessário o uso de linguagem apropriada ao nível social-econômico e à faixa etária da criança. Doyal (1994) afirma que o reconhecimento da autonomia demanda o reconhecimento de ação em diferenças sociais muito grandes que dividem os pacientes, e que as demandas educacionais e emocionais, também diferem muito e variam dentro da classe social. Nesse contexto, os profissionais precisam ser capazes de entender que a pobreza produz, entre outras coisas, baixos níveis de autonomia crítica. Segundo Zavaschi et al. (1993), para crianças e adolescentes, o médico numa conduta ética e sensível, deve estar preparado para responder com clareza e adequação ao nível de desenvolvimento do seu paciente as perguntas por ele formuladas, tendo o cuidado de respeitar o limite de até onde o paciente pode e quer saber, com os pais e familiares precisa partilhar a verdade do diagnóstico e prognóstico por mais delicada e penosa que esta tarefa possa ser.

É necessário uma tomada de posição que possibilite esclarecer ao paciente e a sociedade os objetivos profissionais frente aos direitos do paciente, já que cada paciente, cada profissional e cada situação são únicos. O Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina, 1993) responsabiliza o profissional quando, no Art. 69, "*Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao responsável legal*". E o Código de Ética de Enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem, 1993) responsabiliza o profissional, no Art. 26, "*Prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da Assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer*".

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, realizado em um hospital público de Campina Grande - PB, em fevereiro de 1997. Inicialmente, procedeu-se à caracterização da Unidade Pediátrica do referido hospital, composta de 62 leitos divididos em dois pavimentos: a unidade da criança, onde funciona a emergência e o atendimento ambulatorial, com 12 leitos; e outro pavimento com enfermarias da clínica pediátrica com 50 leitos.

Analisando os dados referentes ao último semestre de 1996 até a época de realização da pesquisa, fevereiro de 1997, através da análise do relatório e livro de ocorrências de enfermagem, detectou-se casos de extrema gravidade com êxito letal, servindo como substrato para analisar o repasse de informações

em situações particularmente difíceis. Os diagnósticos encontrados nos prontuários analisados foram: leucemias, tumor cerebral, tumor esplênico, hepatite, meningite, IRA, hidrocefalia, síndrome nefrótica, insuficiência cardíaca, má formação congênita, desnutrição.

O quadro de profissionais está formado por trinta e cinco médicos (85,4%), cinco enfermeiros (12,2%) e um psicólogo (2,4%). Foram entrevistados quatorze médicos e cinco enfermeiros. A técnica utilizada para coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada investigando a percepção do profissional acerca do direito ao acesso à informação e sua relação com os benefícios e possíveis danos, a rotina do repasse, a variação da cobrança e repasse de acordo com classe social, a preferência a quem dar a informação e a faixa etária escolhida da criança, quando for o destinatário da informação. Utilizou-se as seguintes nomenclaturas para denominar os discursos na análise dos dados: MA para médico assistencial, MR para médico residente e EN para enfermeiros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Alguns entrevistados, a respeito do direito de acesso à informação do paciente, admitem ser este um direito inalienável e fundamental, referindo-se, inclusive, a ser constitucional:

... as pessoas devem querer saber e tem o direito inalienável de saber informações sobre sua doença. (MA)

... como um direito fundamental do ser humano, assim como ele tem direito a alimentação, direito a uma moradia, direito a educação, ele tem direito também de ter acesso a informação sobre sua doença como paciente ou responsável ... (MA)

É o direito dele, tem o direito de saber, existe a lei do direito do paciente.. (EN)

Isso não é um favor que a gente faz ao paciente, isso é um direito constitucional, quer dizer na constituição diz que todo mundo tem direito de receber informações. (MA)

Claro que ele tem esse direito (EN)

É também muito importante para continuar o tratamento e pra que haja o benefício por conta do tratamento (MR)

Porém, quando indagados sobre qual a importância do cliente receber informações, os entrevistados a situam na colaboração que pode ser obtida do cliente ou dos familiares, especificamente para o tratamento, contrariando o que afirma Assad (1993:107) ao ressaltar que "*o modus operandi com que o médico repassa a verdade a seu paciente não pode ser um*

instrumento de alívio da tensão do profissional". Tal visão dos profissionais encontra ressonância no que diz Araújo (1993) sobre o fato da ética médica ter uma abordagem utilitarista e pragmática, e em Miranda e Sobral (1991) quando refere-se ao caráter instrumentalizador das questões éticas para as enfermeiras, que vêem os clientes como um corpo que produz e reproduz o saber médico.

