CARLA DE ALBUQUERQUE ARAÚJO

O Princípio do Respeito na Relação Pediatra e Criança Percepção do profissional

Recife
2007

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

CARLA DE ALBUQUERQUE ARAÚJO

O Princípio do Respeito na Relação Pediatra e Criança – Percepção do profissional

Dissertação apresentada ao Colegiado da Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora
Profa. Dra. Maria Clara Albuquerque

Co-orientador
Prof. Dr. Eduardo Alves Mendonça

RECIFE
2007

Araújo, Carla de Albuquerque
O Princípio do Respeito na relação pediatra e criança – percepção do profissional / Carla de Albuquerque Araújo. – Recife: O Autor, 2007.
177 folhas : il., quadros.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde da Criança e do Adolescente, 2007.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Relação médico paciente - Pediatria. 2. Bioética. 3. Ética das Virtudes I. Título.

614.253	CDU (2.ed.)	UFPE
174.957 4	CDD (22.ed.)	CCS2007-158

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
REITOR

Prof. Dr. Amaro Henrique Pessoa Lins

VICE-REITOR

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

PRÓ-REITOR DA PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR
Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro

COORDENADOR DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

COLEGIADO

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima (Coordenadora)
Profa. Dra. Sônia Bechara Coutinho (Vice-Coordenadora)
Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva
Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira
Profa. Dra. Mônica Maria Osório de Cerqueira
Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho
Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho
Profa. Dra. Maria Clara Albuquerque
Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann
Profa. Dra. Ana Cláudia Vasconcelos Martins de Souza Lima
Profa. Dra. Maria Eugênia Farias Almeida Motta
Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz
Profa. Dra. Luciane Soares de Lima
Profa Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos
Graça Moura (Representante discente - Doutorado)
Bruno Lippo (Representante discente -Mestrado)

SECRETARIA
Paulo Sergio Oliveira do Nascimento

Título:

O Princípio do Respeito na Relação Pediatra e Criança
Percepção do Profissional

Nome: Carla de Albuquerque Araújo

Dissertação aprovada em: 12 / 07 / 07

Membros da Banca Examinadora:

- Profa. Maria Gorete L. Vasconcelos
- Prof. José Thadeu Pinheiro
- Prof. José Eduardo de Siqueira

Recife
2007

"Todos sabiam que cada ser humano deve ser o primeiro a saber quem ele é"

Rubem Alves

Dedicatória

À minha mãe, Solange, a fortaleza amiga de todas as horas, incansável no apoio contínuo, que põe as "mãos na massa na hora h", e principalmente, meu molde e exemplo ético de vida, amor e mulher

A meu pai, José Antônio, outra metade do molde da pessoa que sou, amando e sempre buscando atiçar a minha curiosidade para depois saciá-la, companheiro de viagens do "nada para o nada", filosofando e se curtindo

À minha mana, Mônica, por quem meu amor sempre existiu, e a quem admiro mais a cada dia, pelo "empurrão"no momento certo , e tantas horas de decifragem de meus hieróglifos .

A meu mano, Marcelo, sempre no coração, pelo magnífico exemplo de determinação, persistência e superação.

A meu amor, André, que me conquistou mansamente, pelo seu companheirismo, amor e infindável paciência

Agradecimentos

À minha orientadora, Clara, predestinada a sê-lo desde que “bati os olhos no programa do mestrado, e que me cativou por completo para a Bioética com sua paixão contagiosa e seu peculiar modo de ensinar, que soube me dar sempre críticas recheadas de respeito, o lado positivo, e incentivo, muita atenção. Foi me moldando... minha admiração, agradecimento e amizade.

A meu co-orientador, Eduardo, pela paciência em ensinar-me o “caminho das pedras” da qualitativa e pela acolhida tão gentil.

A Luciane e Josimário , na leitura do projeto e pelas sugestões para concretiza-lo

À minha avó Genove, exemplo personificado de Respeito ao Outro e dignidade intrínseca da pessoa (*in memorian).*

A meu avõ , Aluízio, professor filósofo,cujo espírito humano e filosófico espero ter herdado um pouco (*in memorian)* .

À minha avó Carmita , a quem sempre admirei pela determinação e inovação e que tem me ensinado tanto até hoje.

A meu avô, Zé de Brito, cuja dedicação à medicina ética e a seus pacientes certamente influenciou na escolha da minha profissão, e conversa instigantes que trilharam meu caminhar até aqui(*in memorian).*

À toda minha enorme e muito querida família, na qual o amor prevalece,por tantos momentos de felicidade e inúmeros exemplos de vida ética.

A meus amigos, novos e antigos, por estarem na minha vida, especialmente às amigas do peito Nanci, Nelma, Ana Clara e Mônica

A meus colegas de plantão pelos hospitais por aí afora, pela paciência; especialmente Ana Carla, Tereza e Adryano por incontáveis ajudas e trocas de plantão para minha dedicação ao mestrado.

A meus mestres, particularmente Cidinha e Waltinho pelo aprendizado "levada pela mão", carinho e exemplos éticos.

A meus pacientes, que não são meus e sim pessoas, surpreendentes sempre, fonte de alegrias.

A meus colegas de mestrado: Marcela, Rita, Just, Duda, Cacau,Antônio Carlos,Dícia,Laura...novamente alunos irrequietos ,com espírito de criança,pela convivência intensa e muitas risadas dadas...Além do apoio especial de Márcia,Edna e Anne Shirley ,minha incentivadora-mor, e as informatizadas Paula e Cris.

À Magaly,companheira na Bioética e amiga.

Às professoras Sônia, Marília, e Gisélia pela compreensão, incentivo e apoio moral em variados momentos desse processo.

A Paulo Sérgio, alma festiva e presença marcante no mestrado e dedicado assessor na finalização.

Aos colegas pediatras que aceitaram ser parte essencial deste trabalho.

À Cristina Malta, pelo cuidado e dedicação na correção de português.

À nova geração da família, tão vivaz e atenta: Mariana, João Pedro, Gustavo, Sophia, Luana, Mateus e Carolina a quem respeito como pessoas que são.

Enfim, a todos que são parte significativa de minha vivência...
Muito obrigada!

Sumário

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS **11**
LISTA DE QUADROS **12**
RESUMO **13**
ABSTRACT **15**

APRESENTAÇÃO **17**

1 – MARCO TEÓRICO **21**
1.1 Bioética: histórico e difusão 22
1.2 Considerações sobre ética 30
1.3 Bioética – Ética das Virtudes 32

2 - DELIMITANDO O OBJETO DE ESTUDO **35**
2.1 A criança 36
2.2 O Pediatra 40
2.3 Ética e tecnicismo 41
2.4 Relação Médico e Paciente 47
2.5 Respeito 52

3 – APRESENTANDO E JUSTIFICANDO O OBJETO DE ESTUDO **60**

4 – OBJETIVOS **64**
4.1 Geral 65
4.2 Específicos 65

5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS **66**

6 – CAMINHOS METODOLÓGICOS 68
6.1 Escolha teórica da metodologia qualitativa 69
6.2 Tipo de estudo 71
6.3 Contexto do estudo 72
6.4 Seleção dos sujeitos da pesquisa 73
6.5 Entrada em campo 75
6.6 Instrumentos para coleta de dados 75
6.7 Análise e interpretação do material 79
6.8 Validação 82

7 – RESULTADOS E DISCUSSÃO 84
7.1 Tipificação dos Pediatras pesquisados 85
7.2 Eixo temático I 88
7.3 Eixo temático II 89
7.4 Considerações gerais sobre o eixo temático III 98
7.5 Observação participante 101
7.6 Relação Pediatra e Criança 103
7.7 Conceito teórico do Respeito 121
7.8 Respeito na Relação Pediatra e Criança 131
7.9 Entendimento da criança da Relação Pediatra e Criança, na ótica do profissional 146
7.10 Discussão final 156

8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS 157

9 – RECOMENDAÇÕES 162

10 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 164

11 – ANEXO E APÊNDICE 177
Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa
Apêndice A – Roteiro norteador das entrevistas

Lista de Abreviaturas e Siglas

CCS	–	Centro de Ciência da Saúde
CEP	–	Comitê Ética em Pesquisa
C.F.M.	–	Conselho Federal de Medicina
Conep	–	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Emp	–	Emprego
Entrev	–	Entrevista
MEC	–	Ministério da Educação e Cultura
NE	–	Nordeste
Num	–	Número
ONU	–	Organização das Nações Unidas
PE	–	Pernambuco
Públ.	–	Público
Priv.	–	Privado
SBB	–	Sociedade Brasileira de Bioética
Sisnep	–	Sistema Nacional de Ética em Pesquisa
SUS	–	Sistema Único de Saúde
Trab.	–	Trabalho
UFPE	–	Universidade Federal de Pernambuco
Unesco	–	United Nations Educational, Scientific and Culture Organization (Organização das Nações Unidas para Educação,Ciência e Cultura)

Lista de Quadros

Quadro 1 – Campos de ação e abordagens do roteiro temático norteador 77

Quadro 2 – Tipificação dos pediatras entrevistados pertencentes ao corpo clínico de plantonistas do hospital público pediátrico pesquisado. Recife-2006 86

Quadro 3 – Diagrama de Categorização da Relação Pediatra e Criança 120

Quadro 4 – Diagrama de Categorização sobre o conceito teórico do Respeito 129

Quadro 5 – Diagrama de Categorização sobre o Respeito na Relação Pediatra e Criança 143

Quadro 6 – Diagrama de Categorização sobre o entendimento da Relação Pediatra e Criança, na ótica dos Pediatras 154

Resumo

A Relação Médico e Paciente é o âmago da práxis médica. Seu entendimento tem suma importância, reconhecida atualmente pelo seu intenso estudo. A Relação Pediatra e Criança se insere nesse contexto, com algumas particularidades, como a percepção sobre a criança, que vem mudando ao longo do tempo, assim também como sua atuação nesta. Nesse estudo, foi utilizado o referencial teórico da Bioética, com sua vertente da Ética das Virtudes para percorrer as visões de pediatras sobre o Respeito como Princípio na Relação Pediatra e Criança e observar convergências e divergências entre teoria e prática. Foi um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado através de entrevistas individuais semi-estruturadas e observação participante. Foram treze pediatras entrevistados, plantonistas do corpo clínico de um hospital pediátrico público do Recife, Pernambuco, seguindo-se o critério de saturação de Minayo. A pesquisa de campo ocorreu de março a agosto de 2006. A análise dos dados foi qualitativa, modalidade temática de Minayo, adaptada de Bardin. Observou-se que o Respeito na Relação Pediatra e Criança se relaciona com o conceito teórico do Respeito, entendido ora como limite, ora como relação com o Outro; observou-se também a construção da relação,na qual chegou-se às mesmas categorias e à percepção da criança pelo pediatra no seu desenvolvimento cognitivo e moral e capacidade de entendimento da relação, que, além dos dois temas citados, coloca o diálogo familiar como decisivo.Os planos estão interligados na construção final do Princípio estudado,chegando-se a dois temas finais :1-a criança como sujeito moral: é a tradução da visão desta como ser, foco da práxis, com enfoque nos valores ,a visão humanista do Outro como um todo.2- a busca pela

excelência: é entendida como enfoque do pediatra no conhecimento científico e sua técnica particularizada na especialidade, mas mantendo a intenção de fazer o Bem. Notou-se surpresa pelo assunto, interesse pela Bioética como abordagem nas relações e na vida, assim como a idade cronológica como fator limitante dos pediatras na percepção da criança. Houve inserção muito variada da família na relação, do papel secundário ao principal. Destacou-se a presença de três planos do Respeito para o pediatra: idealização filosófica, teorização na academia e o plano real, vivido na prática médica. Concluiu-se que a criança é vista como sujeito moral, por grande parte dos pediatras. A busca pela excelência, com a motivação certa, torna o pediatra agente de predisposição virtuosa, na Ética das Virtudes. O Respeito como Princípio está na Relação Pediatra e Criança, na percepção dos profissionais; o que varia é sua conceituação e aplicação na práxis,inclusive pelas condições adversas na atualidade.

Palavras-chave: Bioética, Ética, Virtudes, Pediatra, Relação médico paciente, Respeito

Abstract

Introduction: The patient-doctor relationship is the essence of the medical praxis. Its understanding is of high relevance, actually acknowledged by its intense study. The pediatrician-child relationship is inserted in this context, with some peculiarities, like the perception about the child, which has been changing over time, as well as his acting in this context.

Objectives: In this study, the theoretical bioethics reference was used, with the approach of Virtue Ethics in order to comprise the pediatricians' views about the Respect as Principle of the Pediatrician-Child Relationship and to observe convergences and divergences between theory and practice.

Methodology: This is a descriptive study with a qualitative approach, performed through individual semi-structured interviews and the participant observation. Thirteen pediatricians were interviewed, all of them on duty at a public pediatrician hospital in Recife, Pernambuco, following Minayo´s criteria of saturation. The field research occurred between March and August of 2006. The data analysis was qualitative, Minayo's theme modality, adapted from Bardin.

Outcome and Discussion: It was observed that the respect in the pediatrician-child relationship is related with the theoretical concept of Respect, whether understood as limit, wheter as relationship with the other; we also observed the construction of the relationship, where we reached the same categories and the perception of the child by the pediatrician in his moral and cognitive development and the ability of understanding the relationship, that besides the two subjetcs mentioned, states the family dialogue as decisive. The plans are interlinked in the final construction of the Principle studied, when we reached two final themes:

1- the child as a moral subject is the translation of the child as a being, object of the praxis, with emphasis on the values, humanist view of the other as a whole. 2- the

search for excellence is understood as the pediatrician's approach in the scientific knowledge and his particular skill in the specialty, but intending to do good.

Surprise by the subject was observed, interest for Bioethics as an approach in the relationships and in life, as well as chronological age as a limiting factor of pediatricians in the perception of the child. There was quite a varied insertion of the family in the relationship, from a secondary role to the main one. Three plans of Respect for the pediatrician were distinguished: philosophical idealization, academy theorization, and the real plan, experienced in medical practice.

Conclusion: The child is seen as a moral subject, by a great part of the pediatricians. The search for excellence, with the right motivation, makes the pediatrician an agent of virtue predisposition, in the Virtue of Ethics. The Respect as a principle is in the relationship pediatrician-child, in the perception of the professionals; what varies is its definition and application in praxis, due to the adverse conditions of the present.

Keywords: Bioethics, Ethics, Virtues, Pediatrician, Doctor-patient relationship, Respect

APRESENTAÇÃO

Apresentação

Sempre fui muito indagadora, querendo saber os porquês de tudo, e esse anseio foi crescendo e se tornando complexo, juntamente com o alcance de minhas perguntas e dos conhecimentos possíveis. Na medicina, além de ter a curiosidade sobre os aspectos biológicos, fisiológicos e anátomo-clínicos que me foram ensinados no currículo acadêmico tradicional hegemônico, até quando me formei médica, em 1990, e como residente em pediatria, dois anos após, sentia a necessidade de saber mais sobre o passado da própria medicina. Como era desde o princípio, como foi mudando e, juntamente com essa visão, as indagações sobre o lado que chamavam de humano, termo que sempre me causou estranheza. Que parte era a humana; não era tudo?

Na sociedade ocidental moderna, a medicina foi se afastando de sua intencionalidade e vocação social, dando prioridade aos relacionamentos humanos, com uso de ferramentas tecnológicas, e se voltando puramente para os avanços da ciência reducionista pura. Nesta medicina oficial, uma pessoa perguntar coisas diferentes, querer saber da situação sentimental das pessoas e seus problemas de vida, do seu dia-a-dia, é considerada inventora de casos e problemas. Às vezes os profissionais acabam enveredando por esse caminho tecnicista, mesmo resistindo, por serem uma minoria e também por encantamento com as maravilhas da medicina ocidental oficial (MARTINS, 2003b).

Essa inquietação é sobre a humanidade em geral: o que a define, como as pessoas se identificam entre si, como cultivar essa identificação com o outro. Assim, fui intensificando essa curiosidade para fins de pesquisa no foco do tema que escolhi: o Princípio do Respeito.

Foi uma vivência familiar rica em ética, ampliada por experiências multi-culturais, durante os quais me deparei com a valorização das diferenças e o respeito pelas mesmas.

Acredito que a pessoa que sou, individualmente, me levou à vida profissional e a influencia, pois a Relação Médico e Paciente nada mais é que uma relação entre seres de igual valor e dignidade, ocorrendo muitas vezes em um momento de maior fragilidade do equilíbrio interno de um dos envolvidos.

Como pediatra geral, clínica que sou, a relação entre a criança e eu mesma é tudo, o céu e o inferno do Outro. Uma relação muito delicada, como afirma Ismael (2002). Mas é a paixão da profissão que escolhi, sempre surpreendente e tão sacrificada nessa época de pós-modernidade, em que o tempo é tirano; o estresse, a rotina e a vida de médico–pediatra, um vendaval.

Assim sendo, a Relação Pediatra e Criança e como ela está sendo percebida pelos próprios pediatras, e o próprio ato de dar voz ao profissional pediatra se concretizou como parte primordial do meu filosofar.

Em um período de crise, com uma transição paradigmática que se reproduz em todos os âmbitos da sociedade, em diferentes velocidades e extensões, também a medicina vive suas mudanças. Evoluções nunca lineares e, sim, um *continuum* de mudanças, tanto nos planos teóricos e filosóficos de seus pensamentos como nos meios de ensino, modos de transmissão de conhecimentos, ferramentas e técnicas de execução, além da própria prática, seu campo estabelecido e a dinâmica própria a cada local cultural. Há uma rede interligada mundialmente, mas as adaptações são necessárias em cada cultura.

Os indivíduos envolvidos em cada papel que lhes cabe na relação médico, paciente e família, também estão em mutação, se impregnando de novas noções, novos pensamentos e anseios, levando a uma maior complexidade das situações na área de atendimento em saúde.

O enfoque acadêmico veio na forma da disciplina Bioética, durante a pós-graduação, no Curso do Mestrado. Com a nova abordagem que a Bioética proporciona quando ensinada pelo modo de base socrática, que é deliberativo e reflexivo, no qual se é levado ao diálogo; e a mostra de várias posições e entendimentos oriundos dos diversos campos do saber, como antropologia, filosofia, teologia, a própria medicina e inúmeros outros, encontrei meu caminho de estudo e entendimento das relações humanas globalmente, de respeito à Ética como pano de fundo primordial para a vida pessoal levada à profissional e das bases filosóficas que norteiam as mesmas.

Acredito na ética própria da pessoa (LEOPOLDO e SILVA, 1993), envolvendo seus atos (ARISTÓTELES, 2004); mas também nos obstáculos em fazê-la prevalecer nas atitudes, mesmo quando presente em sua mente.

Como disse o professor Zeferino Rocha, em sua aula inaugural das pós-graduações da UFPE, em 2005: “Vivemos uma crise moral mundial e toda crise é uma oportunidade, segundo a filosofia japonesa, propensa a grandes mudanças de atitudes e paradigmas de comportamento humano” (ROCHA, 2005). Opinião amplamente compartilhada por diversas áreas do saber (CORTINA; MARTINEZ, 2005; SAMPAIO, 2005).

Observa-se, no cotidiano, a grande discrepância entre o progresso espantoso das invenções técnico-científicas e a pequena evolução ética da sociedade e dos indivíduos como um todo. Porém, olhando essa crise como uma oportunidade de mudanças, tem-se a ética como um instrumento de coesão social, como fator afirmativo, que importa e faz a diferença, sempre que estão envolvidos os dilemas da individualidade e da coletividade (BRAZ, 2005).

Portanto, esta é uma hora para reflexão e ação.

Essa é a trilha que me trouxe a esta pesquisa, para responder às minhas angústias como pessoa e como médica-pediatra, assim como contribuir na construção do conhecimento sobre o valor Respeito na Relação Pediatra e Criança.

1 - MARCO TEÓRICO

1 – Marco teórico

1.1 – Bioética:histórico e difusão

Histórico

A Bioética é uma disciplina de base multi-profissional, prospectiva, dialogadora em sua essência, que trata, sob um novo prisma, as situações conflituosas inerentes a uma sociedade multi-cultural pluralista em que cada um tem valores e princípios morais distintos; secularizada com regras e normas legais de civilidade para co-habitação das pessoas em um mundo de grandes avanços tecno-científicos que levam ao questionamento de dúvidas básicas do ser humano sobre a vida e como vivê-la. Ela é também uma revivência da reflexão sobre ética e formas éticas de agir moralmente, tão discutidas e estudadas no berço cultural de nossa civilização ocidental, a Grécia, na Era Antiga (LEOPOLDO e SILVA, 1998; SCHRAMM, 2005).

Seu ponto de partida é a abordagem global do conhecimento, seu âmago é a visão ética (DURAND, 2003).

Historicamente, o nome foi cunhado por Van Rensselaer Potter, em 1971, nos EUA, com o significado, ética de vida, se originando da própria raiz etimológica, *bios e ethos.* Discursa sobre as relações entre os seres vivos e o meio ambiente em sua biosfera. Vai das micro-relações, de situações entre indivíduos, às macro-relações, entre sociedades e culturas distintas. Da interação entre tudo e

todos. Enfim, da sobrevivência do planeta, no presente, com responsabilidade na construção de uma ponte para o futuro, com qualidade de vida; humana e não humana.

Renomadas instituições aportaram contribuição aos primórdios da Bioética. São elas: o Kennedy Institute of Bioethics e o Hastings Center Institute, nas pessoas de seus fundadores, Hellegers e Callahan, respectivamente.

Em sua gênese também estão presentes vários movimentos não acadêmicos. Destacando-se o movimento anti-racista ao negro, representado pelo pastor Martin Luther King, e o movimento feminista. Entre os acadêmicos, destaca-se o relato de Henry Beecher,em 1966,falando sobre vinte e dois trabalhos científicos já realizados e denunciando a não-observância dos direitos humanos nestas referidas pesquisas científicas.Também se tornou notório trabalhos em que houve a inoculação de vírus da hepatite B em deficientes mentais infantis, para verificar a eficácia vacinal, sem o conhecimento prévio; o caso Tuskegee, em que cientistas acompanharam, por cerca de vinte anos, afro-americanos com enfermidade inicialmente desconhecida e posteriormente identificada como sífilis, sem proceder à terapêutica específica, com o objetivo científico de conhecer a evolução natural da doença (ALMEIDA; SCHRAMM, 1999).

Esses dois exemplos, entre tantos, além da afronta aos valores morais, mostram claramente o desrespeito a documentos internacionais já reconhecidos e aprovados, como o Código de Nuremberg,em 1947, a Declaração dos Direitos Humanos, em 1948, e a Declaração de Helsinki, em 1964,que estabeleceram normas para a participação de seres humanos em pesquisa, após as experiências macabras realizadas pelos nazistas durante a II Guerra Mundial (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002).

A indignação da comunidade científica, com a denúncia dos estudos de Tuskegee e Willowsbrook e a pressão da sociedade levaram o governo americano a estabelecer uma comissão parlamentar de inquérito para averiguar as denúncias de Beecher e, após quatro anos, foi redigido um relatório incluindo as reflexões e as

conclusões sobre ética em pesquisa, o Relatório Belmont, em 1978 (CLOTET, 1993; PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002).

No relatório se explicitam três princípios: o de Autonomia, o de Beneficiência, e o de Justiça[1], posteriormente ampliados para quatro, apresentados no livro "Princípios da Ética Biomédica", de Beauchamp e Childress, em 1979.

Difusão e diversificação

Por serem de fácil assimilação, os princípios rapidamente difundiram-se em vários continentes, ainda que tendo perdido a sua força de origem, para se restringirem à Ética Biomédica, sendo usados na área clínica, nas tomadas de decisões.

Portanto, em 1979, Beauchamp e Childress editaram um livro baseado no Relatório Belmont, porém ampliando os princípios para quatro, com inclusão da Não Maleficiência, em separado da Beneficência, aqui entendido como não prejuízo ao paciente, para quem se deve explicitar todos os riscos de cada procedimento clínico (PESSINI;BARCHIFONTAINE,2002). Esse livro representa um marco na difusão da Bioética, sendo às vezes o "Principialismo", como ficou alcunhada esta visão, confundido com a própria Bioética. Isto é uma inverdade, pois a mesma se caracteriza pela pluralidade de ângulos e fundamentações, de modo algum se restringindo ao principialismo.

O principialismo tem uma interpretação do ponto de vista prático, com fundamentação filosófica em grande parte embasada em Kant, com evolução no utilitarismo de Mill, em que os fins justificam os meios e o Bem é o bom para a maioria, sem salvaguardar os limites ético-morais"mínimos" para cada pessoa, além dos quais não se deve avançar; com o resultado das ações justificando o modo empregado para realizá-las. Há também a teoria de Tristram Engelhardt, com uma visão mais radical, baseada no liberalismo americano, segundo a qual cada pessoa

[1] Sugiro a leitura do The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. da "National Comission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research".National research Act,12 july 1974

é dona de seu corpo e atitudes e tudo que for consentido pode ser feito, sem se ater a princípios éticos mínimos, mudando de princípio de autonomia para o de consentimento ou permissão.

Contrapondo o desenvolvimento da visão normativa da Bioética pelo principialismo americano, temos, principalmente na Europa Continental, a evolução das reflexões filosóficas oriundas do "Século das Luzes" (XVIII) com as lutas revolucionárias por direitos individuais e públicos, como a Revolução Francesa e Inglesa, chegando à área de saúde (GRACIA, 1990; SEGRE; LEOPOLDO e SILVA;SCHRAMM, 1998).

Então, a Bioética começa a se propagar na Europa continental, de modo institucional, nos anos oitenta do século XX, através dos países do sul do continente, com Malherbe, que criou o Centro de Bioética de Bruxelas, de Nicole Levy, em Lyon, Francisc Abel; Diego Gracia, na Espanha, na Universidade Complutense de Madri (CORTINA, 2003).Também se ressaltam nomes como de Gilbert Hottois,com o livro "Le paradigme bioethique" e suas discussões sobre avanço tecnológico e bioética.(DURAND, 2003)

Estes fundamentos teóricos da filosofia foram alavancados por grandes nomes na área antropológica-filosófica, como: Levinas, com o conceito de alteridade; Ricoeur, com o *habitus* que envolve o físico,o ambiente e as condições sócio econômicas do homem; Schëler, com seu resgate aos valores e posição hierárquica destes e Habermans com sua complexa teoria de evolução moral de uma sociedade.

Outra corrente filosófica de fundamental valor, real e difusório, é a de Diego Gracia, com o aristotelismo, releitura e crítica ao hipocratismo, indispensáveis para o adequado entendimento da parte estrutural que envolve a profissão médica, dando força à relação de confiança e amizade presente e necessária para a Relação Médico e Paciente, e levando o método deliberativo socrático e a Maiêutica ao seu local de destaque nesse meio.

Também seguindo os passos de Kant e avançando em ato voluntário guiado pela razão tem-se o grupo de Valência, com o kantismo dialógico,

valorizando tanto a autonomia quanto a justiça e a solidariedade em nível pessoal e social, com Adela Cortina e Jesus Conill, e sua versão alemã de Abel e Habermans (CORTINA, 2003).

Trata-se de uma teoria discutida inicialmente na ética, com princípios de valor moral, da virtude inerente ao homem e que tem que existir nas ações para uma vida boa e plena, almejando a felicidade (ARISTÓTELES, 2004). Ao imperativo categórico de Kant, com o homem como seu próprio legislador; ser *auto* (próprio) – *nomos* (lei) por força da razão, controlando as emoções. Que chama de sujeito moral (KANT, 2004).

Desenvolvendo-se em uma sociedade mais reflexiva e filosófica por sua natureza cultural histórica, a Bioética, na Europa Continental,pode ser caracterizada mais como um ressurgimento da filosofia moral, explicando e fundamentando as mudanças de paradigma sobre o indivíduo, até então passivo ante a estrutura política, agora cada dia mais participante e formador de opinião (SCHRAMM, 1998; CORTINA, 2005).

Portanto, na Europa Continental primeiramente, condizente com a história e a tradição do bem da comunidade ser anterior ao do individuo e da fundamentação filosófica, começa a surgir um indivíduo atuante na sociedade. Este fato condiciona a procura de modos de co-habitação sob valores éticos e morais mínimos comuns, com princípios absolutos. Diferentemente, o utilitarismo preza mais o individualismo e a liberdade, bem como os direitos e os fins, não importando os meios para chegar ao objetivo. Desenvolveu-se mais na Inglaterra e preconizava que a obrigação moral, quando há, é fazer o maior bem possível para a maioria, não havendo princípios absolutos e fundamentais, que eticamente todos deveriam ter e dos quais não se deveriam separar (DURAND, 2003; CORTINA; MARTINEZ, 2005).

A Ética das Virtudes segue dois caminhos: na Europa do norte, de origem escandinava, os direitos e deveres inerentes a uma Ética Mínima, com valores mínimos comuns a todos os cidadãos; na Europa do sul, latina, uma Ética Máxima, defendida por Gracia, em que se deve somar direitos e deveres às virtudes.Na Espanha, com a Ética das Virtudes, representada por Entralgo e Gracia,

e na Itália, por Bompiani, entre outros, todos herdeiros da tradição grega (DURAND, 2003).

No entanto, o ponto inicial dessa renovação e da discussão da ética aristotélica se deu com Elizabeth Anscombe, em 1969, na Inglaterra, e floresceu nas discussões de filósofos alemães e ingleses, como Heidegger, Gadamer e Hannah Arendt (SILVEIRA, 2004).

No campo da Bioética ocorreu também um forte movimento na Austrália, resgatando a amplitude ecológica defendida por Potter, com pensadores em defesa dos animais, como Singer, além da Ética das Virtudes, com Oakley, Faunce e Cocking, mais recentemente.

Na América Latina, a bioética adota uma visão mais próxima à européia, com algumas considerações e mudanças para compreender a sociedade desigual em acesso e direitos fundamentais, como o de saúde, o da educação e a própria sobrevivência.

Apesar da prática biomédica ter forte conotação do principialismo e este aparentemente parecer suficiente para definir e resolver grande parte das situações de conflito, valoriza-se também a fundamentação filosófico-teórica de base. Vê-se a justiça como eqüidade, em que se trata diferentemente os indivíduos mais vulneráveis, para que adquiram ou readquiram a capacidade para crescer sua autonomia, com adequação e contextualização da Bioética. Saindo de uma visão reducionista puramente resolutiva de casos clínicos (micro) para uma visão (macro) da sociedade na América Latina e que leve em consideração realidades como desigualdade social, pobreza, inclusão social através da alteridade, eqüidade e solidariedade (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1998).

O Brasil tem uma visão ética mais dirigida aos anseios regionais, a Ética da Proteção, assim como está sempre presente em suas reflexões e ações a Ética da Responsabilidade. A Justiça como Eqüidade, dando ao mesmo tempo proteção às pessoas mais vulneráveis, consideradas em situação que não as permite exercer sua autonomia, quer por doença com incapacitação de raciocínio, quer pela falta de condições mínimas e dignas de sobrevivência, não tendo poder e

educação para pensar em filosofia, além do sofrimento cotidiano e da luta pela sobrevivência (COSTA; OSELKA; GARRAFA,1998).

A teoria filosófico-social fundamental para essa visão de justiça é de autoria de John Rawls, conhecida como a Teoria da Justiça (RAWLS, 1999; SCHÜTZ; SCHRAMM, 2005).

O que impera na atualidade, então, é uma diversificação das interpretações dos meios de como administrar uma vida com distintos valores básicos para cada grupo social, porém co-habitantes; como as ações políticas devem atuar para direcionar ou não as ações individuais na sociedade pluralista e secularizada; que preceitos seguir na resolução dos conflitos da vida diária que advêm desse pluralismo moral que nos cabe aceitar.

Como referido anteriormente, citando Gracia (2000), tudo isso significa que as mudanças decorrentes das revoluções sociais do século XVIII chegaram à área da saúde, levando o paciente à condição de sujeito moral e a Relação Médico-Paciente a uma relação entre sujeitos morais, autônomos e pluralistas.

Há três diferentes gerações dos direitos humanos internacionais: a primeira, os direitos civis e os direitos políticos como básicos: a liberdade, a vida. A segunda geração, os direitos econômicos, sociais e culturais: direito de livre expressão de credos e culturas. E a terceira geração, os direitos ecológicos e ambientais para manutenção do planeta e de proteção às gerações futuras(CORTINA,2005).

Como sociedade interligada, o continente europeu de modo generalizado pretende estar em busca do terceiro estágio dos direitos humanos; condizente com este anseio há um grande avanço na bioética cívica, com debates filosóficos sobre o bem para o cidadão, com participação de instituições governamentais e empresas particulares, para atingir estas metas morais e éticas (CORTINA; MARTINEZ, 2005; CORTINA, 2005).

A Bioética é uma ética aplicada, mas também um ressurgimento da filosofia moral em que é o *locus* de excelência da interdisciplinaridade, diálogos multiprofissionais e dinâmica sobre todos os assuntos da vida, particularmente da vida humana, decorrentes da intensa aceleração das descobertas tecno-científicas, ou Bioética de Fronteira, e das situações do cotidiano, ou Bioética do Cotidiano (BERLINGUER, 2004 a; 2004 b).

A Bioética se tornou um saber. Tanto no aspecto filosófico-antropológico de novos questionamentos, respaldados em antigos, quanto na sua face prática de campo dialogador e pluralista para resolução de situações conflituosas, busca da fundamentação para resgate ou estabelecimento de direitos e deveres individuais e coletivos dentro de uma sociedade e entre diferentes culturas (CORTINA, 2003).

Finalizando sobre a difusão e a diversificação da Bioética, existem atualmente, no Brasil, Comitês de Bioética Clínica em crescente implantação em hospitais; formulação de proposta para a instituição da Comissão Nacional de Bioética (já em trâmite no Congresso Nacional); Comitês de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, os CEP, articulados em um sistema nacional, o Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), via Sistema Nacional de ética em Pesquisa (Sisnep), e com interlocução e às vezes abrangendo a avaliação de situações de conflito onde não há os Comitês de Bioética. Além disso, formaram-se Comitês de Ética em Pesquisa com Animais. Também há uma atuação crescente de sociedades multidisciplinares, produtoras e difusoras de conhecimentos em Bioética, através do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da UNB(Universidade de Brasília) e da Sociedade Brasileira de Bioética, a SBB, esta última desde 1995.Houve uma interligação e integração à Rede Latino-Americana e do Caribe de Bioética da Unesco ou Redbioética,em Cancun desde 2003.

1.2 - Considerações sobre Ética

Academicamente, pode ser dito que a Ética teve início na Grécia antiga, com Platão, Sócrates e Aristóteles, e é a área do saber que tenta explicitar os valores morais que regem uma pessoa e suas ações no campo individual, em uma práxis profissional e em uma sociedade na área pública. Na Antiguidade se acreditava na teoria totalizadora de princípios fundamentais do ser, como a virtude, a prudência e a temperança (ARISTÓTELES, 2004). Antes do Iluminismo eram discutidos esses valores absolutos, racionalizados e interpretados como não naturais e, sim, produtos da razão, portanto, exercidos por pessoas dotadas de tal; e atribuir-se a própria condição do indivíduo ter racionalidade como aquisição dos direitos à cidadania e humanos; não tendo a pessoa sem razão (enfermos, loucos e crianças) qualquer direito ativo de participar em decisões, não sendo éticos. Com as revoluções e a modernidade, culminando na Declaração Universal dos Direitos Humanos, no pós II Guerra Mundial, defendeu-se a ética cidadã, com igualdade para todo ser humano que, como pessoa, tem sua dignidade inerente e seus direitos atribuídos. Houve em seguida um longo período em que a ética era considerada um assunto privado de cada um, não discutido, cobrado ou aplicado como regra em qualquer área.

De duas décadas para cá, coincidindo (ou não) com o surgimento da Bioética, a Ética ressurgiu como campo de saber fundamental para entender e reger as relações humanas e como meio de se ter uma cidadania plena,no qual o cidadão é participante decisivo e responsável, assim como as instituições públicas e empresas (CORTINA; MARTINEZ,2005; CORTINA, 2005).

Conforme Diego Gracia (2000) refere: ”A ética é a disciplina que estuda a correção e a incorreção de nossos atos”.

Atualmente, a ética é apreendida a partir de um arcabouço moral fundamental, influenciado pela natureza da pessoa, na família, e aprendida pela educação, e a deliberação moral, com reflexões e interiorização dos conceitos (GRACIA, 1998; DURAND, 2003).

Para Köhlberg, em seus estudos sobre o desenvolvimento moral e psíquico-cognitivo da criança, a partir de Piaget, o estágio mais avançado se dá perto dos vinte anos, sendo individualizado, não obrigatoriamente ligado à idade cronológica. Neste modelo teórico explicativo, o sujeito leva em conta a igualdade dos direitos humanos, primeiramente com a idéia de justiça e com respeito à dignidade dos seres humanos como pessoas individuais, após ter passado por uma fase de obediência às regras sociais sem internalizar suas fundamentações e críticas às mesmas (FERRAZ, 2001; KOTTOW, 2005).

A Ética fala *de* "valores que existem e valem por si; por isso nos atraem" (CORTINA, 2005). Tem-se a predisposição interna para a virtude e as pessoas são imbuídas de valores (ARISTÓTELES, 2004). Mas, é necessário cultivar esta predisposição com condições morais propícias para apreciá-la (LEOPOLDO e SILVA, 1998; CORTINA; MARTINEZ, 2005).

Segundo Durand(2003):

> *Há três níveis de discurso e argumentação moral: valores, princípios e regras: Valor: Mais geral e dinâmico, tem sentido filosófico antes de implicações éticas Ordem do Ser ou do Bem, designa grandes ideais a serem perseguidos (exemplo: justiça, autonomia, igualdade). Princípio: começo, proposição inicial de um raciocínio do qual são retiradas outras proposições conseqüentes; freqüentemente de nível abstrato sendo pouco numerosos e estáveis; permitem várias explicações (exemplo: não matarás, honrará os pais, dar a cada um o que é direito). Regra: Concreto, próximo à ação, fórmula que indica caminho a seguir para atingir um fim, tem conteúdo preciso, e é um instrumento operacional. Os valores devem se traduzir em princípios que se operacionalizarão em regras.*

Sendo assim, os princípios só encontram sua justificação nos valores ou em um nível pós-ético, em uma visão pessoal de vida, de pessoa e história.

1.3 – Bioética- Ética das Virtudes

A Ética das Virtudes é reavivada na Espanha com Diego Gracia, como resultante de toda a evolução da filosofia moral desde Aristóteles (2004), com contribuições baseadas no imperativo moral de Kant e almejando a virtude e a felicidade (CORTINA; MARTINEZ, 2005).

O ser humano tem uma natureza propícia para o desenvolvimento de valores morais que o regem em todo o seu pensamento e agir no mundo. Cada pessoa tem seus valores morais (Bem, Mal) e princípios absolutos imutáveis, como: a Vida, a Beleza, o Respeito. Esses princípios são parte de cada um, independente da situação e do contexto em que se vive, apesar de poderem estar “latentes” se não forem cultivados e aplicados nas regras de seu viver e nas atitudes.

Na leitura de Aristóteles (2004), as virtudes são disposições de espírito louváveis e voluntárias por escolha, aprazíveis em si mesmas e condizentes com a integridade da pessoa, conjugada à ação virtuosa com finalidade para o Bem; é uma medida, meio termo entre dois vícios, um por excesso e outro por falta. O homem tem capacidade de percebê-la e aperfeiçoá-la com o hábito.

Gracia (1990), analisando sob um ângulo diferente, o das virtudes, os quatro princípios de ética biomédica de Beauchamp e Childress, considera primeiramente a Justiça e a Não Maleficiência em qualquer situação, para somente após se pensar em Beneficiência e Autonomia. Assim, valoriza a sociedade em que se insere o indivíduo e suas relações com a mesma como cidadão, reflexo da prioridade européia da coletividade, para, a partir daí, considerar as ações sobre a pessoa, individualmente.

No plano da sociedade européia, tem-se a valorização da Bioética cívica, entendendo-se que, em uma sociedade pluralista, que aceite culturas, valores e modos de vida diversos, é imprescindível, e mesmo o único modo de se construir uma vida em comum, o delineamento de um alicerce de valores e princípios compartilhados como a ética dos máximos (CORTINA; MARTINEZ, 2005 ;

CORTINA, 2005). A Bioética religiosa também se estabelece, porém em menor escala, limitando-se mais aos meios dos estudiosos do clero, principalmente da Igreja Católica no Vaticano, inclusive como meio de edificação dos cânones religiosos.

Em artigo publicado em 1999, Garrafa, Diniz e Guilhen criticam a postura de Gracia em relação à aproximação e aplicação da Ética das Virtudes junto ao Principialismo, enquanto Bolsin, Faunce e Oakley (2005) e Faunce (2004) relatam a experiência prática dessa teoria na resolução de dilemas, seu valor como modo de discurso significativo na moderna ética médica, enfatizando técnicas enriquecedoras do caráter do agente e instruindo sua consciência. Vale ressaltar que antigos defensores do principialismo puro se renderam ao enriquecimento que advém de acoplar a Ética das Virtudes, levando-se em consideração não só a razão, mas a emoção e a experiência moral da pessoa (GARDINER, 2003; CAMPBEL, 2003).

Os conceitos de pessoa e de dignidade humana são centrais na Bioética européia; esses conceitos variam um pouco, conforme o autor e seus pensamentos. Mas se fundamentam no indivíduo, em seus valores e sentimentos, e na dignidade inerente à própria condição humana com a inseparabilidade entre ambas e o respeito a elas devido. Esses conceitos não são relacionados com permissão concedida para qualquer atitude como sendo suficiente à ação, às vezes até contra sua própria dignidade, como ocorre em outra teoria ética.

Para Almeida (2002), “a pessoa é o fundamento de toda reflexão e prática Bioética”. Esse entendimento se aproxima do de Santos (1998), que refere ser a pessoa:” a unidade integral e concreta do ser singular e uma identidade universal da humanidade e o fundamento último. ”

Já Kottow (2005) diferencia todo ser que nasce como ser humano e sujeito moral digno de respeito e cuidados, intrinsecamente com status moral, mesmo que não tenha racionalidade. Quando e se adquirir racionalidade, o sujeito moral fica nominado como pessoa, que, além de ser sujeito moral, é, portanto agente moral e responsável pelos atos de livre escolha que pratique.

Este é também o pensamento de Lepargneur (2004), com menção específica às crianças que adquirem a nominação de pessoa e seus direitos inerentes por ascrição, em que está embutida a potencialidade das habilidades e competências inerentes ao seu desenvolvimento.

Opinião divergente, oriunda de correntes utilitaristas e principialistas radicais, é a de Engelhardt (1998), para o qual só a pessoa plena de racionalidade é que tem dignidade, direitos e autonomia, ficando à margem os doentes, incapacitados temporários ou permanentes, as crianças e adolescentes e até os idosos.

Para Boff (2004), "O fim da ética é a conquista da virtude, da felicidade e da cidadania em que, através da atividade, tem-se a formação de um individuo completo, privado e público" .

Ele entende as virtudes como estrelas que nunca serão alcançadas, mas que são necessárias para orientar os navegadores e encantar nossa vida. Sendo assim, ele interpreta as virtudes como componentes do campo utópico de excelências e dos valores, que ampliam nosso horizonte e nos fazem evoluir e crescer como pessoas. Através dessas palavras, o autor indica o desafio de concretizá-las em ações cotidianas cada vez mais comuns, como hábitos, para que a pretensa utopia se concretize em um processo de transformação continuada, individual, coletiva, institucional e planetária (BOFF, 2004).

Planetária, pois ele divide com um número crescente e significativo de pessoas de todo o mundo a certeza e determinação de transformar a humanidade em uma unidade consciente e ética, e da necessidade de se considerar una para nossa preservação, assim como de todo ser vivo, humano ou não, incluindo nosso planeta, planeta-mãe, ou Gaia.

2 – DELIMITANDO O OBJETO DE ESTUDO

2 – Delimitando o objeto de estudo

2.1 – A Criança

Conceito ao longo do tempo

Na história da cultura ocidental, talvez da humanidade, não se encontra maior consideração pelas etapas iniciais de vida em grandes nomes, como Aristóteles (GRACIA, 1998).

Discordando de Oliveira (1993)[2], Gracia (1998), em seu resgate histórico da criança refere que sempre existiu o sentimento de proteção, similar ao de outros animais, principalmente o materno, mas sem que para tanto houvesse um conceito unívoco de criança. Refere três grandes mudanças de atitude ao longo do tempo, que explicam a própria história de valoração da criança e do pediatra: nas culturas ágrafas, o ancião era o foco estrutural da sociedade como memória viva da mesma e a criança definida como sua antítese, com finalidades contrárias: onde ele era poderoso, ela era impotente, onde ele era sábio e culto, ela era ignorante, onde rege a prudência, ela era imprudente (um ser sem vontade, alma ou qualquer característica que lhe seja própria como ser humano).Esse não-conceito está bem explicitado em grandes nomes (ARISTÓTELES, 2004).

2 Oliveira afirma que, enquanto não houve conceito de infância e via-se a criança como um não-ser e pequeno adulto, não poderia existir concretização de amor materno e pediatria

O primeiro momento de mudança surge na Grécia, em que o homem maduro passou a ser considerado como modelo de vida humana, perfeição física e moral, com virtudes na sua expressão de máximo potencial (GRACIA, 1998; ARISTÓTELES, 2004).

A infância é vista como uma primeira fase da vida, de geração e amadurecimento, a criança é volúvel, com apetite voraz pelas coisas e é dispersa, seu juízo é quase como o de um louco. Essa visão se mantém ao longo dos séculos: a criança como um ser defeituoso, incompleto e, por conseguinte enfermo. Na verdade, um ser considerado um estado de neutralidade, nem saúde nem enfermidade (como o de convalescença) que exige maior cuidado para não adoecer. A infância é considerada um período antinatural a ser logo superado, ao virar adulto, sem passar pela juventude; e a criança então é coisificada, sem direitos à dignidade, felicidade (ARISTÓTELES, 2004; ONGINI, 2005). A criança é vista como um pequeno adulto até nas representações gráficas da época.

O outro marco de mudança na figura de coesão estrutural da vida social se iniciou no século XVIII, com a criança adquirindo importância por si mesma, não como propriedade do pai. Nasce a visão romântica da criança como ser inocente, ingênuo e com moral exemplar, devendo ser protegido e valorizado em si; mas ainda sem conhecê-la. A idéia romântica de idolatria à criança como ser e encarnação do bem, conforme Rousseau, chega aos nossos dias, imbuída ainda do sentimento de proteção e vulnerabilidade extremas citadas anteriormente (GRACIA, 1998; ZANOLLI; MERHY,2001).

Aquisição de competências

A aquisição de competência é um dos instrumentos demonstrados como importantes para propiciar à criança as condições para integrá-la no conceito de pessoa com direitos adquiridos e competência (ONGINI, 2005; COUTINHO, 2005). Essa é a virada, que se baseia na aquisição de competências progressivas da criança. A aquisição de competências concerne à pirâmide de capacidades cognitivo-emocionais e sociais explicadas e observadas por Piaget e Köhlberg para

a maturidade evolutiva da criança. Os estudos se iniciam na primeira metade do século XX e expressam a evolução do conceito de um estado amoral ao de respeito aos mais velhos, das regras sociais e posterior interiorização das mesmas em seus valores morais próprios, principalmente o de justiça.

Os estudos de Piaget, e, posteriormente, de Köhlberg, sobre a evolução e aquisição das capacidades e competências nos âmbitos cognitivo, emocional e social das crianças mostram que essas ocorrem de modo crescente e individual, dependendo de sua natureza intrínseca, do arcabouço moral e dos estímulos que lhe são oferecidos; e não estritamente pela idade cronológica. Estes estudos detalham a gradual evolução desde a amoralidade, em que a criança não segue regras. Não tem culpa, pois não distingue o certo e o errado perante a sociedade. Ela faz o que quer livremente, a obediência às regras da sociedade é nesse caso uma mera obediência, sem que reflita sobre elas e as considere certas no âmago de sua consciência.Estes estudos vão até a fase de maturidade maior, geralmente na vida adulta, e nem sempre atingida,em que se pensa além de si, nos outros primeiro, ou seja, alteridade, e no social e coletivo, antes do indivíduo. O autor, Köhlberg[3], estima que poucas pessoas atinjam esse patamar, na sociedade ocidental atual. (KOHLBERG *apud* LEONE, 1998; KOTTOW, 2005).

Atualmente, a criança é valorizada como ser (ZANOLLI; MENDES, 2005). Com características próprias de pensamento de acordo com a idade não só cronológica, mas a maturidade de desenvolvimento, aspecto físico próprio, com proporcionalidades distintas do adulto, com direito de serem protegidas em sua integridade pessoal, e não mais o não - ser ou o ser neutro. A percepção sobre a criança se aprofundou e está em franca mudança (GRACIA, 1998; GAIVA; PAIÃO, 1999).

[3] Sistema de evolução de consciência moral da criança
Nível I – Pré-convencional: Estágio 1 – Moralidade heterônima; Estágio 2 – Individualismo, finalidade instrumental e intercâmbio. Nível II – Convencional: Estágio 3 – Expectativas inter-pessoais mútuas, relações e conformidade inter-pessoal; Estágio 4 – Sistema social e consciência. Nível III – Pós-convencional ou de princípios: Estágio 5 – Contrato social ou utilidade e direitos individuais; Estágio 6 – Princípios éticos universais. (KOHLBERG apud LEONE, 1998).

Aspecto Legal

Não obstante os avanços no conceito de criança, a visão legal, na maioria dos países, inclusive o Brasil, ainda é de pessoa totalmente incapaz até os 16 anos, e com incapacidade relativa ou parcial entre 16 e 18 anos, com poucas exceções, por emancipação, se tiver formação acadêmica superior ou se sustentar com dividendos de firmas próprias (BRASIL, 2005).

Mas há toda uma movimentação na sociedade, incluindo a área de direito e no poder legislativo, no sentido de efetivar mudanças nesse conceito, com aprovação de "ilhas", levando em conta a condição de vulnerabilidade da criança e não de incapacidade. A distinção é que a pessoa vulnerável tem sua autonomia reduzida, sendo importante e necessária uma maior proteção para que possa exercê-la e ter sua vontade respeitada, enquanto a pessoa considerada incapaz não está legalmente apta a opinar sobre decisões que concernem a ela.

Bioética e criança

Atualmente, a sociedade é palco de movimentos visando o estabelecimento legal do que já acontece na prática, na vida em geral: as crianças estão cada dia mais informadas, participantes e opinantes, na sociedade como um todo, em seu cotidiano, conversando pertinazmente sobre assuntos políticos, valores, finanças pessoais, vivenciando uma independência na sua vida diária, com idas à escola e cursos, só realizando suas tarefas escolares e pesquisas com uso instrumental de tecnologia avançada, como informática e seus programas sempre mutantes, e deliberando sobre seus problemas de relacionamento na sociedade mirim em que se insere sua escola com participação variando de nula, à distância, até a parcial, de pais/cuidadores em longas jornadas de trabalho. Em suma, definindo-se, na prática, como pessoa e sujeito moral que é, respeitando seu grau de maturidade naquele momento e contexto, imbuída de sua dignidade inerente e merecedora de seus direitos individuais, humanos, sociais e legais (BRASIL, 1991; COUTINHO, 2005).

2.2 – O Pediatra

O nascimento da Pediatria como especialidade decorreu da necessidade de um campo de atuação específico, voltado para o atendimento à criança, face à evolução do conceito criança, esboçado no item anterior, e seguiu o nascimento da clínica (FOUCAULT, 2004). E continua evoluindo paralelamente à própria sociedade.

Somente após a aquisição de características próprias, sua valoração na sociedade, e o reconhecimento da infância como etapa natural da vida, ocorrido no século XVIII, é que há pertinência em iniciar uma área especializada, dentro da medicina ocidental, para caracterizar fisiopatologias próprias de doenças que só ocorrem nessa fase da vida, bem como em empreender estudos pormenorizados acerca das manifestações normais ou patológicas dessa etapa de vida.