... sabendo do que seja sua doença, ele pode contribuir muito para que a gente possa prosseguir com o tratamento e as condutas, certo? (MA)

De posse das informações, a família possa contribuir com o tratamento, às vezes as etapas diagnósticas são mais lentas, então ela sabendo, estando informada sobre a evolução, ela pode cooperar mais (MA)

Há benefícios porque os pais, ou até o menor, podem ajudar na assistência (EN)

Dentro desse contexto, o direito à informação está conformado a uma série de *entretantos*, condicionado a determinadas condições, situações e conteúdo dos dados, tais como diagnóstico, prognóstico, idade da criança, nível sócio-cultural. De início, com relação a quem deve ser dadas as informações, os entrevistados, em sua grande maioria, indicam o responsável (quase sempre a mãe) como o receptor adequado devido às limitações de entendimento do cliente pediátrico.

... em relação a pediatria, sempre são os acompanhantes que deverão saber, por conta da idade da criança, então esse é um direito que o responsável tem de saber, sobre a doença daquele paciente, inclusive acerca do prognóstico. (MR)

Eu pelo menos, particularmente, não concordo em dizer diretamente ao paciente. Acho de acordo falar com a família. (EN)

Bom, basicamente se processa a transmissão das informações para o responsável, não é? (MA)

... principalmente na pediatria se processa assim a gente passa pra mãe, família, pra família em geral... (MA)

Alguns entrevistados admitem informar ao próprio cliente, porém sujeito a muitos *senões*, demonstrando o quanto a equipe do hospital encontra-se despreparada para repassar informações quando o cliente é pediátrico, colocando como possibilidade apenas quando a criança já tem uma idade mais avançada, confundindo inclusive a infância com a adolescência.

A faixa etária que uma criança pode receber informações sobre o seu próprio quadro é em torno dos quatorze anos... (MA)

Explicar à criança só a partir de oito anos (MA)

Nenhuma faixa. A gente pode dar noções, mas nunca explicar tudo (EN)

Entretanto, alguns profissionais, mesmo que em menor número, afirmam que buscam repassar informações adequando-as à idade e/ou à compreensão da criança, o que de acordo com o Consejo Internacional de Enfermeras (1992) constitui um dos direitos previstos no Estatuto Para Los Niños En El Hospital.

Eu acho que dependendo da idade da criança, você tem que explicar de alguma forma que ela possa entender, agora isso tem que levar em consideração a idade da criança, se ela vai entender. (EN)

Costumo prestar informações pertinentes a doença da criança aos familiares ou ao próprio menor, se for o caso ... (MA)

Em relação à associação entre os benefícios e os possíveis danos que o repasse de informações possa causar, observa-se que os primeiros se sobrepõem aos últimos, através da ótica de colaboração no tratamento. Quando o prognóstico não é favorável, os profissionais referem que só há danos, numa demonstração de cerceamento do direito, fato a que Menezes (1993) se opõe ao afirmar que cabe ao profissional a utilização de linguagem que permite o fornecimento de informações num clima que não aterrorize o cliente, ou seu responsável, mas que possa colocá-lo a par da *verdade* do médico, tendo o direito de saber de seu diagnóstico, prognóstico, de suas chances de sobrevivência, de tudo o que se relaciona com sua enfermidade. Para Gauderer (1991), os clientes têm necessidade de informar-se sobre sua saúde para administrá-la ou, em casos terminais, a sua própria terminalidade.

Considero apenas benefício, pois facilita o bom relacionamento do médico, família e/ou paciente. (MA)

Há benefício nessas informações, com certeza, porque quando os pais, ou responsável, ou até mesmo o menor, têm informação sobre o seu estado ele vai poder ajudar na assistência (EN)

... pode nos trazer o benefício da mãe ajudar na conduta isso seja vigiando, nos dando informação sobre a criança, se está evoluindo, nos dando informações até se por parte da enfermagem as medicações estão sendo feitas corretamente, na hora certa. (MA)

Uma observação do último depoimento permite tornar visível o cunho utilitarista da ética médica quando informar ao paciente pode significar o controle indireto do trabalho da enfermagem, o que poderia ser realizado através de efetiva comuni-

cação entre os profissionais que compusessem verdadeiramente uma equipe multidisciplinar.