Ocorrem, desde a Antiguidade, descrições de enfermidades na criança, como as de Hipócrates, sobre parasitas helmínticos, mas são vistas como doenças que se manifestam na criança do mesmo modo que no adulto ,já que o conceito, na época, era o de criança como um pequeno adulto, e assim são tratadas por Celso, 25 a.C. – 50 d.C.. Há relatos sobre vários médicos e escolas de medicina da Grécia de Bizância e à Ilha de Cós, berço de Hipócrates, considerada a maior escola médica da Antiguidade, cujos prováveis professores teriam sido os sacerdotes do templo de Esculápio, deus grego da medicina, embasada na observação direta (HUARD; LAPLANE, 1981; GRACIA, 1998).

Segue-se um período de influência árabe, durante o qual Rhozés, no século X, é considerado o pai da pediatria, por escrever um breve tratado, incluindo o diagnóstico claro de doenças na criança, como otite, hidrocefalia e estrabismo, entre outras. Na época, também imperavam justificativas com base na astrologia e numerologia, visando o tratamento de algumas doenças, não se desenvolvendo especificidade e especialistas em crianças. Nos séculos VI e VII crianças são dizimadas por grandes epidemias de cólera; inicia-se a assistência à criança, em asilos e hospitais, com visão de higiene e saúde pública, surgindo a puericultura,

polícia da higiene, que durará até a Renascença, como principal manifestação de assistência à criança com cunho normatizador e sacerdotal (CASTIGLIONI, 1947; HUARD; LAPLANE, 1981; GRACIA, 1998).

É na Renascença que ocorre a evolução inicial da Pediatria, com tratados sobre doenças na infância, como a enciclopédia de Ambroise René. Porém, o grande salto para a Pediatria moderna, com especificidade do profissional pediatra e sua área de atuação ocorreu no século XX, sendo a criança considerada seu objeto de estudo definida como um ser em desenvolvimento. A partir daí ocorreu um grande impulso e valorização do estudo e exercício da medicina em crianças, com a descoberta das vacinas e tópicos sobre alimentação, nutrientes e sua relação com quadros clínicos de carência, como o escorbuto e a falta de vitamina A levando à cegueira (CASTIGLIONI, 1947; CASTELLANOS, 2003).

2.3 – Ética e tecnicismo

A formação hegemônica acadêmica ainda vigente remonta ao início do século XX, com o relatório de Abraham Flexner.Este serviu de base para o modelo flexneriano, que colocou em ordem e categoria as bases da clínica, com a preponderância absoluta da técnica, do concreto e explicável “científico cartesiano do século XVIII” (BOELEN, 2002).

A medicina é vista de modo fragmentado, a partir de aparelhos e órgãos do corpo, desconsiderando-se o não-orgânico; essa é a visão dita mecanicista e reducionista (MARTINS, 2003 b; CARNEIRO, 2000).

Portanto, a formação acadêmica tradicional do médico pediatra, mesmo na pós-graduação, *latu sensu,* que é a Residência Médica, também segue os moldes do currículo fragmentado em órgãos e aparelhos, voltada inteiramente para o conteúdo físico, dando-se apenas noções sobre o desenvolvimento psíquico emocional, sem nenhum embasamento aprofundado dirigido ao conhecer a criança. Ainda se valoriza a aquisição de habilidades técnicas, conteúdos sobre doenças e

teorias, desprezando atitudes de comportamento, relações interpessoais e afinidades com a criança, ética e educação moral, bem como outros itens das subjetividades do ser humano, que foram escanteadas no período de grande expansão e valorização tecnológico-científico de descobertas, correspondente aos séculos XVIII, XIX e metade do XX (MACHADO, 2003).

Há um movimento para maior valorização do ser humano, os valores humanísticos, em encontros mundiais e locais que levaram às resoluções da Unesco (Ottawa, 1992) e no Brasil, com as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina (ALMEIDA, 2000; BRASIL, 2001).

Muitas faculdades vêm implantando o novo modelo curricular, ou melhor, novos modelos baseados nessas diretrizes. Nesse novo olhar ampliado sobre a formação médica, não se preconiza e valoriza apenas a técnica, baseada em aquisição de conteúdos e habilidades. Mas também, e talvez principalmente, pretende-se desenvolver os valores humanísticos em cada aluno, visando à formação de um profissional compromissado com a ética, com seu paciente, priorizando sua dignidade e relações inter-pessoais, integridade profissional e respeito à sociedade, consciente de que, nela, desempenha um papel ativo, de importância fundamental (BRASIL, 2001).

No Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), por conta da preocupação com a adequada formação médica humanista, foi inserido o módulo “Medicina, Sociedade e Ética”, no qual são discutidas as enfermidades, as relações médico, paciente e família, bem como os conceitos de Bioética e o papel do profissional na sociedade.

Pode-se observar a filosofia bioética da valoração da pessoa como ser inteiro e plural, dotado de valores, e de seu desenvolvimento com estímulos adequados, em todos os níveis de escolaridade; sendo assim, a disciplina Bioética constitui uma ferramenta crucial nesta mudança de currículo, propiciando a renovação das perspectivas sob as quais cada um vê o mundo e a medicina (VERNIA, 2006).

As dificuldades de mudanças curriculares decorrem de alguns fatores, dentre os quais: a não-percepção da relevância desta formação de Bioética por parte dos docentes; introdução de partes da disciplina, como se fosse o todo; o próprio método de ensino formal explanatório, não condizente com o aprendizado reflexivo de deliberação de fundo socrático; o conteúdo de conhecimentos ainda limitado da maioria dos profissionais que exercem a função docente, sem preparo específico nesta nova área (REGO; PALACIOS; SCHRAMM, 2005; KOTTOW, 2005).

Práxis

Vista como um sacerdócio, a práxis é a prática profissional como um fim em si (ARISTÓTELES, 2004). Complica-se na pediatria: passa de uma relação dual (médico-paciente) para uma coletiva, na qual a criança perde sua condição de cidadã. Este é ainda o ângulo dominante, tanto entre os profissionais quanto na sociedade.

Trata-se de uma visão amplamente relacionada com o próprio juramento de Hipócrates, desde o século V a.c. , assumido como diretriz principal para a boa prática: chamando os deuses gregos envolvidos nos processos de cura e poderes de curar, o médico se impregna do pensamento de ***primo non nocere*** e beneficiência e proclama o respeito a seu paciente e seu corpo físico, além do sigilo e preceitos morais, como a conduta e postura de abordagem respeitosa ao paciente (CASTIGLIONI,1947).

Enfim, a prática médica, dentro da qual se insere a pediátrica, há muito deixou de ser liberal e autônoma, com profissionais somente ligados de modo direto, aos pacientes, e com renda por eles definida, para se integrar num sistema assalariado de trabalho, diretamente, e no serviço público em grande parte, e indiretamente, através da intermediação dos planos de saúde, nos seus consultórios, com interferência na sua escolha e, principalmente, na renda e autonomia (MACHADO, 1997; SCHRAIBER, 1993).

Há mudanças amplas na práxis, decorrentes dos grandes avanços técnico-científicos, com conseqüente fragmentação do conhecimento e

especializações, aumento de conhecimento e o positivo, mas complexo empoderamento dos pacientes acerca dos direitos sobre sua saúde e participação, levando ao aumento de possíveis tensões, descrédito crescente da profissão perante a opinião pública, apesar de ainda ser grande o respeito ao médico, e mudança no próprio paciente. De todos esses fatores, além dos conjunturais e da sociedade decorrem transformações na práxis, muitas vezes geradoras de angústias.

Na área pediátrica vale ressaltar a própria revolução em curso da criança, foco central da profissão.

Assim como ocorreu, no século XVIII, o nascimento da clínica, com a mudança do modelo classificatório teórico para o modelo anátomo-patológico, e, no século XX, para o modelo de progresso técnico-cientifista, tem-se hoje um novo período de transição paradigmática da prática médica, com grande discussão sobre ética na medicina e seus preceitos e revendo a adequação e suficiência ou não do modelo hipocrático tradicional para enfrentar adequadamente essas preocupações.

Isso se dá concomitantemente com o surgimento da bioética, ao redor dos anos 70, e leva a algumas fases mais notadas nessa discussão, ilustradas por Pellegrino, segundo Almeida e Schramm(1999). São quatro estágios: primeiro, passando do modelo tradicional hipocrático, indiscutível desde a antiga Grécia até os anos 60. Segundo, de investigação filosófica com diversas teorias morais baseadas em princípios, dos anos 60 aos 80. Terceiro, o chamado anti-principialismo, em que várias teorias morais competem entre si, debatendo a prevalência do principialismo dos anos 80 e acabando na época atual. O quarto estágio, atual, caracterizado como de crise, com grande ceticismo e conflito dos conceitos, colocando-se em dúvida a existência de regras normativas éticas universais para a medicina. Assim acompanhando a evolução de mudanças paradigmáticas em curso, geradas pela insuficiência das respostas para as situações inerentes às práticas hegemônicas de uma época e cultura, apesar de novos modos de pensar ainda não estarem estabelecidos (ALMEIDA; SCHRAMM, 1999).

No momento atual, há uma insuficiência de respostas para as novas indagações, e, ao mesmo tempo, maior participação dos pacientes e seus familiares, mais familiarizados com termos e patologias médicas, mais cientes dos direitos adquiridos, e ansiosos, de modo geral, para participar do processo do atendimento médico, recorrendo cada vez mais às medicinas alternativas para fugir da medicina ocidental oficial, tecnicista e biológica por excelência (MARTINS, 2003 b).

Sob a abordagem da Bioética, tem sido extremamente valorizado o conceito de criança como ser humano de dignidade inerente e pessoa de fato ou por ascrição (LEPARGNEUR, 2002; 2004).

É necessário elevar à excelência a práxis pediátrica através da moderação, em equilíbrio entre os pólos dicotômicos de paternalismo e autonomia, estimulando a visão bioética de criança (GRACIA,1990; SCHRAMM, 1998).

O conceito de autonomia torna-se então um direito relativo, para ambos os envolvidos, paciente e médico. Sendo maior o cuidado e o compromisso com a vida.

A mudança e aquisição evolutiva dos direitos humanos de primeira e segunda geração, e tentando-se os de terceira (CORTINA, 2005) levaram a mudanças na Relação Médico e Paciente, algumas já estabelecidas no Código de Ética Médica, instrumento deontológico da classe, e também visíveis na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Este último dando voz a essa faixa etária e introduzindo conceitos bioéticos de valoração à autonomia da criança e do adolescente, por exemplo, enfatizando a necessidade de solicitar seu consentimento livre e esclarecido e respeitá-lo sempre que a pessoa for capaz de fazê-lo (BARBOZA, 2005).

Em relação à adolescência, faixa etária de 12 a 18 anos incompletos, já se teve resultados concretos com a redução da maioridade civil dos 21 para os 18 anos, permitindo o exercício de sua independência e possibilitando a emancipação de outras faixas etárias entre 16 e 18 anos, com relativização de pormenores particulares, em separado da criança legal menor de 12 anos (BRASIL, 1991;

BRASIL, 2005). Fato esse que permite a consulta e o sigilo da Relação Pediatra Adolescente, salvo em casos de conseqüência danosa ao adolescente. Mesmo assim, a particularidade dessa faixa etária e as dificuldades, até mesmo administrativas, de internar estes pacientes junto com crianças menores, ou com adultos os leva quase à orfandade, sendo necessário o resgate da atenção mais global e acessível ao adolescente, na prática diária.

Em resumo, ocorreram avanços no reconhecimento de suas particularidades, de seus direitos como pessoa, mas ainda falta um apoio adequado às fraquezas e às necessidades específicas de atenção e atendimento pediátrico.

Angústias modernas e persistentes

As angústias do pediatra são de natureza variada, algumas comuns aos médicos como um todo, como, por exemplo, a queda no status de reconhecimento à sua prática, do status social e a desvalorização da profissão médica, com conseqüentes baixas remunerações, aumento de carga e número de atendimentos, condições inadequadas e às vezes indignas de trabalho e perda da autonomia profissional, esta última, como se verificava anteriormente na práxis (SCHRAIBER, 1993; MACHADO, 1997;GOULART, 1998).

Outras dificuldades são mais específicas às especialidades clínicas gerais, principalmente decorrentes da grande mudança da Relação Médico e Paciente, um de seus pilares; a desvalorização, entre seus pares, da prática do pediatra e do clínico geral e o endeusamento de especialidades, sub-especialidades e da tecnologia(SCHRAIBER,1993).

Essas mudanças afetam em particular a Pediatria, que viu seu foco de trabalho, a criança, mudar radicalmente. Mudar nos pensamentos e atitudes vigentes, além de constituir o centro das expectativas da sociedade moderna, implicando em ainda maior cobrança de perfeição médica pelos familiares e aumento da tensão na Relação Pediatra e Criança, contextualizada com integração de sua família no encontro clínico.

As angústias da práxis pediátrica têm cunho persistente no que tange a ser esta uma prática inter-pessoal, envolvendo conceitos fundamentais da vida e seus valores subjacentes, como início de vida, sexualidade e outros relacionados a esta progressão lenta na mudança do paradigma paternalista para um ponto ainda a ser encontrado, com o respeito à pluralidade moral e à autonomia do sujeito moral que é a criança e o adolescente.

Qual é o maior benefício, quem define e quem decide?

O cuidado em se sair do paternalismo do médico sem cair no autoritarismo das decisões dos familiares, voltadas para o que é de seu interesse e não no das crianças, ou na autonomia forçada, não condizente com a maturidade. Cada decisão deve ser contextualizada para aquele momento de maturidade psíquico-emocional, individualizada para aquela criança; para isso, o pediatra tem que adquirir maior conhecimento do próprio objeto de sua práxis, a criança, e de seu desenvolvimento e amadurecimento cognitivo, emocional e moral, que lhe darão condições para adotar as soluções mais condizentes naquele determinado momento (LEONE, 1998).

2.4 - Relação Médico e Paciente

Breve histórico

Como afirmam Garrafa e Albuquerque (2001):

> *A relação médico-paciente permanece como o âmago do exercício profissional apesar da comunicação entre tais pólos se torna cada vez mais escassa, à medida que progridem os avanços técnico-científicos.*

A importância da Relação Médico e Paciente na prática clínica vem sendo recorrentemente estabelecida e estudada, como reflexo do pensamento desses autores.

Outras particularidades vão aparecendo a cada dia, como as mencionadas na revisão sistemática feita por Stewart (1995), utilizando a palavra-chave Relação Médico e Paciente, seguindo critérios de qualidade e pertinência sobre a questão-base, que era: “A qualidade da comunicação médico paciente tem um efeito importante na saúde do paciente, tanto na consulta, no momento da anamnese, como principalmente ao longo da discussão do tratamento”. Dentre vinte e um estudos encontrados na revisão, dezesseis tiveram resultado positivo.

Essa revisão mostra a importância do poder alternado e compartilhado entre médico e paciente; sugere mudanças curriculares nas faculdades médicas, com o intuito de melhorar o ensino de habilidades de comunicação e valorizar a pessoa do paciente e garante ser justificável a comunicação na Relação Médico e Paciente como função clínica central, além de recomendar mais estudos para aprofundamento do tema, inclusive qualitativos, que levarão a melhor compreensão da dimensão relacional inter-pessoal do momento clínico e da relação médico e paciente (STEWART, 1995) .

A Medicina Ocidental era humanística em seus primórdios, com o modelo hipocrático (MUNÕZ; FORTES, 1998). Ao longo do tempo foi se tornando uma ciência biológica e exata, com o modelo cientificista hegemônico, a partir do século XVIII (NASCIMENTO JUNIOR, 2003).

A ordem natural é boa na essência e a Relação Médico e Paciente também tem essa ordem (GRACIA,1990). A ordem do médico era fazer o bem ao paciente. A deste, aceitar. A beneficência, como intenção de fazer o Bem, regia e ainda rege a postura médica tradicional. O médico era soberano na tomada de decisões e na sua área, até os tempos modernos, quando se começa a questionar a propriedade do profissional como fonte única e absoluta do saber médico. A própria intenção da beneficiência e ***non nocere*** hipocrático, e o do paciente, como pessoa imbuída de seus direitos de ser informada e de decidir sobre sua saúde (SCHRAIBER, 1993; GOULART, 1998; LEPARGNEUR, 2002).

Estes questionamentos são frutos das revoluções sociais e políticas ocorridas no século XVIII, e das evoluções humanísticas decorrentes da luta pelos

direitos humanos, do movimento feminista e estudantil dos anos 1950 e 1980, com mudanças importantes dos paradigmas sobre a individualidade.

De acordo com a fundamentação de Siqueira, em 1998, a Relação Médico e Paciente seguiu as mudanças da idéia de justiça ao longo dos séculos, sendo reflexo do conceito hegemônico de cada época e adotado pelo médico na sociedade grega antiga. Sociedade na qual a justiça constituía uma propriedade natural das coisas e cada qual tinha seu lugar, em que o governante era um ser de natureza superior, assim como o médico; e a quem os inferiores, como os artesãos, deviam obediência ao soberano, como a um pai. E os enfermos obediência ao médico, figura modelo de perfeição moral, além de ser considerado um bem comum aos cidadãos, possuidor da justiça e dono do saber.

Ainda segundo Siqueira (1998), com o passar dos anos vem a idéia de Relação Médico-Paciente como uma ordem natural dentro da religião, em que a perfeição moral seria dos governantes e aos súditos cabia apenas obedecer. Aí se tem a obediência incondicional como virtude, com reflexo direto na Relação Médico e Paciente. A cada estrato social correspondia uma acessibilidade diferente aos recursos; para o médico, o médico escravo, havia uma proporcionalização do atendimento médico, justificada por lei metafísica imutável.

O mesmo caminhar do pensamento vigora no século XVII, com os ideais liberais passando pelo modelo contratual puro entre o individuo e o médico sujeito ao mercado, em conseqüência do conceito mínimo de Estado e prevalência dos direitos individuais, em que conviviam diversos modelos de assistência médica, levando a diferentes versões. De acordo com os recursos financeiros, tinha-se pagamento de honorários, livremente arbitrados pelo médico para famílias ricas, seguro privado para honrar compromissos com internamentos e despesas médicas. A maioria das pessoas pobres, sem acesso ao sistema, recorria às recém-criadas entidades beneficentes, baseadas na caridade, em que predominava uma relação de endeusamento do médico e de eterna gratidão de pacientes em miséria. A justiça era distributiva proporcional e aceita por lei natural imutável, metafísica.

O médico exercia a prática como arte muda de deuses, que espalhavam suas benesses a pacientes, que absolutamente obedientes as recebiam com extrema e comovida gratidão (SIQUEIRA, 1998).

Continuando na evolução do ideal de justiça, há a teoria alternativa de interferência máxima do Estado como base da justiça social, em detrimento das liberdades individuais, e, na saúde, um serviço público obrigatório e único oferecido a todos, conforme suas necessidades e, portanto o médico como trabalhador público exclusivo, sem autonomia não técnica. Este sistema ainda é vigente em Cuba.

Já na década de 70 do século XX aparecem duas teorias antagônicas: uma que retoma a idéia de Estado mínimo, cuja função única seria de proteção no cumprimento de contratos, e a segunda, que predominou,a de Rawls, em que se entende justiça como eqüidade e que tenta integrar as liberdades individuais aos direitos econômico-sociais e culturais para uma sociedade justa.

Nesse caminhar vai-se em direção a uma democracia com cidadania participativa e a um Estado de Justiça, passando onde o Estado social de direito, de justificativa ético-política, inclui no sistema de direitos fundamentais não só as liberdades clássicas, mas também os direitos econômicos, sociais e culturais, ou seja, a satisfação de certas necessidades básicas, e o acesso a certos bens fundamentais para todos os membros da comunidade, como um mínimo necessário (CORTINA, 2005) .

No Brasil, a influência na medicina foi densa e baseada em diferentes trabalhos no âmbito da justiça sanitária. Há o grupo de defensores do estabelecimento do Estado neoliberal mínimo, sujeito às regras de mercado, e há os que defendem a saúde como um bem fundamental que deve ser oferecido, pela democracia participativa, a todos (macrobioética) e não para a maioria (ética utilitarista).

Tem-se a influência do mercado de planos de saúde, capitalistas, influenciados pelo principialismo americano, com sua base prática e se isentando de

qualquer responsabilidade cívica em relação às desigualdades sócioeconômicas e culturais.

Por outro lado, tem-se um avançado sistema de atendimento, o Sistema Único de Saúde (SUS), bem pensado e legislado, mas com graves dificuldades de implantação e funcionamento. Sistema em que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado, segundo o amplo conceito da OMS, de 2000, respeitando a todos, e visando a eqüidade da sociedade, tanto no acesso quanto na prestação de atendimento.

Paternalismo médico

Segundo Munõz e Fortes (1998), o paternalismo médico: É a interferência do profissional de saúde sobre a pessoa autônoma. Se origina no próprio modelo hipocrático, onde o médico tem como dever aplicar o Bem, sem consultar o paciente.

A Relação Médico e Paciente refletia a visão paternalista[4] verticalizada da época e está em processo de mudança para a valoração do paciente como sujeito e não objeto;na realidade, uma relação interpessoal entre dois sujeitos morais, dotados de razão, vontade própria e valores morais (GRACIA, 1990; LEPARGNEUR, 2002; KANT, 2004).

A criança tem essa característica, quer de fato, quer por ascrição, tornando-se, portanto, um sujeito moral (LEPARGNEUR, 2004).

Na área pediátrica, a Relação Pediatra e Criança ainda passa, na práxis hegemônica, pelo responsável pela criança, pois na formação tradicional não se considera a criança como sujeito moral e competente gradativamente na compreensão, informações e para a tomada de decisões. Esse aspecto será abordado em seguida.

[4] Classifica-se paternalismo em graus: Paternalismo forte “strong” e não justificado – restrição da liberdade; Paternalismo duro “hard” – restrição ou violação da autonomia do paciente; Paternalismo brando “soft” – envolve meios retóricos de convencimento do paciente para decisão médica; Paternalismo mole “weak” – uma forma de duro justificado. (HARRISON *apud* SCHRAMM, 1998).

2.5 – Respeito

Vários conceitos são atribuídos à palavra respeito. Entre tantos citados, enfatiza-se a honra, consideração, dignidade e aceitação das diferenças (MICHAELS, 1958; FERREIRA, 2005).

Não é diferente o sentido explícito no dicionário de filosofia Lalande, (1999), em que se destacam como interpretação filosófica do termo: o reconhecimento, a aceitação e tolerância às diferenças.

Tais conceituações e interpretações filosóficas não se distanciam do objeto dessa dissertação; o princípio Respeito, ou simplesmente Respeito.

Respeito é algo que se sente intimamente e aflui como palavras, mas principalmente como atitudes, perante si mesmo e para com o outro.

Outro quem? Outro ser vivo igual em sua dignidade intrínseca própria da humanidade, o homem como um fim em si mesmo (LEOPOLDO e SILVA, 1998; GRACIA, 2002; KANT, 2004).

Principia do auto-conhecimento e percepção de sua importância como ser único e singular, não vinculado a papéis que a sociedade impõe, como profissões, ocupações e classes sociais. Cada um nasce com essa característica inerente à condição humana, porém depende também de estímulos emotivos de seu entorno para florescer com mais tranqüilidade e se fazer perceptível aos olhos do próprio indivíduo (SAMPAIO, 2005).

Se uma pessoa for repetidamente encarada como sem valor, indigna de consideração, diminuída no seu potencial de ações e, conseqüentemente, desvalorizada nos resultados, principalmente por seres ligados a ela de modo afetivo ou profissional, isto irá interferir em sua auto-estima, respeito por si, e nublará sua própria percepção de dignidade e auto-valor.

Ao contrário, se a pessoa é continuamente incentivada por gestos de carinho, palavras encorajadoras e genuinamente lisonjeiras à medida que aprende novas coisas e adquire novas habilidades cognitivas e motoras, introjeta uma confiança de auto-valoração e a auto-percepção vem mais naturalmente e seu respeito por si é centro-projetado.

Claro que, também nesse caso, o caminho do auto-conhecimento é longo e contínuo, mas o auto-respeito já oferece um ponto de partida mais consistente.

A criança tem esse senso de valoração de si, vai sendo moldada de modo parcial, externamente, pelos medos e limites dados pelos adultos. Portanto, a idéia existente, na antiguidade grega, de que as crianças e mulheres não eram seres dignos, não condiz com o pensamento atual, em que se considera todos os seres humanos dignos de respeito e donos de direitos universais condizentes com sua condição humana (ONU, 1948; Brasil, 2001).

Sob esse ângulo, homem primeiro se volta para si, se conhecendo e se estimando, para então se influenciar pelo externo no seu desenvolvimento, ou seja, tem um momento de introversão inicial.

Diferentemente desse ângulo, a noção de Respeito, segundo muitos filósofos e pensadores, é a de que só existimos pelo outro, por não sermos sós, pelo reconhecimento do outro e de nós mesmos nele (BUBER, 2003; BOFF, 2006b).

Deve-se enfatizar que, consolidando esse segundo ponto de vista, Buber crê que só há Eu na relação Eu-Tu e, de modo incompleto, na interseção Eu-Isso. Destaca que só existe o Eu na simbiose do Eu-Tu. Não existe o Eu em si; então, sempre que se profere palavras, está-se escolhendo se se entra no mundo das relações entre Eu e outro (Eu-Tu), na qual não há domínios e, sim, reciprocidade e totalidade de inter-conhecimento, ou em um mundo de experiências que ele identifica com possuir e incompletude do Eu-isso. Na primeira hipótese tem-se a dignidade humana inserida com cada ser, com sua singularidade e unidade inviolável e compartilhada; na segunda, tem-se as dependências de uma interação,

sempre em referência às demais, já que são coisas e objetos de interesse e não pessoas singulares.

O ser que opta conscientemente pela inter-relação também terá algumas interações com objetos, coisas de desejo, como aquisições materiais, porém não esquece nunca que o seu mundo é o das relações entre Eu e Tu; “o Eu se realiza na relação com o tu; é tornando eu que digo Tu” (BUBER, 2003).