O prognóstico da doença é tido como limiar entre o benefício e os danos no repasse das informações ao paciente por influenciarem as condições psicológicas o que pode acarretar problemas na relação médico-paciente, dificultando o trabalho do primeiro, além disso, fatores como misticismo e ignorância podem ser danosos se os familiares abandonarem o tratamento, recorrendo a outros recursos.

... tem alguns pacientes que não aceitam a sua patologia, não aceitam o fato de ter sua vida encurtada, e ai torna muitas vezes agressivo com o médico, fala que o médico não sabe de nada e que não é isso o que ele tem e existem alguns transtornos quando quebra-se um pouco a relação médico-paciente (MR)

Ah! ajuda muito quando é uma doença curável, é muito bom você explicar. Uma doença crônica é complicado, uma doença grave como um câncer... (EN)

... se a notícia for ruim, tipo uma doença maligna ou uma doença cuja cura ainda é quase impossível pra medicina.

Os pais na sua ignorância, podem querer levar a criança pra casa ou então misticamente, achar que Deus vai curar a criança e quer levar a criança pra casa (MA)

A gente tem que ter muito cuidado, saber colocar coisas, pedir para ter cuidado, evitar charlatões e não acreditar em curas milagrosas, porque isso não existe (MA)

O ser-quase-impossível-para-a-medicina expõe com clareza o despreparo dos profissionais para lidar com as questões de morte de seus cliente, principalmente no que se refere à comunicação desses fatos, o que leva um entrevistado a cogitar a possibilidade de omitir parte da verdade nesse repasse.

Você pode aos poucos ir repassando alguma coisa, não é obrigado você passar a verdade ao paciente, você pode inclusive omitir certos dados com relação a doença... (MR)

Quanto a não informar para evitar o abandono do tratamento e a procura de outras formas, mesmo que pouco prováveis de cura, Menezes (1993:218) é enfática quando afirma que:

Mesmo assim, ao fim e ao cabo, nessas situações de gravidade, se o paciente volve-se ao mágico, às chamadas alternativas, e às muitas outras tolices que habitam este velho mundo, que o faça sem que se torne alvo de indignação (pela gaia ciência) ou de chacota, uma vez que está cuidando de sua vida, só tem uma... e que 'há mais coisas entre o céu e a terra...

Quanto à frequência da rotina de repasse das informações, os entrevistados afirmaram fazer o repasse observando condições em determinadas situações, como por exemplo, quando os familiares cobram ou de acordo com a classe social do cliente.

Sempre informo direitinho, quando tem um detalhe que eu não sei, vou para o livro e pesquiso (EN)

Ao paciente e ao responsável eu sempre dou as informações, todos os paciente que tenho, toda as vezes que dá, solicito um exame, eu chego pra ele e digo – Vou solicitar um exame, resultado chegou, vou lá e digo. (MR)

Dependendo da classe social, ou então melhor dizendo, da classe intelectual, quanto mais leigo o paciente, menos ele cobra, ele não tem tanta informação, então ele não pode cobrar, mas o paciente informado cobra... (MA)

Rotineiramente, eu não posso dizer que dou essas informações, até porque acho que as pessoas que são atendidas aqui no nosso serviço, tem pouco esclarecimento e nem sabem, muitas vezes, que têm direito a informações e não sabem a quem se dirigir e o que perguntar... (EN)

uma pessoa de classe pobre, nunca estudou, fica mais difícil prá você tentar um diálogo (MA)

Principalmente a alta, a classe A, quer saber tudo, por mais simples que seja o que você vai fazer, quer saber. Já a classe baixa não, é um pessoal mais humilde aceita com facilidade aquilo que a gente vai fazer (EN)

As declarações acima demonstram que se o direito à informação encontra-se determinado pelo contexto sócio-econômico-cultural do cliente, configurando um flagrante impedimento ao exercício pleno da cidadania. Berlinguer (1996), afirma que a melhor medicina para a sociedade é aquela que promove maior equidade em saúde, evitando todos os mecanismos de exclusão e segregação.

Os entrevistados reconhecem que, em parte, o problema atribuído à diferenciação social do cliente deriva do vocabulário médico, utilizado também pela Enfermagem, de difícil acesso às classes menos favorecidas. Silveira (1996) declara que para o exercício do poder no campo médico, utiliza-se de uma linguagem específica, inacessível aos leigos, com o objetivo de conferir-lhe aura e perpetuação. Tal argumento pode ser visualizado no depoimento do médico, onde a preocupação maior na comunicação com o cliente parece ser a não-agressão ao seu jargão.

É importante que a gente procure entender a linguagem deles, nesse caso a gente procura, sem agredir o nosso vo-

cabulário, *mas tomar a informação dada ao doente, sendo numa linguagem que ele entenda de fato* (MA)

É acessível (a linguagem) a partir do momento que você procura sinônimos daquela patologia que o doente conhece (MR)

Entretanto, os enfermeiros entendem que o vocabulário médico não é acessível, tornando incompreensível para o cliente o que lhe é dito. Esse fato, acaba por colocar a enfermagem como mediadora para esclarecimentos em algumas situações.

Nada acessível (o vocabulário médico), ele chega para o paciente e ele fica pensando que está com uma doença grave (...) certa vez, o médico mandou preparar o paciente para uma amigdalectomia, a mãe perguntou: o que é isso? O problema do meu filho é na garganta (EN)

Muitas vezes não é acessível e eu já vi situações onde os pais ou responsáveis escutam todo o falatório do médico e depois vem perguntar à enfermagem. Eles se sentem mais à vontade com a enfermagem do que com o médico (EN)

Indagamos aos entrevistados se, apesar de todas as restrições e dificuldades apontadas, os clientes, pais ou responsáveis cobram informações, e caso afirmativo, qual o conteúdo básico dos questionamentos. As respostas obtidas permitem compreender que, consoante com Gauderer (1991) ao afirmar que a absoluta maioria dos pacientes gostaria de saber o que têm, inclusive em detalhes. Pergunta-se, segundo os profissionais, a respeito do diagnóstico, tomando-o como ponto de partida para outras indagações, como por exemplo, a evolução da doença, o tratamento, os resultados dos exames e o prognóstico. Um depoimento chama a atenção pela ironia com que refere-se às perguntas dos pais sobre o período provável de internação, colocando-se como um profissional que não teria competência para tal avaliação.

... eles sempre cobram. –Como estou? Como vou? (MR)

Elas cobram sim. Sobre o que? Sobre os resultados dos exames. Interessante, assim que a gente explica, eles nem entendem, mas querem muito os resultados dos exames (MA)
Porque fez isso? Porque está colhendo sangue? O que é que minha criança tem? Porque está tomando essa medicação? (EN)

Sobre se vai ficar bom, se vai poder ir pra escola, comer tal comida, se vai poder brincar, se a doença vai deixá-lo sempre na cama ... (MA)

A cobrança é mais em termos de tempo, para a gente dizer qual o tempo que a criança vai ficar boa. É pra gente adivinhar até o tempo (MA) (grifo nosso)

Finalmente, sobre a necessidade e importância de uma equipe multiprofissional para uma efetiva resposta à demanda de informações do cliente pediátrico e seus responsáveis, os profissionais manifestam-se favoráveis a essa composição. Entretanto, as entrelinhas dos discursos deixam perceber que há divergências quanto ao foco de interesse na constituição de um trabalho multiprofissional.

Para os enfermeiros entrevistados, tal iniciativa visa a possibilidade de compartilhar uma tarefa que, muitas vezes, pesa sobre a categoria pelo vácuo deixado por outros membros da equipe.

Aqui na Pediatria alguns médicos dão informações sobre a doença, agora a maioria dos médicos deixa tudo pra gente (EN)

Eu particularmente, acho que deveria ser uma informação dada em equipe multiprofissional e não por um profissional sozinho... (EN)

As respostas à questão da equipe multiprofissional apontam, ainda, que não basta a presença de profissionais de várias categorias para que se tenha verdadeiramente um trabalho conjunto:

Gostaria que no hospital existisse uma equipe multidisciplinar, que existisse essa formação. Nós temos, mas ela não está agregada. Tem que haver uma mudança dentro do nosso comportamento ... para que, aí sim, você possa em conjunto trabalhar ... para que você fosse e dissesse informações (EN)

O discurso dos médicos entrevistados é revelador da posição de dominação que essa categoria tem interposto na relação com os demais profissionais, vendo-os, quase sempre, numa posição subsidiária e hierarquicamente inferior, cujas atividades seriam sempre complementares à prática médica (Silveira et al., 1998).

... Seria muito importante se tivesse uma psicóloga agindo aqui no serviço para passar as informações pro pai ou pra mãe e para contornar melhor o médico ... (MR)

... os grandes desentendimentos entre os responsáveis por crianças e médicos, se deve exatamente pela falta de informação da equipe de saúde (MR)

CONCLUSÕES

Os resultados do estudo permitem afirmar que para o grupo investigado há, *a priori*, o conhecimento do direito à informação dos responsáveis, geralmente a mãe, evidenciando a dificuldade de perceber a criança como cidadã merecedora de direitos.