Na perspectiva de Buber (2003), a sociedade moderna se apresenta como “uma massa de unidades humanas sem relação entre si, isto é, a ausência de relação, que se tornou evidente no homem moderno”. Quer dizer, ele interpreta a sociedade ocidental atual como um mundo de experiências, de Eu-Issos, sem relações e reciprocidade entre as pessoas, sem reconhecimento de sua totalidade e singularidade, o contrário do que entende ser a riqueza da vida humana.

Se não se entende cada ser como íntegro em si, e digno de Respeito, não se estabelece esse sentimento em cada pessoa e não se tem o Respeito como uma virtude a ser reconhecida, valorizada e cultivada.

Assim, o que se tem atualmente como predominante é o desrespeito, a não inter-relação, diz Buber (2003), em relação ao mundo ocidental.

Talvez essa ocorrência faça parte do que foi anteriormente assinalado sobre a grande crise mundial de valores e de ética, a premência em se discutir como resgatá-los e como educar para o resplandecimento de valores como guia de ações, mesmo que não sejam exatamente os mesmos e com a mesma interpretação de outros tempos mais uniformes, culturalmente falando (MONDIN, 2005; FREIRE, 2006).

O movimento da Bioética tenta estabelecer o diálogo como meio de convivência e aceitação da pluralidade de culturas e diferenças entre sociedades diversas, mas entrelaçadas (GRACIA, 1990; BOFF, 2006a; 2006 b).

Quando Buber fala das relações, não diferencia adultos de crianças, mulheres de homens, pobres de ricos, pois a existência do Eu não é dependente dessas particularidades e, sim, da condição humana. Aí está a essência do respeito a todos como iguais e fundamento dos grandes debates filosóficos sobre o conceito de pessoa.

Pessoa como ser humano com racionalidade e poder de decisão voluntária, portanto, detentora do livre arbítrio como resultado desse poder racional de decidir (ENGELHARDT, 1998).

Ou pessoa como ser com tal capacidade real ou por ascrição, que é a probabilidade e potencialidade de adquirir essa racionalidade (LEPARGNEUR, 2004).

Ou ainda pessoa como ser humano que tem sua dignidade reconhecida, não vinculada de qualquer modo à consciência, racionalidade ou autonomia, no sentido mais usado de decisão consciente do termo (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002; BUBER, 2003; BOFF, 2006 b). Enfim, Respeito, dignidade e pessoa em profunda simbiose, independentemente de classe social, raça, religião ou de outros fatores.

Já Aristóteles não encarava o tema dessa forma. O conceito de pessoa, na época, e o Respeito que lhe era devido, referiam-se apenas a homens jovens guerreiros, ainda justificados em suas irracionalidades como não conscientes, e homens de maturidade cronológica considerados de meia idade, o ápice do ser humano em suas virtudes cardeais de coragem, prudência, temperança e justiça (ARISTOTELES, 2004).

A infância não era considerada na sociedade grega, não existia como realidade. Em sua representação humana, a criança era vista como os loucos: seres irracionais, sem qualquer lógica ou pensamentos, e sem uso; as mulheres equivaliam, ou talvez nem atingissem o mesmo patamar dos escravos, objetos de posse e usofruto dos homens maduros, para seu bem-estar.

Conseqüentemente, não havia Respeito e dignidade para com os párias da sociedade grega. Conforme foi mudando o próprio conceito de criança, esse ser humano foi adquirindo seu reconhecimento como tal perante a sociedade, e sendo contemplado com novos olhares de consideração. Mesmo assim, ainda vigora, na compreensão de muitos, a idéia de que a criança e o adolescente não são racionais em nada, e sim, total ou parcialmente incapazes de qualquer escolha, e, como tal, sujeitos às escolhas e decisões de seus guardiões legais, com necessidade de total proteção. Por outro lado, já existem movimentos visando uma mudança conceitual que reflete na prática das relações Eu–Tu, com a pessoa criança digna de respeito à sua humanidade e às suas idéias e racionalidades próprias.

Como a implementação prática da lei baseada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1991) tem sido morosa, típica das mudanças comportamentais em uma sociedade grande e complexa, este caminho tem sido percorrido lentamente.

Dentro dessa temática do Princípio do Respeito, o movimento do neo-aristotelismo abrange os conceitos e a filosofia primordiais de Aristóteles, da virtude como característica de caráter e exercitada nas atitudes e como meio de busca pela felicidade que todo ser almeja. Porém, englobando a evolução do próprio pensamento da humanidade, e assim tratando todos os seres como dignos de Respeito (CORTINA, 2005).

Paulo Freire, reconhecido mundialmente pela inovação de seu pensamento e método de ensino, já refletia que:

> *Mais que um ser no mundo, o ser humano se tornou uma presença no mundo, com o mundo e com os outros. Presença que, reconhecendo a outra presença como um' não-eu 'se reconhece como 'si própria*' (FREIRE, 2006).

Assim, ele concorda com Buber (2003), tanto na dignidade intrínseca das pessoas como na igualdade entre elas e no mundo de relações, mas diverge no auto-reconhecimento como separado do Outro.

Freire (2006) também lida com as mesmas questões quando torna inseparável o homem e sua realidade, além de igualdade na humanidade. Considera o Respeito como condição da inter-relação com a realidade, sem conformidade, das desigualdades sociais e culturais e adequação a estas do processo de alfabetização do adulto, valorizando a sua identidade e objetos de seu dia-a-dia. Ainda discorre amplamente sobre a ética universal do ser humano, ética como inseparável de atitudes, e educação como processo de engrandecimento da obra inacabada, que considera o ser humano sempre em formação e transformação, e o próprio processo de aprendizagem-ensinar como uma troca de conhecimentos e inseparável do "ser responsável e ético, cuja transgressão é possível, mas jamais uma virtude" (FREIRE, 2006).

O Respeito está inserido na Ética das Virtudes. Um médico virtuoso deve ter por predicado ser respeitador. Ter a capacidade de valorar a Outra pessoa em sua dignidade, suas crenças e valores diversos, sua expressão dos mesmos, sua capacidade intelectual e emocional para criar uma relação de iguais com aprendizado mútuo e bem-estar, visando à felicidade como último ideal, e o cuidar no momento da relação profissional (BOFF, 2005 a).

Respeito é um conceito complexo, com muitas faces que se completam, como a tolerância às diferenças e a aceitação da pessoa como ela é, e não obrigatoriedade de identificação total de atitudes,refere Gracia, relacionando-o ao próprio imperativo categórico de Kant, em que o homem vale por si, por sua condição intrínseca, ou seja, como um fim em si (GRACIA, 2002; KANT, 2004). Compreendê-lo como tal deveria ser condição "*sine qua non*" na Relação Pediatra e Criança.

Para que haja Respeito na Relação Pediatra e Criança, e se ter uma boa qualidade da mesma, são necessárias algumas condições mínimas inseparáveis do profissional: que se mantenha disponível e escute, atento também para perceber e emitir sinais de comunicação não verbal, através de olhares e atitudes, tanto da criança quanto as suas próprias, evitando os estereótipos pré-concebidos sobre o paciente, em relação à sua doença (SILVA,2002). Pois aí está a falácia desta relação.

O médico não deve assumir uma posição autômata, e, sim, estar predisposto à humildade, a ouvir e tentar entender a singularidade de cada paciente (MANITTA, 2005).

O Respeito na Relação Pediatra Criança é decorrente de uma mudança moral de paradigma (GRACIA, 1990; ONGINI, 2005). Constitui um novo olhar, no qual a criança deve ser ouvida em suas queixas e decisões, dentro do limite de sua competência cognitivo-emocional-moral daquele momento (PIAGET *apud* LEONE, 1998; GRACIA, 1998; BARBOZA, 2005).

Ou seja, passa-se a uma relação entre sujeitos, e não sujeito (médico) – objeto (paciente), de mais horizontalidade e tendendo à simetria. Em contraponto ao pensamento de que se muda o princípio teórico vigente de beneficiência para o de autonomia como mais contido na relação, diria que, ao ser observado o respeito na relação entre o pediatra e a criança, busca-se equilibrar forças entre o princípio da beneficiência e, visto aqui na visão paternalista hipocrática, o exercício da autonomia da criança em seus valores e sua competência (MUNÕZ; FORTES, 1998; LEPARGNEUR, 2002; KANT, 2004).

Contudo, a própria profissão médica envolve, na sua prática, a intenção de fazer o Bem aos pacientes fragilizados e nem sempre capazes de exercer sua autonomia na plenitude. Para Aristóteles, o que deve ser feito é permanecer no meio termo, a justa medida (ARISTÓTELES, 2004). Não obstante, sem o médico abster-se de sua responsabilidade em decidir compartilhadamente (GRACIA, 1990).

Tal compartilhar deve ser usado também na prática pediátrica. Na forma de instrumento concreto de mudança na relação, com valoração do paciente como sujeito moral, de acordo com sua fase de desenvolvimento psíquico-cognitivo-emocional e de exercício da autonomia relativa do mesmo. Considerando que este consentimento livre e esclarecido é contextualizado, renovável e revogável (COUTINHO, 2005).

Evidencia-se, assim, que o Respeito é pouco valorizado em geral. Por isso, é crescente a interpretação do Princípio de Justiça como Eqüidade, por ser um princípio social e, portanto, político. Nele, os desiguais são tratados de modo desigual, quer dizer, são favorecidos os mais necessitados nos âmbitos sócioeconômico-cultural e até mental, para que sejam levados a um patamar de igualdade e possam exercer sua autonomia, agora entre iguais, no qual o Princípio do Respeito tornar-se-ia soberano (SIQUEIRA, 1998; CORREIA, 2002; SCHÜTZ; SCHRAMM, 2005; SCHRAMM, 2005).

3 – APRESENTANDO E JUSTIFICANDO O OBJETO DE ESTUDO

3 – Apresentando e justificando o objeto de estudo

Ao longo desse processo de mudanças, passa-se da visão de criança como "não ser", definida por antítese das características do adulto ancião, para a de criança em estado de neutralidade; posteriormente, a criança passa a ser valorada por suas características próprias e pela idéia romântica do ser inocente e ingênuo, com necessidade de proteção em todos os aspectos de sua vida.

A partir dessa época, nos séculos XVIII e XIX, a criança já se torna o centro da estrutura social, mas não é vista ainda como pessoa de direitos e racionalidade. Na segunda metade do século XX, principalmente a partir da década de 80 e na atualidade, por conta do crescente número de legislações internacionais e reforma nas constituições de várias nações, a criança passa a ser considerada como pessoa de direitos civis, humanos e morais e, como tal, devendo ser respeitada em sua dignidade, e com capacidades cognitivo-emocionais e sociais de aquisição progressiva, de acordo com sua maturidade singular.

Neste sentido, vale ressaltar a Declaração de Mônaco (SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE A BIOÉTICA E OS DIREITOS DA CRIANÇAS, 2000), sobre os direitos da criança, com os signatários se comprometendo a implementar várias normatizações para o real Respeito à criança e à sua dignidade .

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente, publicado em 1990 e sancionado logo após, como a lei n. 8069, representa um substancial avanço neste tema (BRASIL, 1991).

Observa-se, portanto, que está ocorrendo uma mudança relativa ao olhar sobre a criança, de Ser totalmente incapaz, para criança vista como pessoa. No âmbito da Bioética, esta mudança sobre a criança se exprime no acesso a informações e participação em decisões que concernem a ela.

As mudanças, embora ocorridas de forma flexível e secular, no âmbito filosófico, têm se refletido na área da saúde, na formação acadêmica dos profissionais e cuidadores e já são observadas por muitos, na práxis pediátrica(ALMEIDA;SCHRAMM, 1999; VEIGA; BATISTA, 2006; VERNIA, 2006).

Sua consolidação na sociedade acadêmica deve ser fomentada através do debate em todos os seus níveis, da graduação à pós-graduação, assim como na educação continuada extra-muros universitários,partindo das novas concepções - a valoração da criança como pessoa a ser respeitada em suas características e potencialidades. Esse trabalho de conscientização é mister de uma nova geração, de um novo século.

Esses debates têm incentivado a realização de pesquisas com abordagem social, voltadas para as relações humanas. O pediatra é formador de opinião na área de saúde e perante a família da própria criança, sendo seu conhecimento fundamental para uma atuação profissional de excelência e de valorização da Relação Pediatra e Criança, vez que ela faz parte de um dos tripés básicos da boa práxis, que são: a anamnese, o exame físico e a Relação Médico e Paciente.

Em conclusão, considerando as mudanças em curso nos fundamentos da práxis pediátrica com a abordagem Bioética, dos próprios conceitos de criança, dos paradigmas implícitos na Relação Médico e Paciente, comumente identificados com: Beneficiência – médico; Autonomia – médico e paciente; Justiça – sociedade;

torna-se relevante a observação desta práxis e, nela, dos profissionais envolvidos, para melhor compreensão dos progressos referidos e suas conseqüências na práxis.

Assim, usando a abordagem Bioética em sua vertente mais fundamentada no olhar ético-filosófico da Ética das Virtudes, focalizei como objeto de estudo desta pesquisa a percepção de pediatras sobre o Respeito na sua relação com as crianças. Entenda-se aqui a palavra Respeito, no meu entender, como um dos princípios fundamentais, imutáveis, intrinsecamente relacionado ao íntimo da pessoa de valor moral, do Bem.

4 - OBJETIVOS

4 – Objetivos

4.1 Geral

– Descrever aspectos sobre o Princípio do Respeito na Relação Pediatra e Criança a partir da percepção do profissional.

4.2 Específicos

– Percorrer as visões de pediatras sobre o Respeito na Relação Pediatra e Criança.

– Identificar convergências e divergências teórico-práticas relativas ao princípio do Respeito.

5 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

5 – Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi submetido, para registro e análise, ao Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo seres humanos (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o número 318/2005, sendo aprovado em 08(oito) de fevereiro de 2006.

6 - CAMINHOS METODOLÓGICOS

6 – Caminhos metodológicos

6.1 – Escolha teórica da metodologia qualitativa

O método qualitativo, até de um modo imperativo, pela natureza do recorte e abordagem escolhidos para tratamento do assunto, foi o selecionado para o estudo.

A preocupação sobre os valores e atitudes existentes ou não na pessoa do médico pediatra em relação ao paciente, levou a esse exercício intelectual, para, a partir daí, tentar contribuir não só com a exposição da problemática, mas também, entendo-a melhor, facilitar caminhos para melhor solucioná-la ou minimizá-la. Por ser essa uma de suas prerrogativas, a pesquisa qualitativa se fez presente (LÜDKE; ANDRE, 1986).

Esse tipo de abordagem dá margem à percepção não só do conteúdo em si das falas e fatos observados na pesquisa em campo, mas principalmente do significado oculto no discurso, espelho dos pensamentos e conceitos que levam à sua expressão e, em conseqüência, às atitudes, decorrentes da prática em observação.

O método permite a análise da fala individual, assim como a interpretação dos dados obtidos , semelhanças e divergências do grupo em estudo com uma prática profissional em comum (RIVOREDO, 2005; TURATO, 2005).

Nesse caso representado pelo pediatra, quanto à sua percepção do Princípio do Respeito na relação profissional com a criança.

> *A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares... Trabalha com universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 1994).*

Como em todo e qualquer método, este apresenta limitações, principalmente de origem teórica. Ao ser escolhido um referencial teórico para dar poder explicativo aos resultados, opta-se pela valorização de alguns aspectos em detrimento de outros (BRASIL, 2001).

Também os instrumentos de coleta têm suas limitações, como a do tempo limitado na observação participante que já se particulariza na etnografia médica como sendo mais breve, mas, ainda assim, pode levar a um estranhamento inicial dos participantes à situação proposta, o que poderia ser diluído em um intervalo ideal maior; sem esquecer que, pelo fato de pertencer ao grupo profissional, poderia levar a um constrangimento por parte dos voluntários.

Garantindo-se a estrutura adequada dos instrumentos de coleta,no qual o roteiro tinha recursos para solucionar o que acontecesse, tentou-se superar tais obliqüidades com perguntas para resgate das percepções circulantes sobre o tema em questão, e através da postura de distanciamento do papel de colega para o de pesquisadora com os voluntários, para superar a situação e,até torná-la uma vantagem. O envolvimento do entrevistado com o entrevistador é visto como condição de aprofundamento de uma relação subjetiva, ao invés de um risco, ou seja, valoriza-se a empatia inter-pessoal para tratar de um tema (MINAYO,1992).

“A pesquisa qualitativa tem seu ambiente natural como sua fonte de dados e o pesquisador como principal instrumento, compondo o chão em que indução e subjetividade têm destaque“ (MOYSES; COLLARES, 2005*).*

6.2 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de caráter social na área de saúde, tendo em seu âmago a Relação Médico e Paciente, este último representado pela criança.

Versa sobre uma realidade que não pode ser quantificada: a percepção do Princípio do Respeito, ou seja, trabalha com um: "universo de significados" (MINAYO, 1992).

É um estudo descritivo que busca preencher lacunas no conhecimento sobre o assunto na literatura atual; literatura que, na maioria das vezes, não se origina no plano teórico e, sim, no questionamento e compreensão de processos que ocorrem em um grupo ou instituição (ALVES–MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2001). Questionamento esses derivados das inquietações e angústias no dia- a- dia profissional da pesquisadora.

Como técnica de pesquisa de campo, aplicou-se o método de triangulação, no qual o discurso do entrevistado é posto em acareação com suas atitudes.

A literatura nacional e internacional explicita a importância da Relação Médico e Paciente na clínica e o fato dela ser complexa e composta não só pelo ato tecnicista em si, da anamnese, exame físico, diagnóstico e tratamento com prescrição médica, mas também, de modo muito significativo, pelas crenças, valores, princípios e concepções subjacentes do próprio pediatra e da criança (ISMAEL, 2002; CAPRARA; FRANCO, 1999; ACCIOLE, 2003).

> *A aproximação de práticas pelas abordagens qualitativas permite a criação de quadros de referências que, analisados pela interpretação de dados qualitativos, conformam as atitudes mentais com relação a essas práticas (RIVOREDO, 2005).*

Considerando o que foi afirmado, optei pela análise qualitativa do material utilizando referencial teórico da bioética.

6.3 Contexto do estudo

A pesquisa foi realizada em serviço de saúde de pronto-atendimento e internamento pediátrico da rede pública da Prefeitura Municipal do Recife, o qual atende a uma população desfavorecida sócio-economicamente. O local tem espaço físico relativamente compacto, apesar de contar com vários setores, mencionados a seguir.

Setor de prestação direta e indireta de serviços à população infantil internada: sete enfermarias de internamento, com quarenta e oito leitos no total, banheiros infantis, solário, além de posto de enfermagem, sala de prescrição, farmácia interna, serviço de lactário, copa, lavanderia e sala de punção de veia periférica.

Setor de atenção aos familiares, cadeira de descanso para acompanhantes ao lado dos leitos, banheiros, refeitório e fumódromo externo.

Área administrativa, com a diretoria, assim como a sala do núcleo de vigilância epidemiológica e controle de infecção hospitalar e sala de telefonia. Em uma pequena área, a coleta e seleção de recicláveis, expurgo e cilindros de oxigênio da rede tubulada e costura.

Há também uma sala de estar para médicos e dois quartos com banheiro, descansos feminino e masculino para funcionários.

A área de atendimento externo tem dois consultórios médicos de pronto atendimento, com quatro escrivaninhas para escrever e somente três macas de exame; sala de serviço social, vacinação; recepção do pronto atendimento. Sala de espera, com bancos e televisão, banheiros; e posto de enfermagem.

A maioria das salas é climatizada, mas com problemas na manutenção da climatização.

Uma média de duzentas crianças é atendida em 24 horas. Conforme a sazonalidade das doenças na pediatria, este atendimento pode chegar a quatrocentos e cinqüenta. No ano de 2006, foram geradas 17.795 fichas de atendimento no pronto atendimento, sendo que quase toda consulta gera um ou dois retornos, multiplicando o número real de consultas por três. Em média, os atendimentos correspondem a quatro minutos e meio por criança. As crianças atendidas são procedentes do município do Recife, mormente de oito bairros, assim como de municípios vizinhos. A faixa etária atendida vai de recém-nascidos a 12 anos, inclusive.

O referido serviço médico foi disponibilizado ao público em 1962. Portanto, já tem uma tradição no atendimento pediátrico no município, com revitalizações realizadas tanto em sua estrutura física, através de benfeitorias em instalações quanto no tocante ao programa de humanização dos serviços de saúde da Prefeitura Municipal do Recife. Foi escolhido para o estudo por ser considerado um modelo consistente para o que se propõe a dissertação, adequado à análise focada em uma comunidade de profissionais com realidade de atuação que se assemelham, dentro do contexto Relação Médico e Paciente.

6.4 Seleção dos sujeitos da pesquisa

O quadro de recursos humanos do local do estudo, inclui funcionários de diferentes categoria: uma parte dos funcionários tem vínculo de diarista, trabalhando diariamente, sem esquema de plantões, e parte é plantonista.

Inicialmente foram selecionados os participantes do corpo de profissionais pediatras plantonistas atuantes na área, alocados na instituição escolhida para o estudo.

Constituíram critérios de inclusão: o fato de pertencer ao corpo de profissionais pediatras plantonistas da instituição e o assentimento na participação da pesquisa; como critérios de exclusão: estar afastado do plantão no momento da

pesquisa, não ter vínculo do tipo plantonista, ser plantonista do serviço há menos de seis meses.

A seleção foi, portanto, intencional para incluir participantes adequados à aquisição de informações iniciais para deliberar sobre os objetivos propostos.

Seguiu-se da disponibilidade do participante em realizar a entrevista no próprio hospital (**in loco,** como dito ser o preferencial na pesquisa qualitativa, para captar sentimentos e situações no local do estudo).

Foi priorizado o horário de descanso, durante a jornada de trabalho, sendo a maioria realizada no “meio” do plantão, tanto no diurno quanto no noturno. Sendo assim, a pesquisadora se fez disponível nos mais variados plantões, tanto noturnos quanto diurnos e em fins de semana, buscando abranger a possível diversidade desse grupo profissional.

A característica do grupo entrevistado, por sua atividade profissional no sistema de plantão, acarretou algumas dificuldades, como a não disponibilidade físico-emocional-mental do participante, às vezes postergando para outras datas as entrevistas, no período de maior carga de atendimento de pacientes, (março a junho),constituindo um fator de grande influência na realização das entrevistas e, conseqüentemente, na maior duração da pesquisa de campo.

A inclusão de novos participantes encerrou-se quando se observou uma redundância das informações, a chamada saturação ou esgotamento da amostra, propiciando ***a priori***, um delineamento do quadro empírico da pesquisa (MINAYO, 1992).

Apesar de não ser necessária a quantificação dos participantes, para maiores esclarecimentos vale informar que foram treze os pediatras entrevistados.

6.5 Entrada em campo

A entrada em campo foi de abordagem direta a um profissional pediatra; nesse momento, ocorreu um percalço: uma recusa. Ao iniciar a explicação sobre o estudo, o voluntário recuou no consentimento, pelo fato da entrevista ser gravada. Reconhecida a inadequada ou imatura postura à entrada de campo, provavelmente pela falta de uma "aproximação com as pessoas elegíveis para o estudo", de forma gradual, e destacando a apresentação da proposta do estudo ao grupo envolvido,foram suspensas temporariamente as entrevistas,para melhor adequação do modelo. Com uma re-entrada em campo, após exposição escrita do estudo, suas etapas e regras ético-legais em local amplamente acessível, observando uma aproximação mais gradual e consolidando a relação de respeito, foi iniciada a pesquisa de campo que durou cinco meses, de março a agosto de 2006. Do total de pessoas contatadas, houve quatro recusas e um adiamento, por três vezes, o que levou à não exclusão deste pediatra, por ter sido atingido o critério de saturação de fala com redundância sobre o recorte principal do tema, já não se fazia mais necessária (MINAYO, 1992).

6.6 Instrumentos para coleta de dados

A pesquisa qualitativa prioriza mais de um instrumento de coleta como forma de obter maior validação do estudo com triangulação (re-confirmação cruzada) dos dados, permitindo maior apreensão dos significados e subjetividade dos fenômenos estudados (MINAYO, 1992; ALVES-MAZZOTTI, GEWANDSZNAJDER, 1998),

A técnica de entrevista é a mais usual na pesquisa qualitativa, permite obter informações da própria fala do sujeito pesquisado. A palavra é a expressão da comunicação por excelência e a fala exprime, consciente ou inconscientemente, as crenças e sistema de valores e condições estruturais, tornando-se a base da pesquisa qualitativa (MINAYO, 1992; RIVOREDO, 2005).

Dentro dessa perspectiva, por querer descrever a adoção do Princípio do Respeito na Relação Pediatra e Criança, a partir da percepção do profissional; explorar as visões destes sobre o Princípio do Respeito e contribuir para a excelência da práxis, o instrumento de coleta de dados escolhido para essa dissertação foi a **entrevista individual semi-estruturada.**

E, com o objetivo de triangular os dados obtidos, recorreu-se à **observação participante,** por contribuir para a observação das congruências e incongruências entre o discurso e a prática dos entrevistados, ou seja, permitir a comparação do discurso do entrevistado com as suas atitudes.

Entrevista individual semi-estruturada

De acordo com Cruz Neto (1994), a entrevista individual deve ser entendida como "uma conversa a dois com propósitos bem definidos".

A forma semi-estruturada foi a escolhida para permitir a manifestação do entrevistado com intervenções delimitadoras por parte do entrevistador para o foco do estudo através do roteiro norteador, sem cercear o modo, a ordem e a importância diversa que cada entrevistado dará a diferentes aspectos do tema em questão. (MINAYO, 1992). O primeiro instrumento de pesquisa foi então a **entrevista individual semi-estruturada.**

As entrevistas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora. Tiveram duração média de 40 minutos de gravação corrida. Foram realizadas em duas salas climatizadas, com acesso restrito relativo. A gravação foi realizada em mini-fitas k7 das marcas Sony e Panasonic, com mini-gravador Panasonic.