Entretanto, as condições que se colocam ao longo do processo de informação, como diagnóstico da criança, prognóstico, omissão de fatos relativos à patologia, diferenças sociais da clientela, vocabulário inacessível, ditam a relação entre o direito de saber e sua realização concreta e têm como pano de fundo o conceito de beneficência, que ainda é hegemônico entre os profissionais de saúde, e nos remete ao conceito de autonomia do cliente, pouco reconhecida.

Lara & Fuente (1990) afirmam que o interesse pela autonomia do cliente está subordinado a seu princípio de beneficência, numa ética orientada aos resultados, onde a autonomia tem um aspecto marginal e a participação do paciente se subordina a seu benefício. Tal argumento é reforçado por Schneider (1995) ao afirmar que “os profissionais de saúde, em geral, orientam-se pelo critério de beneficência, os pacientes pelo de autonomia e a sociedade pelo de justiça”, trazendo conflitos para a relação do cliente com seus cuidadores, já que princípios morais e éticos distintos guiam a atuação de cada um dos envolvidos.

Essas considerações apontam para a necessidade de uma discussão permanente e cada vez mais aprofundada que desemboque numa nova perspectiva e conduza à busca de um novo paradigma para os profissionais de saúde. Afinal, no dizer de Pavelqueires (1995), o comportamento ético deve ir além de atos que visam apenas o bem estar do cliente ou a segurança do profissional, objetiva também inserir ambos no contexto social mais amplo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, R.W.B. A ética do ensino médico e o ensino da ética médica. In: ASSAD, J. E. *Desafios Éticos*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1993.
- ASSAD, J. E. *Desafios Éticos*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1993.
- BERLINGUER, G. *Ética da saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- COELHO, L. C. D. *Percepção das enfermeiras acerca da responsabilidade ético-legal*. Florianópolis, 1993, Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, 1993.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Código de ética dos profissionais de enfermagem*. São Paulo, 1993.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de ética médica*. Brasília, 1993.
- CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. *La función de las ANEs en la protección dos los niños*. Ginebra, 1992.
- DOYAL, L. A ética médica e a boa assistência médica: a ideologia do individualismo. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 42, p. 76-79, mar. 1994.
- GUADERER, E. C. *Os direitos do paciente- um manual de sobrevivência*. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.
- KATZ, J. O poder médico em questão. *Ciênc. Hoje*, São Paulo, v. 11, n. 66, p. 50-53, set. 1990.
- LARA, M.C., FUENTE, J.R. Sobre el consentimiento informado. *Bol. Oficina Sanit. Panam.*, v. 108, n. 5/6, p. 440, maio/jun. 1990.
- MENEZES, D.B. A ética e a verdade do paciente. In: ASSAD, J. E. *Desafios Éticos*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1993.
- MIRANDA, C.M.L., SOBRAL, V.R.S. Os álibis da enfermagem. *Rev. Bras. Enfermagem*, v. 44, n.1, p.22-9, jan./mar. 1991.
- PAVELQUEIRES, S., ROZENDO, C.A., COLLET, N. A ética na enfermagem. In: CAPONI, G.A., CAPONI, S.N.C. *A saúde como desafio ético*. Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995.
- SCHNEIDER, J.F. et al. Enfermagem e autonomia do paciente. In: CAPONI, G.A., CAPONI, S.N.C. *A saúde como desafio ético*. Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995.
- SILVEIRA, M.F.A. *Estar despido na unidade de terapia intensiva: duas percepções, um encontro*. João Pessoa, 1996. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, 1996.
- SILVEIRA, M.F.A., MANTOVANI, M.F., VALADÃO, N.C. Os “nós” que atam a autonomia da enfermeira. In: Congresso Brasileiro Enfermagem 50^ª, Salvador. *Livro de resumos*, Salvador: ABEn, 1998. p. 29.
- ZAVASCHI M. L. S. et al. A reação da criança e do adolescente à doença e a morte – aspectos éticos. *Bioética*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 165-72, 1993.
- _____. Enfermeiro uma profissão de muito passado e muitíssimo futuro. *Enfoque*, São Paulo, v. 21, n. 11, p. 7-9, abr./jun. 1994.