O roteiro temático norteador foi composto de três campos de ação. São eles:

- I - Periférico
- II - Bem-estar físico e mental
- III - Conceitual

Dentro do primeiro campo (I) abre-se espaço aos seguintes itens:

- 1 - Estado de ânimo
- 2 - Lazer
- 3 - Atividade física

No segundo campo (II), observa-se:

- 1 - Condições de atividade profissional
- 2 - Local de trabalho e relações humanas
- 3 - Situação de estresse

Por fim, no terceiro campo (III) de ação do roteiro temático, destacam-se:

- 1 - Compreensão do termo Respeito
- 2 - A práxis da compreensão na Relação Médico e Paciente

Fechando com um terceiro item quanto à visão da criança sobre o Respeito sob ótica do pediatra.

Esquematizando, para um melhor entendimento:

- Entrevista semi-estruturada
- Roteiro temático norteador

Quadro 1 – Campos de ação e abordagens do roteiro temático norteador

Campos de ação	Níveis de atuação ou abordagem
Periférico	Estado de ânimo Lazer Atividade física
Bem-estar físico e mental	Atividade profissional Local de trabalho e relações humanas Situação de estresse
Conceitual	Compreensão do termo Respeito Práxis e Compreensão (“acareação”) A visão da criança sobre Respeito na ótica do pediatra

A entrevista foi finalizada com um resumo da fala, revista a interpretação correta das falas, com confirmação imediata do entrevistado.

Observação participante

O segundo instrumento de coleta de dados permite “obter informações sobre a realidade dos atores sociais obtidas em seus próprios contextos” (MINAYO, 1994).

A observação foi realizada no local e no contexto da própria práxis do sujeito participante do estudo, com inserção do pesquisador no cotidiano da mesma, com o objetivo de perceber diretamente o fenômeno em estudo para obter informações, pela anotação em diário de campo, das falas, atitudes e intercorrências de situação, buscando captar variedade de ocorrências que não são obtidas através de perguntas em entrevistas, (CRUZ NETO, 1994)

Neste caso, a observação foi realizada no Serviço de Saúde de Pronto Atendimento e Internamento Pediátrico onde nós, voluntários e pesquisadora, trabalhamos. Vale ressaltar que, ao exercer papel de pesquisadora, deixei claro, para mim mesma e para o grupo, minha relação como sendo restrita ao momento da pesquisa, no que tangia ao objeto de pesquisa. Para isso, realizei anotações em diário de campo, no que concerne às falas, atitudes e intercorrências das situações.

Dentre as limitações da técnica empregada destaca-se o tempo curto da observação participante para cada voluntário, mas já é aceita na área de etnografia médica, pela própria restrição do tempo dedicado à consulta médica.

No que se refere às vantagens do método, podem ser mencionados o registro das respostas verbais e de atitudes, além de propiciar a observação do entorno dos voluntários assim como do ambiente onde em que se processa a Relação Médico e Paciente,instância do objeto do estudo.

6.7 Análise e interpretação do material

Optei pela análise qualitativa do material, seguindo a seqüência lógica da procura de significados e dando ênfase a cada testemunho, inserindo o referencial teórico oriundo da Bioética, linha de pesquisa dessa dissertação, para análise, interpretação e discussão do material.

A análise dos dados foi feita pelo método de análise de conteúdo, segundo Bardin (1977):

> *Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.*

Com a adaptação de Minayo (1992) sobre a análise de conteúdo de Bardin(1977), em que se leva em conta não só o texto da fala, mas também uma certa contextualização, de acordo com a situação histórico-sócio-cultural em que vive o sujeito de pesquisa e suas relações.

São as fases cronológicas da análise de conteúdo: fase de pré-análise; fase de exploração do material; fase de resultados, interpretações e inferências (RODRIGUES, LEOPARDI, 1999).

Fase de pré-análise

Na fase de pré-análise, a de organização do material colhido, através de leitura flutuante,tive um primeiro contato com os documentos. A partir das primeiras impressões, pesaram de forma contundente. Os documentos os que teriam pertinência para o assunto (servindo de fonte de informação) foram separados, de acordo com os critérios estabelecidos, de modo a poder dispor documentos obtidos por igual técnica, constituindo o *corpus* do material.

Após essa etapa, é permitido até uma análise seqüencial, com formulações de pressupostos provisórios e objetivos, no intuito de direcionar a análise, diferentemente da pesquisa quantitativa, na qual o tempo de análise só se inicia após a conclusão da coleta. Utilizei esta particularidade para analisar, através da leitura flutuante, as duas primeiras entrevistas e modificar a profundidade de questionamentos sobre tópicos levantados pelos entrevistados, como a formação dos pediatras na graduação e na pós-graduação, a escolha da profissão e outros. Em uma segunda etapa fiz a digitação literal do conteúdo das entrevistas e do observado, ou falado, na observação participante. ”São dados brutos, descritivos, que serão posteriormente tratados e interpretados com as inferências ao referencial teórico escolhido, quando serão explicativos (POPE; ZIEBLAND; MAYS, 2005)”.

Fase de exploração do material

Na fase de exploração do material, procedi à sistematização das decisões, com codificação por unidade de registro.

Escolhi, como unidade de registro, o tema: “a afirmação acerca de um assunto” (BERELSON apud BARDIN, 1977). No caso dessa dissertação, o Respeito. O tema é muito usado para estudo de motivações de opiniões, atitudes, valores e outros.

Realizei a leitura exaustiva dos textos obtidos nas falas dos entrevistados. Destaquei os núcleos de sentido das falas nas entrevistas, pertinentes ao objeto de pesquisa, em inúmeros movimentos de “vai e vem” característicos, para dar significado aos temas baseados no referencial teórico da bioética, com sua corrente da Ética das Virtudes e focando o princípio do Respeito.

Relacionei-os então como pertinentes e não-pertinentes ao tema e agrupei-os inicialmente por sinônimos e depois por significado semântico similar, dentro do contexto do referencial teórico escolhido, de modo a ir afunilando as diversas situações encontradas em categorias de análise excludentes entre si e completas quanto ao material bruto de recorte.

Fase de resultados, inferências e interpretações:

Dos resultados, pode-se dizer que obtive confirmação dos campos e níveis de abordagem da entrevista semi-estruturada, resgatados inicialmente do marco teórico. Das inferências observadas originaram-se as categorias, afunilando-as até chegar aos temas.

Conseqüentemente, a interpretação destes foi realizada à luz do referencial teórico da Ética das Virtudes, corrente da bioética em discussão.

Referencial teórico-conceitual

Portanto, utilizei o referencial teórico da Ética das Virtudes (GRACIA, 1990, 1998, 2000; CORTINA, 2005; ARISTÓTELES, 2004). Interpretei o valor **Respeito** como um princípio absoluto inerente à pessoa ética, que se apresentará nas suas atitudes pessoais e profissionais, nesta pesquisa, na Relação Pediatra e Criança, com reflexão e mudança ou re-avivamento de atitude humanística, visando o enriquecimento desta relação e o bem-estar dos envolvidos.

O termo **pediatra** se referirá ao profissional médico atuante na especialidade. **Criança** terá a conceituação, à luz da Bioética, como ser humano e pessoa de fato ou por ascrição (LEPARGNEUR, 2004; LEONE, 2002) com direitos humanos, civis e morais, e capacidade progressiva e crescente de aquisição de competências intelectuais, emocionais e cognitivas, devendo ser respeitada em sua singularidade.

Relação Pediatra e Criança é aqui entendida como a que se estabelece nos diversos momentos da práxis pediátrica (SCHRAIBER, 1993; RIVOREDO, 2005). Uma relação que envolve a esfera inter-pessoal entre seres humanos, com suas subjetividades, valores e princípios morais implícitos, além de sentimentos positivos e negativos que interferirão significativamente na compreensão do diagnóstico e tratamento por parte do paciente criança e, sendo

assim, no seu bem-estar e no do profissional pediatra (ZEA, 2000; NASCIMENTO JR; GUIMARÃES, 2003).

6.8 Validação

Validação interna

Nesta dissertação foi empregada a mesma técnica de validação interna utilizada na pesquisa qualitativa, como um dos recursos, a própria homogeneidade das técnicas de obtenção dos dados brutos, pela manutenção dos mesmos instrumentos, ferramentas e da pessoa coletadora. Aqui foram adotadas as mesmas técnicas de entrevista semi-estruturada individual, com o mesmo gravador e local de entrevista, observação participante anotada em diário de campo, além de impressões gerais,mesma entrevistadora e transcritora. Também outros recursos: releitura resumida no final da entrevista, como “resumé”, e confirmação da boa interpretação inicial da fala pelo entrevistador, ainda em gravação, leitura da transcrição por parte dos entrevistados.

Na validação interna, é passível a utilização de triangulação com outra técnica para corroborar os dados obtidos, o que foi feito nessa pesquisa científica com a observação participante, aqui representada pela entrevista semi-estruturada e observação participante.

Validação externa

A validação externa é feita com a inferência à teoria referencial e a associação com outras pesquisas na literatura nacional e internacional, para verificar a seriedade da pesquisa qualitativa e de seus dados não-quantificáveis (DESLANDES; ASSIS, 2002; MINAYO, 1992).

Realizei, portanto, uma revisão narrativa da literatura quanto ao recorte do tema com a bioética, a teoria da Ética das Virtudes e alguns conceitos no foco da relação e o caminho até a delimitação do objeto.

Segui alguns novos critérios de validação externa para pesquisa qualitativa, considerados mais específicos.

Credibilidade, que é a própria plausibilidade dos resultados encontrados.

Triangulação, que foi realizada utilizando a segunda técnica, observação participante sistemática. Por se tratar de uma dissertação, no próprio processo realizei um questionamento por pares, no caso, minha orientadora e meu co-orientador, quanto à metodologia.

Usa-se a valorização de opiniões discrepantes do imaginário coletivo desse grupo estudado e seu leque de abrangência, analisando a fala em que a afirmação foi contrária, fora do padrão, para esclarecimento possível do que ocorre. Confirmabilidade, já que os originais de gravação são preservados e o diário também, apesar de ter consciência de que a atmosfera vivida não consegue ser passada, em sua plenitude, para o papel.

Descrevi detalhadamente o cenário físico. O fluxo potencial de pessoas da instituição em estudo, além do quadro de tipificação dos profissionais, para comparação de algumas particularidades com a literatura, tentando identificá-lo como parte do universo maior de pediatras plantonistas do Estado e País, somente com o intuito de clareza quanto às características do entrevistado e seu habitat, para propiciar uma avaliação de similaridade com outros possíveis locais, sem esgotar a análise dessas características, o que se chama transferibilidade (ALVES-MAZZOTTI, GEWANDSJANDER, 2001).

7 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

7 – Resultados e Discussão

7.1 Tipificação dos Pediatras pesquisados

Em um resumo breve dos dados coletados nas entrevistas com os pediatras tem-se que: a totalidade se graduou em instituições públicas de ensino superior; a grande maioria fez pós-graduação **latu-sensu**, como a Residência Médica em pediatria; mais de dois terços são do sexo feminino; metade tem alguma sub-especialidade pediátrica ou especialidade afim.

A faixa etária varia de trinta e um a sessenta e seis anos, as idades se concentram abaixo de quarenta anos (um terço); dois pediatras estão na faixa entre quarenta e cinqüenta anos, e sete têm mais de cinqüenta anos.

Referente ao tempo de formado, nenhum tem menos de dez anos, três têm entre dez e quinze anos, quatro entre vinte e vinte e cinco, e três entre vinte e cinco e trinta; e quatro entrevistados têm trinta ou mais anos de formados.

Sobre o número de atividades laborais: apenas um pesquisado tem uma atividade; cinco têm três; três pesquisados exercem quatro atividades; dois cinco; e dois, têm seis ou mais atividades.

Sobre a natureza das atividades, todos os entrevistados têm ocupação no setor público, como plantonistas, e metade no setor privado, incluindo também consultório (um terço do total).

A carga horária de trabalho média semanal varia de vinte e quatro horas a cento e vinte e oito; porém se afastarmos esse dado único de vinte e quatro horas, todos trabalham acima de sessenta horas semanais, sendo cinco entre sessenta e setenta e sete acima de setenta horas. (dentro dessa faixa, três perfazem mais de cem horas de trabalho semanal, em média).

Quadro 2- Tipificação dos pediatras entrevistados pertencentes ao corpo clínico de plantonistas do hospital público pediátrico pesquisado. Recife-2006

Nº da entrevista	Idade	Sexo	Anos de formado	Faculdade	Residência médica	Outra especialidade	Anos nesse local de trabalho	No. emp. Públ.	No. emp. Priv.	Carga horária Semanal média
1	52	F	28	Pública	Sim	Sim	9	3	0	88
2	33	M	10	Pública	Sim	Não	1	3	2	108
3	47	F	25	Pública	Sim	Sim	21	2	2	104
4	37	F	15	Pública	Sim	Não	6	3	0	72
5	47	F	21	Pública	Sim	Não	10	2	1	60
6	55	F	25	Pública	Sim	Não	15	2	1	50
7	31	M	10	Pública	Sim	Não	1	2	2	80
8	37	M	15	Pública	Sim	Sim	7	7	2	128
9	50	F	26	Pública	Não	Não	22	3	3	88
10	53	F	31	Pública	Sim	Não	10	3	0	68
11	55	F	32	Pública	Sim	Sim	26	2	2	68
12	53	F	31	Pública	Sim	Não	13	3	2	66
13	66	F	30	Pública	Sim	Não	26	1	0	24

Comparação dos entrevistados com a literatura

Analisando as características dos pediatras pesquisados nesta pesquisa observa-se que são semelhantes às de trabalhos anteriores (MACHADO, 1997;GOULART,1998;CARNEIRO;GOUVEIA,2004;CARNEIRO;GOUVEIA;PIMENTEL,2005).

A maioria é formada em instituições públicas (98,7% em Pernambuco, em 2005, e 70,6% em 2005 e 66,6% em 1998, no Brasil).

A Residência Médica foi feita por 74,1% (MACHADO, 1997), e 61% em 2005 (CARNEIRO;GOUVEIA; PIMENTEL, 2005).

No Brasil, os médicos atuam principalmente na área pública (76,5% em 2004 (CARNEIRO; GOUVEIA, 2004) Em Pernambuco, os quantitativos são ainda maiores: 80%na última citada (2004) e 78,2% (CARNEIRO; GOUVEIA; PIMENTEL, 2005). Mas, na verdade,estes profissionais acumulam várias atividades em diversos setores de trabalho, o que fica claro no número de atividades laborais: uma a três (44,6%), quatro ou mais (4,3%) (MACHADO,1997); 29,2% (CARNEIRO; GOUVEIA, 2004). Na pesquisa de Carneiro;Gouveia;Pimentel (2005) foi 19,5% no Brasil e 31,1% no NE.

Portanto, a atual realidade demonstra um ***crescendo*** do número de atividades laborais dos médicos brasileiros com o passar dos anos, notadamente na Região Nordeste, de acordo com as pesquisas citadas comparando os dados também entre as regiões.Esse aumento de atividades de trabalho,de vários pediatras,é também característico dos pediatras pesquisados.

Alguns autores consideram que o desgaste dos médicos e, conseqüentemente da Relação Médico e Paciente, é devido ao acúmulo de trabalho e à sobrecarga física e mental do profissional, que leva a um nível maior de estresse, menor grau de paciência e tolerância às dificuldades de comunicação com o paciente pediátrico e seus familiares.

Até no plano puramente tecnicista de realização do encontro clínico, e muito mais significativo no referente à relação inter-pessoal de excelência, intersubjetiva entre a criança e o pediatra com respeito e afetividade (SCHRAIBER, 1993; MACHADO, 1998; CARNEIRO; GOUVEIA, 2004).

Um ponto discordante entre os pesquisados e a literatura refere-se à faixa etária, que se situa acima dos quarenta e cinco anos em metade dos entrevistados, divergente dos achados menos de trinta percentuais encontrados Nas pesquisas de Machado(1998), Carneiro; Gouveia(2004) e Carneiro;Gouveia; Pimentel (2005), respectivamente 27,3%; 33% e 33% e, mantendo-se na média, acima dos sessenta anos (8%; 3,6 %; e 3,2%, respectivamente) (MACHADO,1998; CARNEIRO; GOUVEIA, 2004; CARNEIRO;GOUVEIA; PIMENTEL, 2005).

Uma ligação direta entre o número de atividades laborais, carga horária total de trabalho semanal e Relação Médico e Paciente foi levantada de modo consistente pelos próprios entrevistados. Justificam inclusive o possível, e às vezes, sabidamente existente desgaste físico e mental do profissional pediatra, e da relação com a criança e sua família nas diferentes angulações que se apresentaram como fatores desta ligação.

Mesmo por quem interpreta o encontro clínico como puramente tecnicista este desgaste é visto como podendo dificultar até o raciocínio clínico e o conhecimento científico do pediatra, e levando a um menor resultado na avaliação médica da consulta.

Já nos pesquisados que vêem a relação médico-paciente na pediatria como inter-pessoal e mais subjetiva cria-se uma dicotomia entre o que dizem pensar como ideal no plano teórico-filosófico, no aprendido na teoria da academia médica e o que realmente acontece na práxis diária.

Este paradoxo leva a um ainda mais profundo descontentamento consigo mesmo, refletindo na relação e no próprio campo de atuação, com a inadequação das condições de trabalho, apesar da maioria permanecer satisfeito com sua escolha profissional, mas não com o modelo em que sua profissão está inserida e é praticada (CARNEIRO;GOUVEIA;PIMENTEL,2005; ALMEIDA;MUNÕZ, 1993).

7.2 Eixo temático I

A análise das respostas às questões previstas como de aquecimento ou periféricas, no eixo temático I, permitiu salientar vários pontos.

Inicialmente, nota-se um estado de ânimo variado entre os pediatras, indo de desânimo e estressado a alegre, no dia da entrevista, embora todos relatem grande cansaço pela rotina estafante do profissional pediatra.

Quanto à prática de esportes, predomina quase uniformemente o sedentarismo, por opção ou por falta de tempo ou dinheiro, sendo a caminhada uma atividade esporádica, e o futebol, semanal, apenas para um entrevistado.

Já o lazer varia entre eventos culturais, como cinema, saídas e passeios com amigos e sempre com a família e viagens de fim de semana ou ocasionalmente, de maior duração para alguns. Estas atividades são vistas como fonte de relaxamento e desestressamento do trabalho, até como escape. Entretanto, quase todos os pesquisados referem grande diminuição do tempo dedicado ao lazer, por excesso de trabalho.

7.3 Eixo temático II

Estresse

Referente ao modo de lidar com o estresse, a maioria revela tentar usar de fórmulas de escape como as descritas acima ou, em um caso, ocupar-se a jardinagem e, em outro, com a culinária; o mais comum é lidar com a situação pontual e se controlar, segundo os entrevistados, mas vai se tornando mais difícil conforme o grau, e está relacionado diretamente com as condições de trabalho, quer por falta de apoio diagnóstico, quer pelo tratamento dado ao profissional.

Dentro do eixo temático II sobre formação

Sobre a formação do profissional pediatra, voluntários nesta pesquisa, ressalta-se em todos a valorização desse aspecto como primordial na resultante atual da práxis médica como um todo, e em particular da pediátrica. Relatam sua formação, classificando-a como de bom ou ótimo nível, mas sempre dependente de seu próprio interesse e dedicação. Alguns até consideram esses fatores como os únicos decisivos.

Nas narrativas, pormenorizaram particularidades de suas escolas médicas, sempre com muitas “cadeiras” (disciplinas teóricas) e as práticas, que eram anteriormente mais extensas e intensas na sua execução. Os procedimentos eram realizados pelo próprio estudante e não uma mera observação, como criticam acontecer nos tempos atuais.

Citaram exemplos de figuras professorais que serviram como guias no conhecimento técnico ,assim como na postura de curiosidade e na figura humana exemplificadora do bom médico, preocupado e beneficente com seus pacientes, digno de seguidores, já que não eram ministradas disciplinas formais relacionadas às temáticas de humanidades médicas, inclusive Relação Médico e Paciente e ética, à exceção de um único entrevistado, que teve uma disciplina sobre ética e relações.

Outro aspecto levantado por poucos foi a relação professor-aluno, mais respeitosa e realmente hierárquica na escola médica de algumas décadas atrás.

À exceção de um entrevistado, os demais consideram o curso de pós-graduação **latu-sensu**, a Residência Médica em Pediatria, o período de formação e de aprendizado por excelência, necessário e importante para a aplicação da teoria aprendida à práxis pediátrica supervisionada, de capacitação mesmo do profissional pediatra:

> “*Residência Médica é importante pra que a gente capacite-se para o atendimento dessa população... não é sair da faculdade e achar que tá preparada para ver, né; acho que tem que fazer a Residência Médica em Pediatria para dar, assim, mais capacidade ao atender...” (E4).*

Apenas uma entrevistada disse ter saído da universidade, já como médica e pediatra, porém valorizando sua própria busca de estágios supervisionados extracurriculares específicos em mais da metade do curso de medicina de graduação, com crescente atuação e independência, o que a moldou, e mesmo assim fez a Residência Médica. Um dos voluntários lamentou não ter feito Residência Médica, por motivos financeiros e pessoais.

É absolutamente unânime e intrínseco, interiorizado, o sentimento da pediatria como uma especialidade médica característica, singular, de extrema ligação com a criança, e tendo como "pré-requisito" o gostar de crianças e de trabalhar com elas.

Vários relatam a escolha pela pediatria já no meio do curso de graduação, com interesse claro na área, e a colocam como vocação percebida desde a infância, de querer ser médico e, para muitos, essa percepção de querer ser pediatra.

> *"... a especialidade é típica porque é a única que eu vejo que... a anamnese é mais bem feita..., o exame é mais bem feito... eu acho que o pediatra tem uma formação muito mais holística da criança, do paciente como um todo..." (E7*).

> *"... Eu, pra mim, foi a criança que me levou a ela, não foi outra coisa não..." (E12)*

A partir daí, pode-se discernir uma dimensão mais científico-tecnológica e outra mais social-relacional, mesmo na diferenciação e caracterização da especialidade pediátrica.

Na primeira fala o entrevistado coloca a criança como objeto-corpo da prática, diferenciada de outras práticas pela excelência buscada pelo profissional pediatra na técnica do bom encontro clínico com um toque de humanismo para o melhor entendimento do funcionamento desse corpo-objeto, mas dentro de uma visão ainda reducionista, hegemônica descrita por Martins (2003 b), entre outros vários autores (BRANCO, 2003; FOUCAULT, 2004).

Na segunda fala, o foco ainda é o pediatra, porém em sua dimensão sócio-relacional e envolvido pela dimensão também subjetiva da criança aqui valorada como pessoa por inteiro e não como corpo-objeto.

Nascimento Sobrinho et al. (2004) debatem sobre a predominância vigente da dimensão científico-tecnológica sobre a sócio-relacional no trabalho e prática médica nos últimos cinqüenta anos, maximizando-a como a ética maior e de

excelência; e sobre como não se pode continuar com esse modelo desvirtuado, já que a subjetividade do médico está presente, e é responsável pelo próprio julgamento subjetivo que tem que fazer, sendo alvo de tensão na prática.

Os autores acima consideram que, por outro lado, o objeto do trabalho médico não é um objeto inerte e sim um sujeito, um ser bio-psico-social dotado de sua subjetividade, que atua no processo do adoecer e é um dos envolvidos na relação entre os envolvidos na Relação Médico e Paciente, uma interação na qual o médico modifica e é modificado pelo paciente. Finalizam confirmando ser essa a principal diferença do trabalho médico e fonte das tensões exemplificadas na prática, com avanços tecnológicos se sobrepondo a valores humanísticos.

Concordo com os autores quanto a não se ignorar mais a humanidade tanto do paciente como do médico, colocando a Relação Médico e Paciente como não só técnica, mas inter-individual em sua totalidade, e a prática,incluindo os conhecimentos e avanços científicos absorvidos e usados, como as ferramentas necessárias, mas não únicas, em igualdade com a dimensão sócio -relacional .

Nesse sentido, em meu ponto de vista, entra o “desvirtuamento” a que Nascimento Sobrinho et al. (2004) se referem no molde hipocrático, em que para fazer o Bem do paciente, ele é visto passivamente; o termo é dúbio, pois aí também o agente teria disposição virtuosa.

Quanto à satisfação da escolha profissional no momento atual, da práxis, percebe-se claramente a postura que oscila entre a tendência ao abandono da profissão e sua continuidade, numa das pesquisadas. Abandono, em suas palavras, causado pelo desgaste e falta de remuneração digna, sendo forte nesta o sentimento de “só conseguir sobreviver” com seu trabalho e da impossibilidade de propiciar uma vida digna para si e sua família, como a que aspirava ao se formar. Mesmo assim, conclui sua fala com a certeza de gostar do que faz, “apesar dos pesares”, e ser feliz com isso.

É enorme a percepção de mudanças com desvalorização da figura médica, com menor retorno financeiro e prestígio por parte dos chefes, instituições

públicas e governos, além da falta de apoio, no campo emocional, devido ao pouco reconhecimento acerca da importância de seu trabalho, por parte da população.

Alguns acham que essa mudança já é antiga e ampla e comparam-na com a que ocorreu com o professor, como fruto da falta de valores ético-morais e educação dos pais e seus filhos, entrelaçados a uma estrutura complexa da sociedade atual, repleta de desigualdades e com o sistema público de saúde falido, inadequado e insuficiente, personificado no médico e no momento da consulta médica.

> *"... o problema maior são os desestímulos que você tem em relação à profissão, né, isso é uma coisa que... a humanização com os profissionais do serviço... aqui não tem; a gente não vê nenhum movimento em relação a isso, então desestimula né... deixa você trabalhando a pulso... porque tem que trabalhar, você tem que ganhar o dinheiro, e não trabalhando porque gosta de fazer o necessário, e vir assim, satisfeita para o trabalho ideal.. vai fazer o serviço ...que te trata muito mal..."(E3*)

Essa fala exemplifica o sentimento de desânimo e pessimismo com a profissão, e as relações de poder com a instituição, sendo o médico nesta fala um trabalhador, sem a autonomia máxima que pretendia ter, inclusive técnica, conforme se discute nas pesquisas patrocinadas pelo Conselho Federal de Medicina, em 1998 e 2005 (MACHADO, 1998; CARNEIRO; GOUVEIA; PIMENTEL, 2005) e com a mudança de percepção da autonomia médica referida por Schraiber (1993).

Essa visão macro dos profissionais pediatras pesquisados é gritantemente presente e atual. Visão macro não só sobre o médico, mas também sobre a medicina, não como ocupação, mas como profissão cujos atos e causas de consulta em muito ultrapassam o âmbito do indivíduo e da resposta e poder solitário do profissional.

Profissão que envolve o homem como parte integrante de seu meio social (o homem como ser bio-psico-social). E cuja dimensão supra-individual leva inclusive a certo sentimento de impotência do pediatra na resolução dos problemas, conforme externado por um entrevistado. Os entrevistados questionam sua própria

atuação, o modelo de atenção à saúde pública e até privada, o envolvimento governamental, a alocação de recursos e as soluções para mudança.

É importante ressaltar esse aspecto, mostrando a não-alienação do médico em sua ciência, além do fato de estar consciente de ser um instrumento de mudança social e ferramenta política, apesar da autonomia modificada pelos contratos trabalhistas que o regem atualmente.

Valoriza-se como imprescindível a inclusão oficial, nos currículos médicos, de uma disciplina, ou aulas incluídas nas já existentes, abordando temas sobre o relacionamento médico e paciente, comunicação e habilidades correlatas de comunicação inter-pessoal que a maioria dos entrevistados relatou não ter tido, exceto um. Mostraram que desta lacuna advém a grande dificuldade de comunicação de médicos recém-formados, algo que precisa ser reformulado na formação médica brasileira.

Realçam ainda o pediatra, mormente através da Residência Médica e valores próprios intrínsecos, como diferenciado nessa seara, envolvido com seu paciente e família.

Os entrevistados que têm contato com médicos de outras áreas também discernem as diferenças na formação e na atuação diária.

Os pediatras que atuam em locais de trabalho onde estagiam estudantes que estão concluindo o curso de medicina e com eles mantêm contato, se escandalizam verdadeiramente com seu despreparo técnico e emocional, o desinteresse científico e o não-envolvimento com o paciente demonstrado pela maioria dos internos e estudantes.

> *"...já foi melhor;hoje em dia eu acho que...existe menos procura pela pediatria...menos interesse em aprender do aluno atual...eu acho que hoje há uma falta de interesse muito grande na maioria dos alunos ...os de antigamente eram bem melhores que os de hoje, só ficam preocupados de você assinar,carimbar e ele ir embora.É raro o que chega junto e pergunta alguma coisa ,que tá interessado realmente em aprender"(E13).*

Comentários sobre formação médica e influência na Relação Médico e Paciente

O fato da quase totalidade dos pediatras entrevistados ter se formado em instituições de ensino superior de origem pública chama à responsabilidade estas instituições e, por conseqüência, as diretrizes curriculares e estímulos oficiais ao seu bom funcionamento, como fatores de influência sobre como estes profissionais estão sendo formados, a qualidade desse ensino e a direção da própria profissão médica e de sua práxis; esta predominância da formação pública da maioria dos pesquisados também foi observada nas pesquisas já referidas (MACHADO, 1998; CARNEIRO; GOUVEIA; PIMENTEL, 2005).

O que se observa, tanto na avaliação negativa dos estudantes com quem os pesquisados têm contato, como na maioria dos autores estudados, é a queda na qualidade desse ensino e sua inadequação às necessidades de um profissional médico nos dias atuais, em que precisa ter sua função revalorizada na sociedade (CARNEIRO; GOUVEIA, 2004).

Mudanças estão em curso, com diretrizes curriculares nacionais de graduação voltadas não só para o conteúdo técnico de conhecimento científico a ser transmitido, mas para a forma em que ele o é, como o conceito de aprender a aprender, e o estímulo a atitudes e valores humanísticos, com posturas morais, e contextualizando precocemente o futuro profissional à sociedade e à população que ele prioritariamente irá assistir,com novos modelos pedagógicos como por exemplo o de aprendizado por problemas(PBL) (BRASIL, 2001; BLANK, 2006).

Blank (2006) coloca a necessidade do médico moderno em promover o seu eu como pessoa integral, não como profissional técnico, valorando suas habilidades de expressão e comunicação, de relacionamentos inter-pessoais. Também contextualizando o doente como uma pessoa, um ser bio-psico-social integrado à sua comunidade, em que deve preferencialmente atuar o futuro médico que está em formação, levando à maior maleabilidade e adaptilidade deste às necessidades da sociedade e à interação entre instituições de ensino, esfera governamental e de saúde pública e comunidade à qual servem.

Essa mudança expressa uma visão mais simétrica da Relação Médico e Paciente, com compartilhamento das decisões entre seus participantes. Coloca como eixos principais o próprio entendimento do que é ser médico, seu papel e suas atitudes, o comportamento do paciente, fatores sócio-culturais relativos aos cuidados com a saúde e a interação médico e paciente .Tudo isso reflete um novo paradigma da integralidade que se deseja alcançar.

Franco et al. (2000) refletem sobre como conciliar a necessidade de mudança para além das entendidas nas diretrizes curriculares do MEC que, segundo os autores, mantêm o modelo hegemônico na formação do profissional médico. Esclarecem que essas reformas no ensino médico, sem introduzir mudanças concretas na formação do profissional, ocorreram em nível mundial e decorrem principalmente da resistência do próprio corpo docente e das instituições acadêmicas em mudar.

Os autores destacam a iniciativa da Cinaem como estimulante, por propiciar a discentes e docentes a discussão sobre o ensino médico e suas particularidades. Colocam em discussão a insuficiência da prova escrita como avaliadora dos alunos, já que avalia apenas os conhecimentos técnicos e não também um ponto central na formação do médico, que é sua forma de interação com o paciente (FRANCO et al., 2000).

A Relação Médico e Paciente é pensada como complexa e reveladora da construção sobre a qual se alicerçará a prática médica, que tem sido insuficiente para atender às expectativas da sociedade. Relatam, como ferramentas de avaliação desse ensino e, dentro dele, da dinâmica relacional na prática médica e das habilidades e atitudes requeridas, a atuação de grupos focais de dramatização com alunos de graduação e com residentes de primeiro ano de Pediatria. São grupos focais discutindo desde as dificuldades de desenvolvimento pessoal e de atitudes sobre como se tornar médico às questões da atenção ao paciente e mostram uma experiência exitosa não só na avaliação desse ensino, mas, principalmente, como método adequado ao ensino dessas atitudes e do desenvolvimento propriamente dito. Da análise qualitativa dos relatos obtidos, levantam-se temas como: relações hierárquicas, limitações pessoais e onipotência

profissional, papéis profissionais e competência profissional. Ao analisar os temas, os autores indicam o processo como a via de diálogo de difíceis tópicos, discussão de vivências do aspecto humanístico da formação médica, com exposição de valores, práticas predominantes e ênfase ao sentimento de angústia ao não conseguir lidar com a polarização da dicotomia entre dois papéis, o humano e o profissional, este último amplamente firmado nas escolas (FRANCO et al., 2000).

Os autores cristalizam pontos de mudança possíveis e desejadas, explicitadas pelos entrevistados, que relacionam o atual despreparo do médico recém-formado com a inadequada formação:

> *... "Médico mais jovem hoje em dia não tem, eu não sei o quê... o preparo, a sensibilização e o preparo, né, de relacionamento com o paciente..." (E11).*
>
> *...Não sei o que foi que houve lá com o ensino da medicina, não sei como tá a universidade, mas... o negócio tá ruim... (E12)*

Sobre Bioética

Na abordagem sobre o conhecimento em Bioética, as falas demonstram desconhecimento inclusive do termo bioética; quando muito, conhecem somente a tradução etimológica suposta do mesmo. O mesmo acontece quanto a posições claras e seguras sobre o campo bioético como sendo novo, importante e interessante. Ampliador e renovador de horizontes.

Os entrevistados relacionam a Bioética com o uso tanto nas discussões médicas de situações clínicas, na regulação de pesquisas avançadas sobre temas polêmicos, como células-tronco, e como forte instrumento mobilizador até do Congresso Nacional, neste âmbito científico.

Dois pesquisados definiram a Bioética como a fonte responsável pela descoberta de um modo diferente de ver a vida e sua profissão; uma pediatra pesquisada a associou até ao próprio entendimento de morte como parte da vida.

Refere ter mudado seu imaginário filosófico e seu contentamento por ampliar seus horizontes no sentido de que assim seu compromisso pessoal com a vida não se opõe ao da vivência praticamente diária com a morte, no dia- a -dia profissional.

Este fato era motivo de angústia e incompreensão para ela antes de ter realizado o curso de bioética:

> *"... Eu dizia sempre: meu compromisso não é com a morte, é com a vida, isso tava significando não cabe morte em minha vida, né, no entanto eu vejo quase todos os dias de minha vida... morte.... Até entender que a morte era conseqüência natural de vida... esse curso me abriu a cabeça"... (E1)*

Todos os entrevistados que não conheciam muito sobre Bioética tiveram despertada sua curiosidade e vontade de aprofundamento. Esta não foi saciada pela conversa informal sobre o campo e planos de atuação da Bioética. Suscitando questionamentos e ligações com um possível e animado ângulo de abordagem, dentro e fora da medicina, nos diversos aspectos do cotidiano e das relações interpessoais.

> *..."olhe pouca coisa... é um campo novo, um campo grande, um campo que é abrangente, tem essa relação, certo, tem a relação que eu acho também de estruturar todo um sistema, de saúde, e também engloba principalmente aí, eu acho, o respeito... eu não tenho conhecimento da área gostaria de ter mais..." (E10)*

7.4 Considerações gerais sobre o eixo temático III

Indagando ao grupo estudado sobre o Respeito e seu entendimento do conceito ético-filosófico, observei que o tema os surpreendeu,assim como ocorreu grande dificuldade inicial, expressa até, de modo literal, em definir sua própria concepção, justificando como não sendo usual a reflexão nesse campo, e inclusive como tema nunca anteriormente pensado.

A Bioética como campo de pesquisa e saber, levando a reflexões ético-filosóficas do indivíduo e de um grupo profissional, se valoriza aqui como inovadora ferramenta, permitindo a re-inserção de valores e princípios de modo exteriorizado.

As idéias e conceitos circulantes no meio estudado de pediatras se revelam às vezes paradoxais. Tem-se, ao mesmo tempo, a grande maioria com ideais filosóficos do que é Respeito, ora como limite, ora virtude ou aceitação da pessoa como é ou tolerância às diferenças. Há uma variação muito grande no grupo, e inclusive em um mesmo entrevistado, na aplicação desse conceito na consulta pediátrica e na Relação Pediatra e Criança como um todo.

A expressão em si, Relação Pediatra e Criança, no lugar de Relação Médico e Paciente, foi tranqüilamente aceita por alguns, que a consideram particularizada na especialidade pediátrica por ser mais intensa. De amizade e confiança com a criança. Não obstante, estranhada por outros, que vêem nesta área obrigatoriamente a relação como a de pediatra-criança-família, às vezes abrangendo a criança como foco secundário da atenção médica e, somente se de maior faixa etária, passível de diálogo direto. Não foi explicado qual seria essa linha divisória da faixa etária, limitando o debate sobre esse ponto.

Outra visão foi a da criança como paciente e objeto de estudo da práxis tecnicista, sem personificação singular integral, mesmo com maior atenção profissional e cuidado médico no sentido de responsabilidade para com o bom encontro clínico pela instrumentalização da técnica da anamnese, exame físico, diagnóstico e condutas adequadas ao melhor resultado para o paciente.

Visa também a excelência do profissional em si, com preocupação acerca de recursos de apoio diagnóstico, medicamentos e compreensão da receita médica e sua execução pelo acompanhante familiar, comumente exemplificado na figura materna.

Dois entrevistados demonstram como máxima a deterioração da Relação Médico e Paciente, chegando à não-existência da mesma. Sinalizada pelo desrespeito vigente, ora por parte da família, ora pelo médico. Relacionam o

desrespeito com “falta de educação e ignorância global”, por parte da população, que repassa essa situação para seus filhos. Outro componente dessa decaída é a rotina estafante e desanimadora e a luta por condições mais dignas de atuação profissional do pediatra, com a demanda volumosa e interminável de pacientes no sistema de pronto atendimento do SUS.

Sobre o conceito de Respeito na Relação Pediatra e Criança, as respostas se mantiveram entre a primeira visão, humanística, bioética, mais simétrica da relação, em diferentes nuances; sendo a criança considerada como ser integral, pessoa, digna de respeito e valorizada como sujeito da ação e relação e, em outra vertente, a visão tecnicista hegemônica vigente ainda, em que a excelência do ato profissional somente já é sua aplicação do conceito Respeito na prática.

Em ambas, os profissionais pediatras entrevistados relataram terem ciência do quão difícil, e às vezes impossível, tem sido aplicar e manter em suas ações na práxis diária seus pensamentos sobre o tema. Justificaram-se com antecipação do que seria observado, pelo tempo inadequado da consulta, grande volume de pacientes, falta de condições de trabalho, tanto no aspecto físico-ambiental, com vários pediatras dividindo o mesmo consultório e com interferências cruzadas na consulta.

Justificaram também essa impossibilidade pela falta de recursos de apoio diagnóstico, prejudicando até o lado técnico da práxis. Assim como condições físicas de fadiga acumulada do profissional e a constante atitude de defesa antecipada da família, que chega com idéias preconcebidas sobre a consulta e a doença de seu familiar, e expectativas diversas, carregando os desmazelos de suas condições de desigualdade sócioeconômico-cultural.

Também a criança como ser integrado e contextualizado no seu ambiente social vem, de modo geral, como visto na cultura local, com grande sentimento de medo para com a consulta e centrado na figura do médico, até beirando o terror e tornando-se mais uma barreira a ser contornada no estabelecimento da melhor relação paciente médico possível.

A Relação Médico e Paciente foi considerada, de modo unânime, de suma importância, mesmo na visão tecnicista pura de reducionismo do paciente a um corpo e objeto de estudo sobre o qual o médico exerce sua ciência, seja só para tornar adequado o exame físico e permitir o raciocínio clínico para diagnóstico.

7.5 Observação participante

Resultados e discussão sobre a pesquisa de campo na sua segunda fase, a de Observação Participante: através dessa ferramenta de pesquisa, realizada como já descrito no processo metodológico, com a verificação de alguns pontos comuns valorizados como significativos do tipo de consulta e relação médico-pediatra e paciente-criança de mais ou menos simetria no sentido de igual valor, dignidade e poder entre ambos, foi visto que:

> *-Os médicos pediatras de modo geral realizam a consulta médica da maneira como justificaram na entrevista individual que foi sempre feita em época anterior à observação; na práxis perfazem a consulta mais como possível do que idealizada, com grandes impasses e imperfeições e não como conceituaram teoricamente e que revelaram querer no seu imaginário.... a duração média da consulta é de dois minutos, cumprimenta a mãe e fixa olhar brevemente; não se dirige nem olha a criança; questiona rapidamente sobre queixa com detalhamento e faz breve exame físico direcionado, finalizando com prescrição médica com explicações sucintas à acompanhante.....(.Anotação de diário de campo; referente à observação do pesquisado 8, em 23 de maio de 2006).*

Alguns destoaram de sua própria entrevista, e apesar de terem afirmado que conseguiam manter uma relação direta com a criança, e que a viam como pessoa, não concretizaram esta visão nos períodos de observação.

Faziam uma consulta despersonalizada, de pura “queixa e duração” dos sintomas, breve exame físico direcionado às mesmas e receita médica, sem se identificar sem nomear a criança ou o familiar, sem sequer fazer contato visual com

a criança, muito menos explicar cada etapa e procedimento, como valorizados anteriormente, nem mesmo à mãe.

> *".. mãe, qual é a sua urgência'-'fala do pesquisado (anotação no diário de campo, dia 17 de abril de 2006(E2)).*

Já os pediatras que demonstraram uma visão mais fundamentada de relação de troca, de sentimentos, e inter-pessoal com a criança personificada, de modo geral mantiveram essa atitude nas consultas observadas, mesmo que tenham acontecido em épocas de grande volume de atendimento, com as pressões daí decorrentes:

> *."..* meu nome é...; eu sou doutora...; o que você tem Rafael?"Disse a pesquisada com olhar e atenção focados na criança, seguida de explicações sobre o exame físico que ia fazer, anamnese principal com a criança, mesmo de menor faixa etária, como essa de três anos".(Diário de campo, dia 17 de abril de 2006).

A pediatra estabeleceu uma comunicação não verbal, através do olhar e do tom de voz, com lactentes e recém-natos.

Esses últimos entrevistados personalizavam também a mãe, chamando-a pelo nome e depois se dirigindo ou não a ela, para informações, mas sempre incluindo ambos, criança e acompanhante, nas explicações sobre a patologia, presentes ou não, e a conduta, medicação e orientações.

Observou-se irritações e impaciências pelas dificuldades já relatadas sobre as condições físicas do local de trabalho, com calor excessivo, divisão do espaço do consultório e falta de exames laboratoriais e radiológicos de urgência adequados. Além da complexidade, burocracia e subseqüente demora em pedidos de vaga externa para paciente, pareceres de especialidades ou encaminhamentos de transferências hospitalares, além de resolução de problemas sociais e administrativos, bem além da consulta tecnicista, na maioria dos pesquisados.

Notou-se a tipificação característica da consulta pediátrica, com variações desta relação não dual, triangular, indo nesse espectro de profissionais de

uma relação mais paternalista e assimétrica, ora com a família, ora com a criança. Tecnicista, mas com uma dose de humanização na individualização da própria consulta e responsabilidade maior do profissional pediatra. Fato que confirma a idéia bem explicitada da existência de um perfil do pediatra e de sua consulta e relações.

Durante os períodos de observação, um fato que chamou a atenção foi o grande número de interrupções das consultas; por conta da recepcionista, dos auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiras-chefe e até do colega médico, indagando sobre intercorrências com pacientes a serem atendidos ou em observação, ou internados e, por último, até do serviço de nutrição e copa, para saber sobre o cardápio de opção para a refeição.

A duração das consultas variou de três a oito minutos, na dependência principalmente do profissional. Maior nos de visão humanista e menor nos demais. Nesses últimos observou-se, na consulta, interrupções da fala do paciente ou acompanhante, logo nos primeiros trinta segundos, já direcionando as perguntas.

Não menos significativo e imbricado no tema em questão foi o cansaço progressivo do pediatra com o avançar das horas de plantão, bastante movimentado, quer pelo volume, quer pela ocorrência de alguns casos mais desgastantes, tanto pela gravidade quanto por dificuldades na Relação Médico, Paciente e Família. Cansaço que foi desembocando em menor controle emocional, com tons verbais e expressões faciais que mudam. Essas constatações também já tinham sido declaradas pelos entrevistados como reais, nas próprias entrevistas.

Os itens que seguem (7.6, 7.7, 7.8, 7.9 e 7.10) referem-se aos resultados e discussão sobre o eixo temático III, conceitual.

7.6 Relação Pediatra e Criança

Avançando agora na pormenorização dos resultados e discussão, de acordo com as questões levantadas e respondidas pelos pesquisados, o relato passa a enfocar a Relação Pediatra e Criança. É interessante observar que houve uma certa segurança nas respostas, por ser este um assunto de reflexão freqüente

dos entrevistados .Estes têm posições firmes, variando de uma relação considerada como interpessoal e indo desde o ponto máximo, até uma ausência de relação, usurpada pelos familiares da criança, interpretada pelo médico como um desrespeito, tanto a ele quanto à criança. A partir daí, surgiram cinco categorias iniciais.

1-Criança como Ser integral;

2-Relação Pediatra e Criança como Ser integral, além do perfil do pediatra;

3-Relação técnica humanizada e típica pelo perfil do pediatra;

4-Relação tripartite-pediatra-criança-família, obrigatória;

5- Relação técnica pura.

A partir de agora, essas categorias serão mais detalhadas, exemplificadas em trechos das entrevistas concedidas pelos pediatras.

Primeira categoria:

Categoria da criança como ser integral, que reflete a visão da criança como ser completo e pessoa, no sentido filosófico do termo.

> *"..ah,perguntar-me sobre a relação pediatra criança para mim...Relação Pediatra e Criança ...é uma coisa gostosa,né (riso)é,ah,é...dizem ...que sou encantadora de criança,é o trabalho que sonhei pela minha vida inteira desde criança...trabalhar com criança...um bom rapport com a criança e...receber ,né,um sorriso,né,ou' tchau ,tia',você é minha doutora,então para mim-...é o máximo..." (E1)*

> *"..... a minha relação... pediatra criança,eu acho ... boa, eu procuro.. respeitar como pessoa a criança e não aquela coisa que criança não tem vez... escutar a criança né ,além dos pais quando elas podem ser escutadas ... Contato e respeito, e de, não é, de tolerância, é de dar crédito ao que a criança fala....". (E3)*

Sob esse ponto de vista, a abordagem do médico na relação é primordial, de fundo ético-moral, com valorização da subjetividade de ambos,

criando um elo recíproco que se caracteriza como embasado em princípios da Ética das Virtudes, como o do Respeito, aqui entendido como reconhecimento da alteridade e da dignidade da criança. Observa-se o foco dirigido ao caráter do agente de disposição virtuosa, como prega a Ética das Virtudes, de base aristotélica, em que a vontade de fazer o Bem é intrínseca a este, e serve de motivação para as suas ações, inclusive na atuação profissional, uma vez que a pessoa e suas fundamentações e códigos morais, com valores e princípios prevalece ao longo de seu cotidiano nessa aproximação da pessoa com sua totalidade.

Pellegrino (1990) elabora, sobre o tema atuação médica, o conceito da integridade, que engloba a autonomia como preservação de seus direitos, mas vai muito além e redireciona a intenção de integridade como totalidade das pessoas, tanto paciente quanto médico, também nos planos espirituais e psicológicos. Portanto, além do fisiológico, geralmente mais valorizado na práxis em voga hoje, o autor sugere o equilíbrio entre esses planos, realçando sua interdependência para a saúde e as relações.

Para Pellegrino (1990), aí estão inclusos os valores que cada um abraça como seus, e no momento da Relação Médico e Paciente, estando desfeita a integridade no mínimo física do paciente, fica o médico com a responsabilidade de tentar restaurá-la. Interpretada nesse modo de ver: “a restauração da integridade como a base moral da Relação Médico e Paciente e que assim toda Relação Médico e Paciente moralmente autêntica deve ser holística”(PELLEGRINO,1990).

Ainda, o mesmo autor posiciona o segundo sentido da palavra integridade na ética médica, como sendo uma pessoa de integridade, status de valor, uma virtude essencial na relação com os Outros. Necessária e procurada nos clínicos, como virtude da integridade. Respeitar os valores do Outro na tomada de decisões compartilhadas, visando o bem do paciente (PELLEGRINO, 1990).

Desta forma, a relação se dá diretamente com a criança, resgatando, para a práxis pediátrica, seu foco principal, a criança, como interlocutora que tem se perdido ao longo da evolução da especialidade e agora busca o seu resgate.

Os pesquisados que tiveram essa visão mais bioética da Relação Médico e Paciente a assumem como boa e, até mesmo, máxima, (fala do entrevistado E1) .Eles se mostram alegres com a mesma, quando falam do assunto, mesmo que em outros pontos das entrevistas tenham revelado desgaste ou insatisfação com a realidade diversa das condições de trabalho e outras relações na atuação profissional, como acontece com o acompanhante ou a administração.

Esses também colocaram o reconhecimento pela criança, sua doação de afeto, através de falas, beijos e até imitação deles, pediatras, como grandes momentos de satisfação pessoal e profissional.

O âmago de sua conduta pode ser visto como a de um agente virtuoso, apesar da deformação humanística acadêmica, tradicionalmente tecnicista, que todos referem ter tido prevalente. Demonstrando que os valores são parte de si, uma ética ***in natura*** e persistem na sua práxis.

Nas duas primeiras falas citadas anteriormente (E1 e E3), o médico entende a criança como um ser integral. A visão mais contemplada no campo da bioética, sendo a criança colocada como componente ativo e participante no encontro clínico. Essa posição eleva a Relação Médico e Paciente como a de dois seres com sua subjetividade incluída, afastando-a do objetivo exclusivamente tecnicista da prática médica, no qual o corpo meramente sofre as atuações decorrentes do conhecimento técnico-científico da medicina ocidental cartesiana.

Esta mudança é percebida e referida como necessária por vários autores. Dentre eles, Acciole (2003), que estabelece dois momentos na prática médica. O primeiro: ciência com o saber e a qualificação pelo conhecimento científico. O segundo: arte como imperativo maior peculiar da medicina, em que ocorre o encontro de duas subjetividades, o médico e a pessoa do paciente, como visto anteriormente na fala dos entrevistados (E1 e E3).

Souza (2003) sintetiza, afirmando que o médico atua como pessoa inteira no contato diário com o paciente e é colocado diante de si mesmo e suas dualidades e maturidade emocional que influenciarão a relação.

Neste mesmo sentido, Gomes (2003) ressalta a base ética da Relação Médico e Paciente, apontando para um novo pacto moral entre paciente e médico e o Respeito à alteridade como a base, valorizada como virtude em nosso meio, mostrando a coerência e a naturalidade em ter os valores como motivação para as relações interpessoais, também na área médica.

Também Sproesser Junior (2003) considera que a Relação Médico e Paciente é a principal diretriz para o avanço da medicina e deve incluir valores humanos e princípios éticos tanto na formação, nas regras institucionais, quanto na prática médica, mais uma vez confirmando a premência da Ética das Virtudes ser a abordagem por excelência nessa relação complexa.

Clotet (1993) concentra a convergência de diversas vertentes da Relação Médico e Paciente discutidas na reflexão bioética, como sendo: ” o princípio fundamental, o caráter moral de qualquer atividade médica “.Também considera a Relação Médico e Paciente uma ferramenta de diálogo e decisão compartilhada sobre diversos aspectos de sua vida e saúde, colocando, assim como Gracia (1990), os três princípios iniciais da Bioética.

Caprara e Franco (1999) frisam, em revisão sobre o assunto, a importância da comunicação bidirecional como um novo modelo de Relação Médico e Paciente, superando modelos paternalistas tradicionais, em que o médico não percebia nem ouvia a pessoa-paciente; ou a insuficiência do informativo, em que se comunica ao paciente suas mazelas, baseado em sua autonomia, mas sem atuação do médico como ativo, sendo reles técnico transmissor de conhecimentos sobre doenças físicas.

Os autores legitimam o paciente como ser humano, sendo preciso o comportamento médico incluir a sensibilização para ouvir seu paciente, ser integral, e cuidar de seu sofrimento como forma de humanização da Relação Médico e Paciente e assim da prática médica (CAPRARA; FRANCO,1999).

Apesar dos autores não se referirem literalmente à Bioética, pode-se interpretar seu trabalho como um fundo teórico em sua vertente da Ética das

Virtudes, pois foca o agente moral, que nesse caso é o médico, e suas concepções morais, concretizadas em atitudes virtuosas.

Ismael (2002) considera a Bioética como uma nova abordagem que possibilita a mudança de paradigma da medicina e seu reflexo na práxis e na Relação Médico e Paciente, por resgatar os valores imbuídos no humano no papel profissional do médico e reconhecê-los no paciente.

Ainda Ismael (2002) evidencia, dentro desse mesmo campo, o paradoxo de pensamento da Relação Médico e Paciente como arena de ameaça à preservação de seus direitos e de limite de autonomia ao paciente. Entretanto, a Bioética é vista como resgate de valores humanísticos, na qual quatro atitudes concretizam resumidamente a devida atenção a ser oferecida ao doente, além do conhecimento técnico-científico apreendido; são elas: o conforto, a escuta, o olhar e o toque .

Segunda categoria:

A segunda categoria inicial encontrada se refere a uma Relação Pediatra e Criança inter-pessoal. Nela, o perfil do pediatra está incluído. Ou seja, além de considerar o foco na criança como ser integral, os entrevistados caracterizam o médico pediatra como uma pessoa que escolheu a especialidade pela identificação com crianças e tem particularidades adequadas para essa atividade:

> *"... a Relação Pediatra e Criança... assim só como profissional fica difícil de falar não é porque tudo parte do humano... o jeito que vc tem de conversar com as pessoas, com as crianças... se vc não tem, assim, a habilidade, né, de se dar bem com as crianças isso vai atrapalhar um pouquinho... na sua escolha de ser pediatra.... tem que gostar de ser pediatra... eu acho que tem que partir daquela, daquela afinidade que vc tem de trabalhar e de gostar de trabalhar com criança para mim é muito importante na pediatria... "(E5).*

Interpreto esta fala de abordagem essencialmente humanística, de integridade e totalidade, não só da criança, mas também do médico pediatra como

ser humano, ambos sob enfoque humanístico, em traços de caráter moral e de virtudes, consideradas como vitais para esta relação interpessoal de boa práxis.

Tolentino (2003) concorda com a impossibilidade de: ”separar a função técnica do médico de sua função humana e social diante de situações cuja amplitude e significado só ele conhece”; discorre sobre o conhecimento e o respeito por valores do paciente, sua dignidade e sua vida.

Considerada muito importante nas novas direções tomadas para o ensino médico no Brasil, no intuito de resgatar a formação humanística e a comunicação e relações interpessoais para adequação na práxis, chama a atenção tal argumentação com o uso da palavra habilidade na fala do entrevistado (E5).

Sucupira e Ferrer (2000) reforçam com a experiência prática a importância da abordagem humanística do olhar, escuta, contato e atenção diretos à criança, mesmo bebê, na consulta pediátrica. Do mesmo modo, foi observada a inabilidade de comunicação entre estudantes de medicina pesquisados e pacientes, prejudicando a Relação Médico e Paciente, tanto no aspecto ético quanto no técnico-científico. Os autores advertem que a habilidade para se comunicar deveria ser aprendida na universidade, vez que nem sempre constitui um dom de nascimento.

A discordância faz parte do crescimento do pensamento, a exemplo de Braunack-Mayer (2005), que diverge parcialmente dessa necessidade de virtudes como ainda adequadas em nossos dias, de alta tecnologia e população atendida mutante e descontínua. Virtudes como acessibilidade, entendida como disposição para acolher o paciente em sua integridade e dispender tempo em ouví-lo. Compreensão ao paciente em seus problemas não só físicos, e, finalmente, a intenção de continuidade de cuidados, interpretada como a personalização do cuidado médico e na relação com o paciente.

O autor refere como nostálgicas essas qualidades do bom médico, segundo os próprios entrevistados em seu trabalho, mas conclui com a valorização

da Ética das Virtudes e a deliberação moral como abordagem que explica as idéias dos generalistas entrevistados.

Os médicos pesquisados por Braunack –Mayer (2005) diferem dos pediatras, por serem generalistas e divididos em área rural e urbana ,o que ele mesmo ressalta, mas o pediatra é tido como generalista na concepção de ver o indivíduo criança de um modo holístico e não difere na sua disposição de acolhimento ético e moral.

Sendo assim, parece-me oportuna a aproximação dos estudos e da manutenção desse ideal de virtudes do médico sobre o que é ser um bom médico, em sua concepção e abordagem ético-moral. Essa nostalgia levantada pelo autor é o outro lado da revolta e desânimo observados nessa pesquisa com as mudanças na práxis pediátrica e na discrepância da fantasia à realidade, gerando paradoxos, também frisados por Caprara e Franco(1999).

Já Gardiner (2003) demonstra claramente as vantagens da aproximação da Ética das Virtudes na resolução de difíceis dilemas morais, inerentes à prática médica. Reconhece as emoções como parte integrante e decisiva de nossa percepção moral. Foca no agente moral e na sua motivação as disposições e atitudes virtuosas características básicas da vontade de bem agir. Contextualizada a cada situação, já que não é a ação independente de motivo que será considerada virtuosa e correta ou não. Ou seja, valoriza a motivação da ação e não a ação em si.

Gardiner (2003) realça também que não há uma única solução ao dilema, mas várias atitudes virtuosas e diferentes na solução de um mesmo problema. Encoraja a flexibilidade dos meios aos fins, tomando em seu âmago a motivação virtuosa.

Gracia (1990) afirma que, na evolução histórica das relações, a Relação Médico e Paciente foi mudando de uma natureza paternalista por excelência, e absolutista por parte do médico, para uma interação entre sujeitos, baseada em Respeito e necessidades mútuas.Enfoca também os princípios de

autonomia do paciente, beneficência do encontro clínico e justiça social. Em seus escritos, historifica o conceito de criança e a mudança do pensamento sobre ela, elevando-a a ser completo, digno de direitos e participação no que a envolve. É dentro desse enfoque que se encontra o objeto de respeito desse trabalho, a criança, como pormenorizado no referencial teórico.

Gracia (1998), em sua concepção acadêmica, refere o uso do principialismo somente como suficiente para fundamentar resoluções de conflito moral na Relação Médico e Paciente. Não sendo, no entanto, suficiente por si, específica e principalmente nas concepções filosóficas no âmbito da macrobioética. O autor interpreta o principialismo à luz de valores ético-morais, em que a justiça é vista como equidade, entremeada de outros princípios e valorizada pela presença da Ética das Virtudes. Enaltece o caráter como o foco imprescindível de suas reflexões, decisões e concretizações de atitudes.

Falando sobre a Relação Médico e Paciente, Gracia (1998) põe em foco os alicerces da humanização, resgata valores aristotélicos do Bem, princípios morais do Respeito e da dignidade do ser pessoa. Dá continuidade ao trabalho de Lain Entralgo, colocando o elo de confiança e amizade na relação entre médico e paciente como a base da práxis médica. Distingue o valor do avanço tecnológico, sem excluir a importância da subjetividade presente entre as partes que constituem a Relação Médico e Paciente.

Ongini (2005) reconhece o direito da criança em ser ouvida, vista como sujeito de direitos, completo. Pessoa humana tanto digna quanto responsável por mudanças em leis, e início destas mudanças, inclusive nas práticas profissionais. Na validez de seu consentimento livre e esclarecido e participação nas decisões que a envolvem. Reclama por mudanças na práxis e exorta por uma formação mais virtuosa dos profissionais. Reconhece, entretanto, que estas questões não estão tão facilmente sujeitas a mudanças.

Assim, nota-se a mudança na idéia de criança, de paciente, ao longo da história, e acelerada nos tempos recentes. Por conseguinte, vão se tornando naturais alterações também nas relações inter-individuais e na Relação Médico e

Paciente, mais acentuada na Pediatria, que teve seu foco de práxis mais adaptado às conquistas de seus direitos como seres humanos e, ainda que parcialmente, como cidadãos . Os pesquisados expressam aqui essas mudanças, valorizando a criança como interlocutor.

Terceira categoria: busca pela excelência

Como terceira categoria, ainda discorrendo sobre a categorização inicial, observou-se uma fala (E9) que caracteriza o perfil de um pediatra que mantém uma relação técnica humanizada e típica, através de uma práxis que vê o paciente de um modo holístico.

> .... "*Trabalha comigo junto... são alguns clínicos e são plantões diferentes... muda os médicos, mas o perfil que eu acho é mais ou menos o mesmo. Não é; e é aquele negócio, você passa a medicação para aliviar a dor... o pediatra não, né: ele examina o paciente como um todo... se preocupa até se tem a medicação, aonde ele vai pegar... você se importa realmente e quer ter certeza de que ele vai melhorar...". (E9)*

O entrevistado coloca a pediatria como um campo de atuação típica, mais preocupado com cada paciente em particular e numa visão que ultrapassa o ato profissional, o particulariza como importante na busca pela excelência, não como forma de proteção legal, citada por dois entrevistados, mas, sim, pela preocupação de servir ao paciente, à criança.

Portanto, nota-se uma grande responsabilização do ato, talvez como forma de busca pela excelência, que seria uma etapa também incluída na abordagem da **aedemonia** aristotélica, como de excelência em seu papel social e profissional como uma virtude, mas insuficiente se não for acompanhada da intenção de fazer o bem, que está na disposição virtuosa do caráter do agente moral.

Nesta fala está subentendida essa intenção e ela então se aproxima da visão mais simétrica da relação com a abordagem da Ética das Virtudes.

Por isso foram agrupadas na categoria de criança como ser integral, visando esse entendimento.

Quarta categoria: relação tricompartillhada

A quarta categoria extraída das entrevistas quanto à Relação Pediatra e Criança refere-se a uma relação tripartite, incluindo o Pediatra, a Criança e a família. É entendida como um acréscimo da relação dual médico e paciente para uma tríade com a família, obrigatoriamente incluída, mas ainda ignorada por muitos.

> *"... pediatra, criança e acompanhante, não é?... olhe, por que a criança ela tem que ter um acompanhante,... a não ser quando é um adolescente maior que sabe responder por si só, né verdade, e você pode confiar na informação, vc ouve até mais ele do que o acompanhante; mas na maioria não é, né porque a criança menor precisa de um acompanhante e esse acompanhante está muito incluído nessa relação, certo.... meu maior desgaste ,tem sido esse acompanhante".... (E6).*

Neste contexto se perde a integralidade da criança, de acordo com a faixa etária, a pessoa entrevistada destaca somente o adolescente como sendo um interlocutor confiável e interpõe a família, personificada na mãe, na relação e, como paradoxo, que apresenta a maior dificuldade no relacionamento com a mesma.

Esse entrevistado em particular tem uma posição ainda mais discordante do grupo, como espectro de opiniões do grupo como um todo, na seara da práxis, pois valoriza a preocupação maior com a parte legal, de cumprimento da lei, no atendimento da criança acompanhada. De correta interpretação de sua receita, para não ter repercussões legais ***a posteriori***. Somente na interposição das más condições de trabalho levando a maiores problemas legais coincide com os demais.

Esta preocupação com o aspecto legal da práxis é pertinente, ocasionada pelo aumento assustador de problemas reais de queixas-crime contra

médicos, envolvendo muito a questão da comunicação e a Relação Médico e Paciente (GONÇALVES, 2005).

No entanto, os outros entrevistados se posicionam sobre o assunto de modo mais localizado, somente nos momentos da entrevista em que tocam diretamente nas condições de trabalho e modulam sua interferência na práxis, e principalmente nas questões mais de fundamentação teórica e filosófica, como a maioria interpretou a Relação Pediatra e Criança.

Já essa entrevistada permeia todo seu discurso com esse medo, inclusive no raciocínio filosófico, desmerecendo completamente a fundamentação moral e a Ética das Virtudes, o Respeito como intrínseco à relação interpessoal, parecendo, quando existente, ser mais relacionado a conseqüências e medo de punições por seus atos ou não-atos.

Habitualmente, a prática pediátrica é caracterizada pela forte identificação emocional e ligação com a criança, colocada como sendo quem trouxe o médico para a medicina e para a pediatria.

"... *foi a criança que me levou a ela*.".(E11).

A medicina é vista muitas vezes como trampolim para a prática pediátrica, de tão arraigada e típica está esta última como campo específico de atuação e saber, confirmado em diversas falas dos pesquisados; observa-se um ângulo de interpretação distinto na fala da entrevistada (E6), em que a relação não é mais direta com a criança e, de modo natural e rotineiro, esta não é mais vista como foco de sua práxis.

Quem sabe, esse fato seja resultante da formação tradicional da medicina ocidental oficial, transmissora de conhecimentos tecno-científicos e das técnicas de exame reducionistas, despersonalizadas, em que o paciente é um corpo, objeto inerte, e habilidades de comunicação e interação inter-pessoal não são ensinadas, não são valorizadas, levando à desumanização da medicina (MARTINS, 2003b).

Fato reconhecido e lamentado, até vigorosamente combatido por alguns pesquisados como passível de correção no currículo médico, daqui para frente, segundo os mesmos; assim, os entrevistados, ao mesmo tempo em que demonstram preocupação e ressaltam a importância da formação médica como influente em toda a práxis, valorizando a formação ética e a fundamentação moral como necessárias, desconhecem as novas diretrizes curriculares, vendo somente os frutos dessa formação ainda sem mudança real, como fica claro pela maneira como se escandalizam com o despreparo dos alunos em lidar com os pacientes, observados em sua prática.

Taquette et al. (2005) referem que os próprios estudantes percebem a necessidade em formação ética e, especificamente, em Bioética, para a aquisição de competência moral que lhes possibilite estender os valores e princípios que regem as vidas humanas e como deliberar, refletindo sobre dilemas éticos que surgem na atuação profissional. Os autores colocam como valiosa a contribuição dos atores dessa formação que deve ser aproveitada para o redirecionamento de uma humanização da assistência médica e nas relações interpessoais.

A dificuldade de relação direta com a criança também pode ser decorrente da idéia, ainda predominante no imaginário da sociedade, de criança idealizada, romântica e pura, necessitada de proteção total, não tendo o potencial de se expressar claramente, de modo verbal ou não, ou seja, não ampliada pela Bioética,e refletida no âmbito da consulta médica como um foco secundário da práxis, cujo interlocutor principal passa a ser a família, a mãe.

Quinta categoria: relação reducionista

A quinta categoria inicial sobre a Relação Pediatra e Criança, nomeada como relação reducionista, conforme Martins (2003 b). Trata-se da utilização do reducionismo, da técnica aprendida da consulta como somente uma técnica sobre o corpo do paciente, não singularizado minimamente, da anamnese ao tratamento, entremeado pelos exames laboratoriais. O médico também é visto só como profissional, não como uma pessoa integral:

> *.... "olhe, no sistema do SUS, a gente não tem como avaliar isso; ou se tem, éee... não é boa;somente devido à correria que nós temos .. não existe uma relação por completo...a nível particular ,não .eu tenho e é necessário ter para que vc conheça ...o paciente como ele é no todo.. né ,a gente não tem como fazer a anamnese por completo; aquilo que a gente aprendeu na residência ...na faculdade ,na residência"...(E8*).

Desta forma, fica explícita a não-existência de uma Relação Médico e Paciente, do ponto de vista da Ética das Virtudes, mais especificamente do Princípio do Respeito à pessoa do paciente. Justificando-se na ausência de tempo adequado para essa reflexão e tomada de atitude, de realmente cuidar do paciente de modo integral. O trabalho médico é colocado como uma produção em série, possibilitando uma analogia com o filme "Tempos Modernos", de Charles Chaplin.

O entrevistado faz menção à mecanização do encontro clínico, já explicado, devido ao tempo disponível de trabalho no serviço público. Na verdade, constitui uma despersonificação de todos ,incluindo o médico.

Constatação da realidade vivida e não a desejada, pois o pesquisado compara com o que aprendeu, e a sua prática profissional cotidiana e a vê de modo diferente, mais singularizado na sua rotina em medicina privada, mas sem explicitar uma relação integral na mesma.

Além disso, o entrevistado transfere toda a responsabilidade de seu modo de exercer a profissão às condições precárias de todo o sistema, em nível macro de saúde, não assumindo seu livre-arbítrio.

Esse ponto de vista do pesquisado exemplifica o que Schraiber (1993) discute sobre a mudança da autonomia do profissional médico, mas discorda do ponto de vista da autora, segundo a qual os profissionais encontraram na especialização a manutenção de uma certa autonomia redimensionada, autonomia esta não notada no que tange ao serviço estudado.

Essa posição vai de encontro ao observado por Machado (1997) e Carneiro e Gouveia (2004) e Carneiro, Gouveia e Pimentel (2005), relativo ao fato de que precárias ou más condições das instalações de atendimento médico-hospitalar interferem no desgaste médico, realidade de grande dimensão entre os pediatras, maior ainda na Região Nordeste e no Estado de Pernambuco (83,7%). Entre tantas causas de desgaste médico, possivelmente a maior desigualdade social destas áreas contribui de forma decisiva para esta ocorrência.

O curto tempo para atendimento de cada criança como fator negativo de enorme influência na práxis é praticamente ressaltado por todos os pediatras pesquisados, daí decorrendo uma enorme sobrecarga de trabalho e desgastes físico-mentais. Porém, nota-se uma separação entre as posições dos profissionais: alguns mencionam este fator como responsável por praticamente impedir qualquer boa relação e adequada atenção integral ao paciente, como citado na fala do entrevistado (E8). Outros mantêm a práxis mais perto da desejada ou, pelo menos, da aprendida.

Garrafa e Albuquerque (2001)[5] reforçam essa idéia da diferença na existência e qualidade da comunicação entre médico , paciente e família nos setores público e particular de atenção à saúde, sendo muito pior no publico, pelas dificuldades de linguagem e distância social entre todos, entre outros fatores. Mencionam também uma possível influência indireta do tempo que, junto com a baixa remuneração salarial, induz à sobrecarga de empregos e interfere na disposição do médico, por sua vez levando à impaciência na relação e falha na comunicação, capacidade que é entrada para a moralidade do encontro clínico. Este é também o ponto de vista de Boltanski (2004).

Boltanski(2004) com referência ao comportamento médico, lembra ainda a distância social e hierárquica por ele imposta, devido ao empoderamento que lhe foi concedido através dos tempos, pelos costumes enraizados na sociedade, que terminaram por se estabelecer como naturais da profissão.

[5] Trata-se de artigo oriundo da tese de doutorado de Maria Clara Albuquerque ,disponível na UNB

Leone e Yunes (1983) mencionam essa dificuldade na comunicação do pediatra no encontro clínico.

Outros autores também consideram o tempo como crucial (GIRON et al., 2002; MACIEL-LIMA, 2004), esta última destacando a observância da manutenção da qualidade do atendimento. Segundo os médicos pesquisados, apesar da pressão do tempo curto, além de outras, foi mantida a relação entre os indivíduos. Portanto, interpreto esses médicos que mantêm o tempo para atendimento e sua qualidade como transferindo para si mesmo, ao menos parcialmente, a responsabilidade do profissional sobre sua práxis .

O comentário sobre a discrepância entre a teoria acadêmica e a práxis vivida está presente em vários outros depoimentos, principalmente no momento de aquecimento sobre a formação, como já citado. Na verdade, a “teoria acadêmica” é cartesiana. É de pouco tempo a tendência de se voltar a valorizar o humanismo. Logo, não há discrepância nas citações dos entrevistados sobre as diferenças entre a teoria acadêmica e a práxis.

São dois planos da profissão interligados, mas sempre distintos, e que, nesse momento de mudança paradigmática na sociedade, na medicina e na saúde como um todo, têm seu espaço de separação ampliado, levando a decepções e dificuldades de ordem prática em lidar com os paradoxos daí resultantes e de sua percepção como médico. Fato pesquisado e observado por Nosek e Rotenberg (1979), em experiência de ordem prática com médicos residentes em pediatria em um hospital universitário.

A partir das cinco categorias iniciais discutidas, abre-se espaço a dois sub-itens:

Primeiro sub-item:

O primeiro, de visão bioética, mais simétrica, da criança como pessoa contextualizada, que inclui as categorias de criança como ser integral, de Relação Pediatra/ família, em que a criança tem seu lugar central e a família é valorizada por

estar contida nas relações e ***habitus*** da criança, ampliando a Relação Médico e Paciente de dual a tripartite. Também inclui a relação inter-pessoal, com o pediatra igualmente realçado como pessoa inteira, tema este discutido em pormenores nas categorias iniciais. Nele se incluem as categorias, pois em todas há relações inter-pessoais e diretas com a criança, valorizando-a na fundamentação bioética da Ética das Virtudes como uma pessoa digna de respeito e abordagem como motivação do agente moral virtuoso.

Segundo sub-item:

O segundo sub-item é o de visão tecnicista da Relação Pediatra e Criança, com a redução parcial da criança como ser integral, porém ainda considerando o médico-pediatra como típico, embasado não só na excelência da práxis, mas nela como ato de fazer o Bem para a criança, que seria então uma disposição virtuosa do pediatra com uma valorização da criança como pessoa subjacente, apesar de não explicitada.

Neste sub-tema pode-se discutir que a visão não é simétrica entre os dois pares da relação e que seria talvez resquício do paternalismo médico, com desconsideração pelo sujeito criança, mesmo com a desculpa de estar visando seu próprio bem, o cerne da questão.

Porém, minha interpretação foi diferente: pelas falas, sentimentos e valores nelas expressos entendo este segundo sub-item com o pediatra como um agente de disposição virtuosa por princípio .Inclusive influenciando na escolha da especialidade, mas que, no seu dia-a-dia, ocorrem paradoxos que dificultam seu próprio entendimento do que o move à concretização de atos repetidos desde a formação acadêmica tecnicista.

Talvez falte só a consciência da virtude já existente em cada um para verbalizá-la de modo mais consistente.

Quadro 3 - Diagrama de Categorização da Relação Pediatra e Criança

Categorias iniciais	**Categorias intermediárias**	**Temas**
1-criança como ser integral ,sujeito moral E1,E3,E7,E12 2-Busca pela excelência, pediatra como agente de predisposição virtuosa E2,E4,E9,E8, E13 3-Criança como ser integral,sujeito moral e busca pela excelência do pediatra E5,E11 4-Relação Pediatra ,criança e família E6,E10	**1**-Criança como ser integral, sujeito moral Une as categorias iniciais: 1-criança como ser integral ,sujeito moral E1,E3,E7,E12 3-Criança como ser integral,sujeito moral e busca pela excelência do pediatra E5,E11, e 4-Relação Pediatra criança e família E6,E10	**1**-Criança como ser integral,sujeito moral E1,E3,E7,E12 E5,E11e E6,E10 ....,a minha relação...pediatra criança,eu acho ... boa,eu procuro ..respeitar como pessoa a criança e não aquela coisa que criança não tem vez ...escutar a criança né ,além dos pais quando elas podem ser escutadas ... contato e respeito,e de, não é, de tolerância ,é de dar crédito ao que a criança fala.....(E3)
	2-Busca pela excelência, pediatra como agente de predisposição virtuosa Composta pela categoria inicial 2 Busca pela excelência, pediatra como agente de predisposição virtuosa E2,E4,E9,E8, E13	**2**-Busca pela excelência, pediatra como agente de predisposição virtuosa E2,E4,E9,E8, E13 ...,(pausa longa) xi... trabalha comigo junto... são alguns clínicos e são plantões diferentes... muda os médicos mas o perfil que eu acho é mais ou menos o mesmo, não é? É aquele negócio, você passa a medicação para aliviar a dor... o pediatra não? Ele examina o paciente como um todo... se preocupa até se tem a medicação, aonde ele vai pegar... você se importa realmente e quer ter certeza de que ele vai melhorar... (E9)

OBS: A cor vermelha indica a fala escolhida em cada categoria
A numeração em azul indica as categorias intermediárias
A numeração em verde indica os temas.

7.7 Conceito teórico do Respeito

Continuando na apresentação de resultados e discussão subseqüente, passo a analisar as respostas dadas à pergunta sobre o conceito teórico e filosófico do Respeito na ótica dos pediatras entrevistados. Encontrei inicialmente seis categorias que se entrelaçam. Elas se aproximam muito dos aspectos polissêmicos do conceito, colocados em dicionários de português e de filosofia, e às opiniões emitidas por diversos autores e debatidas no referencial teórico dessa dissertação, porém registro novamente a invulgaridade desse assunto para esses pediatras.

As categorias empíricas iniciais sobre o conceito teórico de Respeito foram as seguintes:

1-tolerância e convivência, além de limite;
2-relação como o Outro, tolerância e convivência;
3-reciprocidade;
4- limite;
5-virtude.

Primeira categoria: tolerância e convivência

Respeito como tolerância e convivência, a que se soma a idéia de limite, em que os entrevistados explicitam a aceitação das diferenças, que é a própria concepção do termo tolerância e a disposição em co-habitar no mesmo espaço, como convivência; simultaneamente, abarcam a variante de limite de cada um e não invasão do outro:

> *... "Respeito... respeito é saber onde começa o outro, até onde eu devo ir, até onde o outro deve ir comigo, né, e nós, ocupar totalmente os nossos espaços sem invadir o espaço do outro". (E1)*

Percebe-se nas falas rasgos da fundamentação ético-filosófica do Outro em sua alteridade, demarca o começo do outro. O reconhecimento disso, assim como da noção de limite subjacente, no sentido de dever e de direitos, nos

quais predomina a idéia de autonomia e direitos legais, podendo ser interpretada como a presença da Ética biomédica do Principialismo.

Segunda categoria: Relação com o outro

A segunda categoria é mais definida: relação com o Outro, tolerância e convivência; nesta se entende os conceitos acima esclarecidos, sem a dualidade do sentido mais pragmático de limite:

> …. *"Respeito (pausa longa) eu acho que é você, é, (pausa curta, ,saber se relacionar com os outros...sabendo até onde o espaço é seu ,o espaço é do outro e permitindo que esses dois espaços, apesar de serem confluentes não se agridam..."(E2).*

Constata-se também uma maturidade de crescimento próprio nas relações interpessoais. Concordando com Boff (2006 a), relação ainda mais intensa de convivência na co-habitação duradoura das diferenças.

Terceira categoria empírica: reciprocidade

A terceira categoria é a reciprocidade na concepção literal do termo:

> *"... (pausa curta) bom; basicamente tratar aquela pessoa da forma que a gente gostaria de ser tratado; eu acho que, assim, isso aí... é importante; tratar bem, né..." (E4).*

Nesta fala, o Respeito está presente como sendo importante instrumento de igualdade de tratamento. Não obstante, E4 não aprofunda as razões para tal, não as fundamenta em nenhum âmbito, exceto na reciprocidade em si. Da convivência e tolerância surge a reciprocidade.

Quarta categoria empírica estabelecida: limite

A fala que se segue (E12) é significativa e, assim, não pode passar despercebida no tocante a limite, como pensamento de dever e obediência a regras e o sentido de liberdade delimitada pela do Outro:

> … *"uhun" (riso curto)...é bem difícil definir Respeito....Respeito é vc éé obedecer a limites,é você ter limite (forte),saber até onde você pode ir, e saber até onde você pode aceitar...é ter o limite assim; o meu Respeito por você é você ...é tentar não passar de onde não deve,é você não magoar...Sei lá, é meio difícil .... você (pausa curta) não ultrapassando os limites da liberdade sua, nem invadindo o da outra pessoa, você tá respeitando, não é?(E12).*

Parece-me evidente a dificuldade e talvez até o desconforto de conversar sobre conceitos filosóficos que envolvem o comportamento moral. Denotado pela presença de pausas e hesitações, nas entrevistas.

Diante desse fato, seria oportuno compreender este comportamento pessoal no âmbito da ética filosófica: o quão árduo é expressar os valores próprios que regem o código moral de cada pessoa.

> *"Como é possível ignorar o agente? Seria como desconhecer-se a si mesmo..." e "... cada homem fala, age e vive de acordo com o seu caráter, se não está agindo com um fim ulterior..."* (ARISTÓTELES, 2004).

Assim, não conhecer seus próprios valores, para ele é não conhecer-se e, portanto, não ter motivação conhecida, não estar com predisposição para atitudes virtuosas que levem à busca da felicidade através da sabedoria prática.

Estas reflexões e estudos sobre valores que envolvem diretamente as relações interpessoais, inclusive no caso da práxis médica, vista como parte da vida plena da pessoa, e tão indispensáveis no dia-a-dia dos médicos, deveriam ser parte peremptória e eixo norteador da formação médica. Antes até, na formação e

educação durante o período infantil, em que são trabalhadas as características intrínsecas à pessoa.

Inexoravelmente ressurge o desvio da medicina como ciência e arte, ligada à área social, de inter-relações, e humanística em sua essência, para uma vertente puramente técno-científica, de desconsideração das humanidades médicas.

A medicina como ciência e arte: o encontro médico e paciente como o momento maior do saber médico e particularmente da pediatria, como especialidade com saber de conteúdo específico (VILLAR;CARDOSO,2002).

Quinta categoria empírica: virtude.

É a síntese dessa dissertação, a interpretação do Princípio do Respeito como uma virtude:

> *... "é uma virtude; é uma virtude que tem que haver entre as pessoas; tanto, principalmente na Relação Médico Paciente tanto o respeito médico como do paciente, e isso é importante para que essa relação não.. ée,crie o elo de amizade ,de confiança ..se não houver respeito, isso ....vai por água abaixo..." (E8).*

O entrevistado coloca o conceito teórico virtude, como de fundamentação moral e imprescindível nas relações de modo geral. Enfatiza a bilateralidade necessária na Relação Médico e Paciente para um elo de confiança e amizade.

Sobre a abordagem da Ética das Virtudes neo-aristotélica, a virtude mais elaborada é justamente a do Respeito e da amizade para construção desse elo de confiança tão realçado desde Aristóteles e particularizado em Entralgo e Gracia (1998).

O reavivamento e a amplificação da Ética aristotélica das Virtudes, considerando os traços de caráter moral do agente e sua motivação, ocorreram

muito em cima dos estudos de Gracia (1998) sobre a Relação Médico e Paciente com esse elo de confiança e amizade.

Aristóteles (2004) coloca três tipos de amizade. A por prazer, efêmera, segundo a mudança do desejo dos participantes. A baseada na utilidade dessa amizade, a qual chama de falsa e serve como pacto proporcional entre desiguais, durando enquanto for útil e conveniente para os envolvidos, com os ganhos respectivos. E a terceira, a amizade verdadeira, baseada no conhecimento mútuo do caráter e reciprocidade da dignidade do amigo. Esta é a que é permanente, demonstrando disposição de caráter, a virtude em si.

Dantas (2003) assegura que a Relação Médico e Paciente exige, em primeiro lugar, a intenção correta, com o foco centrado na saúde do doente, e a primazia do componente ético da relação. O segundo seria a atenção plena e integral manifestada nas percepções do registro de comunicação, tanto verbais como não verbais, com o uso de todos os sentidos e da intuição, que permeiam o encontro clínico; em seguida, ele valoriza o raciocínio clínico integrativo com âmbito holístico e dimensão sócio-relacional também; a ação correta se segue a esses passos e concretiza o encontro clínico. O autor também valoriza o exemplo e o médico como instrumentos do encontro clínico e suas relações e a empatia acolhedora (DANTAS, 2003).

O embasamento é todo de uma abordagem de fundamentação moral, que é a Ética das Virtudes. O bem interno da profissão médica é a saúde do paciente e dele não se pode afastar.

Sobre qual amizade estamos falando quando da Relação Médico e Paciente? Baseada na Ética das Virtudes, da amizade verdadeira, com reconhecimento, conhecimento e valorização mútua buscada no caráter do outro? Para tanto, requer disposição e tempo. A baseada puramente no ganho imediato de um fim, que seria a consulta médica e a remuneração médica? Esta não resiste às intempéries das relações interpessoais, mas tem sua razão de ser enquanto dura.

As categorias acima detalhadas vão se entrelaçando até desembocarem em dois temas sobre o eixo teórico concernente ao Respeito:

1-Respeito entendido como limite

2-Relação com o Outro.

Primeiro tema: Respeito entendido como limite

Anteriormente, já foram comentados aspectos relativos a esse tema, mais ligado à liberdade, com sentido de autonomia, talvez com embebição na Ética Biomédica e no Principialismo. Porém, também se pode pensar que está embutido o sentimento de não magoar, não ferir o Outro, daí já derivando mais para a seara de reconhecimento da alteridade, como de outra pessoa integral com sentimentos e valores a serem respeitados e não só uma intenção de não ultrapassar os direitos de outrem, sendo mais condizente com a interpretação da Ética das Virtudes e do pediatra como agente virtuoso.

... "uhun" (riso curto)... é bem difícil definir respeito....respeito é vc éé obedecer a limites,é você ter limite (forte),saber até onde você pode ir, e saber até onde você pode aceitar...é ter o limite assim; o meu respeito por você é você ...é tentar não passar de onde não deve,é você não magoar...Sei lá é meio difícil .... você (pausa curta) não ultrapassando os limites da liberdade sua nem invadindo o da outra pessoa, você tá respeitando, não é?"(E12)".

Segundo tema: Relação com o Outro

O segundo tema, sobre o conceito teórico do Respeito na relação com o Outro, trata sobretudo da tolerância e convivência e predomina no imaginário dos entrevistados, remetendo ao sentimento intrínseco de alteridade e reconhecimento do Outro como pessoa e igual em dignidade e defesa de seus valores. Este entendimento é facilmente ligado e interpretado à luz da Ética das Virtudes, com o pediatra como agente virtuoso e vendo a criança como sujeito moral:

> *"..... respeito (pausa longa) eu acho que é você, é, (pausa curta), saber se relacionar com os outros... sabendo até onde o espaço é seu, o espaço é do outro e permitindo que esses dois espaços, apesar de serem confluentes não se agridam.".. (E2).*

> … "*é uma virtude; é uma virtude que tem que haver entre as pessoas; tanto, principalmente na Relação Médico Paciente tanto o respeito médico como do paciente, e isso é importante para que essa relação não.. ée crie o elo de amizade, de confiança.. se não houver respeito, isso.... vai por água abaixo...*" *(E8).*

Nascimento Sobrinho et al. (2004) discutem o trabalho médico em suas dimensões tecno-científicas e sócio-relacionais, consideram que essa última necessita ser revalorizada, baseada na confiança do paciente no médico que o ampara e acolhe, com base nos valores morais da compaixão, solidariedade e tolerância e nas atitudes que deles advêm. Também incluem o cuidado como elemento norteador para resgate dos valores ancestrais da medicina e para reconstruir o Respeito e a confiança do paciente em seu médico.

Oakley e Cocking (2006) se referem ao Ideal Regulador, que seria um guia de ações de ética para cada profissão. Guia que deveria primeiramente definir qual a meta principal dessa profissão, qual a importância dessa meta, saúde no caso, para uma vida humana florescente, seguida da preocupação do profissional em prover as necessidades de saúde de seus pacientes, e assim o seu papel pareceria ser o de um bom profissional.

Para cada profissão esse Ideal Regulador se basearia nas corretas metas da mesma. Na medicina, como uma prática e profissão filosófica, que tipos de Relação Médico e Paciente são apropriadas em tal prática, e outros assuntos afins. Essa abordagem permitiria esclarecer como as corretas e apropriadas metas da medicina estariam presentes no caráter e nas ações do bom médico e que virtudes deveriam ser vistas e valorizadas nesse profissional para a prática médica.

Em resumo, esta forma de abordagem permite aos próprios profissionais o reconhecimento do que é legitimado como Bem e virtuoso em sua profissão. Serviria também de auxílio e meio para atingir a meta de **eudaimonia.**

Os autores colocam como necessárias éticas específicas das profissões, e não somente a ética geral, para se aproximar da prática e de como

exercer sua profissão com base em fundamentos morais, além de facilitar a resolução de dilemas éticos. Reforçam a necessidade de ser uma ética focada no agente virtuoso e comumente dita como uma relação de amizade entre médico e paciente (OAKLEY; COCKING, 2006).

Essa posição fundamenta as falas dos pediatras que particularizam não só a profissão médica, mas a especialidade pediátrica e se colocam na posição de agentes virtuosos, como dito nas falas citadas.

Finalizando a discussão sobre essa dimensão do Respeito, diria que podem ser aplicadas à criança as palavras de Cortina e Martinez (2005): "... os valores são"... e ..." só uma educação moral que propicie o diálogo aberto entre as pessoas, consideradas como interlocutores válidos, pode dar lugar a uma ao desenvolvimento delas mesmas como pessoas críticas e responsáveis..."

Permite-se, portanto, por analogia, colocar a criança na condição de sujeito moral. Naturalmente, na dependência dos fatos e da capacidade de compreensão ao que se propõe o pediatra. Conseqüentemente, ao agir dessa forma, o pediatra estará se aproximando da atuação de agente virtuoso.

Quadro 4 - Diagrama de Categorização sobre o conceito teórico do Respeito

Categorias iniciais	Categorias intermediárias A	Categorias intermediárias B	Temas
Num.1: limite,tolerância e convivência .(E3,E1,E5) ...Respeito...respeito é saber onde começa o outro, até onde eu devo ir, até onde o outro deve ir comigo, né, e nós, ocupar totalmente os nossos espaços sem invadir o espaço do outro.(E1) Num2: relação com o Outro, tolerância e convivência ...respeito (pausa longa) eu acho que é você, é, (pausa curta), saber se relacionar com os outros...sabendo até onde o espaço é seu, o espaço é do outro e permitindo que esses dois espaços, apesar de serem confluentes não se agridam...(E2) Num3: reciprocidade: (E4,E9,E10) ...(pausa curta)bom ;basicamente tratar aquela pessoa da forma que a gente gostaria de ser tratado ;eu acho que ,assim, isso aí ... é importante ;tratar bem,né ... (E4) Num4: limite (E7,E12) ..."uhun" (riso curto) ...é bem difícil definir respeito....respeito é vc éé obedecer a limites,é você ter limite (forte),saber até onde você pode ir, e saber até onde você pode aceitar...é ter o limite assim; o meu respeito por você é você ...é tentar não passar de onde não deve,é você não magoar...Sei lá é meio difícil .... você (pausa curta) não ultrapassando os limites da liberdade sua nem invadindo o da outra pessoa, você tá respeitando, não é?(E12)	**1**-Relação com o outro e tolerância Une categorias iniciais:- Num.1:limite,tolerância e convivência(E1,E3,E5) Num. 2:Relação com o Outro,tolerância e convivência(E2) **2**-Virtude: Categoria Num6: virtude(E8,E11) 3-Limite num 4:limite(E7,E12) 4: reciprocidade Categoria Num3: reciprocidade(E4,E9,E10)	#Num**1**-Relação com o Outro e convivência Une categorias intermediárias: 1: relação com o Outro e tolerância (E1,E5,E3,E2,E6,E13) -:reciprocidade(E4,E9,E10) #Num2- Virtude Categoria Virtude(E8,E11) #Num3- Limite Categoria limite(E7,E12)	**I**-Limite-(E12,E7) ..."uhun" (riso curto) ...é bem difícil definir respeito....respeito é vc éé obedecer a limites,é você ter limite (forte),saber até onde você pode ir, e saber até onde você pode aceitar...é ter o limite assim; o meu respeito por você é você ...é tentar não passar de onde não deve,é você não magoar...Sei lá é meio difícil .... você (pausa curta) não ultrapassando os limites da liberdade sua nem invadindo o da outra pessoa, você tá respeitando, não é?(E12) **II**-Virtude(E8,E2) Une as categorias : **1**-categoria relação com o Outro e convivência (E1,E2,E3,E4,E5,E6,E9,E10,E13) ...respeito (pausa longa) eu acho que é você ,é ,(pausa curta) ,saber se relacionar com os outros...sabendo até onde o espaço é seu ,o espaço é do outro e permitindo que esses dois espaços, apesar de serem confluentes não se agridam...(E2) e **2** -categoria -virtude (E8) ...é uma virtude ;é uma virtude que tem que haver entre as pessoas ;tanto ,principalmente na relação médico paciente tanto o respeito médico como do paciente , e isso é importante para que essa relação não ..ée,crie o elo de amizade ,de confiança ..se não houver respeito, isso ....vai por água abaixo(E8)

Diagrama de Categorização sobre o conceito teórico do Respeito

Categorias iniciais	Categorias intermediárias A	Categorias intermediárias B	Temas
Num5:virtude (E8,E11) ...é uma virtude ;é uma virtude que tem que haver entre as pessoas ;tanto ,principalmente na relação médico paciente tanto o respeito médico como do paciente , e isso é importante para que essa relação não ..ée,crie o elo de amizade ,de confiança ..se não houver respeito, isso ....vai por água abaixo(E8)			

OBS: A cor vermelha indica as falas escolhidas
A numeração em azul indica categoria intermediária A
A numeração em rosa indica categoria intermediária B
A numeração em verde indica temas

7.8 Respeito na Relação Pediatra e Criança

Agora, integrando os dois aspectos dantes acessados, indagou-se aos pesquisados sobre o que entendem por Respeito na Relação Pediatra e Criança; sucedem-se então as respostas e a discussão sobre essa pergunta.

Na categorização inicial sobre o Respeito na Relação Pediatra e Criança, tendo analisado os núcleos de sentido a partir dos códigos de registro das falas dos entrevistados, obtive nove categorias iniciais; descreverei as mesmas e seu significado brevemente, pois são variantes particularizadas dos quatro temas que detalharei e analisarei mais profundamente a seguir.

Categorias empíricas iniciais sobre Respeito na Relação Pediatra e Criança:

1-Criança como ser integral, sujeito moral.

2-Personalização parcial da criança, limitada por faixa etária.

3-Encontro clínico ou busca pela excelência.

4-Busca pela excelência, singularização da criança, além de despersonalização da mãe.

5-Relação com a mãe.

6-Personalização parcial da criança, dependente da faixa etária e personalização parcial da mãe.

7-Criança como ser integral, busca pela excelência e personificação do médico.

8-Criança como ser integral, personificação do médico e Respeito como virtude bilateral.

9-Criança como ser integral, busca pela excelência.

Primeira categoria:

A primeira categoria empírica desvelada foi a criança como ser integral, ou seja, pessoa em sua totalidade:

> *"... respeito à criança, respeito nessa relação significa escutar, conversar e tratar a criança como um ser humano como um todo, não apenas como... uma parte doente..". (E1)*

Significando uma visão mais ampla, sob os auspícios da fundamentação humanística e moral, de relação interpessoal com suas subjetividades e a criança encarada, sob a luz da Bioética, em sua visão holística e de dignidade humana.

Segunda categoria:

A segunda categoria foi: *personalização parcial da criança*, entender os limites por faixa etária; aqui o Pediatra pesquisado pormenoriza algumas características por ele consideradas limitações de entendimento cognitivo e atitudes da criança segundo a faixa etária e que o Respeito na Relação Pediatra e Criança envolveria o conhecimento dessas particularidades do desenvolvimento psíquico, mental e moral da criança.

Ele singulariza o paciente, mas não considera uma condição *sine qua non* a totalidade e completude da criança:

> *"... existe um limite pra tudo e assim (pausa) respeitar é.. que a criança tem nível de paciência... de aceitação... de compreensão às vezes menor, vc acompanhar tudo isso, cada criança... e cada faixa etária tem essas particularidades e vc tem que acompanhar em cada um. (E2).*

Coutinho (2005) destaca que é mais importante reconhecer o desenvolvimento global da criança e sua capacidade de entender do que a idade cronológica; ponto de vista ainda mais estudado e defendido por Leone (1998).

Zacariotti (2003) também considera que, na Pediatria, há uma Relação Médico e Paciente especial, que geralmente inclui um familiar e varia conforme a idade, o entendimento e a expressão verbal da criança, que deve ser do

conhecimento do pediatra. Porém, coloca a necessidade de comunicação direta, não-verbal inclusive, com os bebês, como forma de estabelecer uma relação menos assimétrica, sempre com sensibilidade, tolerância e confiança para com a criança e tolerância com a mãe.

Terceira categoria:

Em uma distinta e terceira categoria tem-se o encontro clínico adequado, buscando a excelência, paciente singular.

Já nessa categoria a atenção maior é para o próprio pediatra, as características da técnica e condições do local e volume de atendimento, que possibilitem exercer a profissão em busca da excelência da práxis e particularizando cada paciente.

A finalidade é ajudar a criança, mas não a personaliza senão como foco da práxis no sentido mais tecnicista. O Respeito se dá pela excelência.

Pode-se pensar essa intenção da excelência como o bom exercício de seu papel funcional na sociedade, intenção essa importante e necessária para o hábito de atitudes virtuosas, mas insuficiente se, a este hábito, não estiver associada a excelência no seu papel pessoal indissociável e não levando à *eudaimonia.*

> *"... ver a necessidade da criança, éeee, a gente ter que um tempo pra.. ver... a estória de cada um daqueles que entram precisando da nossa ajuda; é examinar adequadamente, assim, tendo tempo pra isso... o volume, né, desgasta muito, você precisa assim, ver mais rápido, muitas vezes assim mais... do que você gostaria... tentar fazer o melhor, assim por ele..." (E4).*

Quarta categoria:

Ainda nas categorias iniciais tem-se, como a quarta, o encontro clínico buscando a excelência, paciente singular e despersonalização da mãe. À categoria anterior acrescenta-se a mãe como mera fonte de informações, dificultadora da

Relação Pediatra e Criança, sem entendê-la no momento como uma pessoa integral; os demais aspectos já foram destacados.

> *"... respeitar a criança é... é proceder corretamente na sua estória, seu interrogatório, no seu exame é utilizar os meios que vc tem disponível para poder atender a criança da melhor forma possível.. com relação à criança, é entender que cada criança é diferente... tentar colocar, né, a mãe aí nesse circuito sem que ela interfira muito, mas dando as informações que você precisa..". (E5).*

Quinta categoria:

A categoria de número cinco coloca a Relação Médico e Paciente na Pediatria como uma relação com a mãe do paciente, vista como pessoa de direitos, ao passo que a criança é interpretada como se estivesse no século quinze: propriedade do adulto, sem voz ou existência por si.

Já foi colocada a discrepância dessa fala no sentido da valorização legal da prática médica na discussão da Relação Pediatra e Criança, com a justificação de todo o encontro.

> *""..... eu acho indispensável você ouvir, você explicar o que quê está se passando com o filho daquela mãe... isso não pode acontecer porque é o filho dela, ela tem o direito de saber e a gente tem o dever de deixar ela consciente disso... (E6)*

Sexta categoria:

Desvendada mais uma categoria, a sexta: com personalização parcial da criança por faixa etária, personalização parcial da mãe. O pediatra entrevistado explica seu sentimento de Respeito na Relação Pediatra e Criança, de acordo com a faixa etária da criança, colocando-a como passível de explicações e atenção, no caso das crianças maiores.

Entretanto, não identifica a partir de quantos anos de idade se enquadraria essa definição.

A mãe é aceita somente como intermediária facilitadora nesse caso, mas logo adiante o pediatra a inclui na relação como desrespeitadora da criança.

O que chama a atenção aqui é que o pediatra não interpreta seu próprio papel duplo e de menor respeito na não-visualização da criança como ser integral. Talvez o pediatra seja visto ainda com um cunho paternalista duro, no qual está sempre certo, pois é detentor de todo o saber pela interpretação da época.

> *"... com... criança lactente, pré-escolar... pra baixo eu nem conto por que... ée ela nem cobra.. não... vai pedir pra... examinar, num lactente jovem... não: o respeito já é seu.. você pode até falar com a mãe; mas em crianças maiores eu acho que tem que ter... dizer à criança o que quê vai fazer.... acho que ele tá sendo utilizado hoje em dia; é lógico que a gente esquece em vários momentos né, principalmente por ter vc atendido quarenta meninos em seis horas... não vê tanto desrespeito assim... né. talvez se pegue muito mais éee... desrespeito dos próprios pais... com as crianças..". (E7).*

Também se posiciona sobre a existência do Respeito na Relação Pediatra e Criança como real, às vezes esquecido no dia-a-dia pela rotina exaustiva do profissional, e compara a Relação Pediatra e Criança com a relação entre pais e crianças, sendo essa mais desrespeitadora.

Sétima categoria

A categoria de número sete: criança como ser integral, encontro clínico, e personificação do médico inovam nesta última característica, o médico, visto não só como profissional, mas como pessoa integral, e se associa às características já explicitadas.

> *"..... em relação à criança? (c: é)... eu acho que a maioria (pausa curta) respeita a gente e a gente, claro, sempre respeita a criança (E10)... o respeito pela criança é eu tratar bem..., com carinho, com suavidade... tentar ao máximo diminuir a dor que ela tá sentindo, porque às vezes não é só uma dor física... emergência que é o que eu faço em 90%, amenizar... o sofrimento dela naquela consulta... respeitar pra mim é o seguinte: é tratar bem... perguntar as coisas, tentar conversar com a criancinha que já entenda você; explicar ... o primordial do respeito seria eu tratar bem aquela criança naquele atendimento; e tirar o medo que fazem: o medo, o medo do doutor ,medo da seringa, o medo da injeção. (E10).*

Expõe a dor e os sofrimentos da criança, além do medo da figura médica e correlatos procedimentos dolorosos como intensos e atrapalhadores da própria Relação Pediatra e Criança e da consulta médica. Também de acordo com Martins (2003 a).

Boltanski (2004) comenta sobre o medo e a desconfiança como decorrentes do desconhecido, do que pode ser feito ao paciente, e seu corpo; não particulariza as crianças, mas se aplica também a elas.

Todo pediatra sabe, na prática diária, que esse medo aumenta devido à conversa dos pais, colocando a ida ao médico como punição, bem como à fase de muitas vacinas, assim como o uso da vestimenta costumeira, branca, para uniformização de enfermeiros, técnicos, médicos e outros profissionais de saúde.

Questiono a manutenção desse costume, advindo da ligação do branco com a higiene e talvez por conta do aspecto imaculado do médico, com a alvura do jaleco na Pediatria em particular ,quando ele se torna mais um elemento de estranhamento, de barreira e status, dificultando a empatia, proximidade e boa relação com o paciente em bases mais simétricas e de igualdade.

Oitava Categoria :

A antepenúltima e oitava categoria personifica a criança como ser integral, personifica o médico e conceitua o Respeito como uma virtude bilateral:

> "… *tudo na vida tem que ter respeito, né? Você tem respeitar a criança como indivíduo, como a criança tem que lhe respeitar... Como médico...respeitar os direitos da criança,não invadir... tentar agredir o menos possível, não é?...às vezes é tão pequenininho ,não entende ..".(E12).*

Apesar de, no final, mencionar a idade como fator de limitação possível no entendimento, não a coloca quanto ao Respeito e integridade da criança como indivíduo e simultaneamente se posiciona também digno de respeito como pessoa, na relação, e não como mero profissional.

Considero o ponto de vista como mais explicitado nessa relação, colocando em pé de igualdade as partes envolvidas diretamente, mas usando uma abordagem mais principialista de autonomia, de qualquer modo, de fundamentação ético-moral para tal.

Nona categoria:

A categoria de número nove foi: criança como ser integral, encontro clínico adequado; posiciona tanto a criança, com sua subjetividade, a criança como foco da práxis humanizada e a fundamentação ético-moral das virtudes de acolhimento e de tolerância na sua alteridade, durante o encontro clínico, com a intenção de fazer o Bem.

Acho que é a mais próxima da concepção de elo de amizade aristotélica, como utilidade e pacto de confiança, ou talvez até a amizade verdadeira na intenção, baseada na aceitação do caráter de ambos, mas dificultada pela pouca duração do encontro clínico (ARISTÓTELES, 2004).

> *"... entender a criança, aceitar a criança como ela é, sem procurar modificar no momento que você tá consultando ela, entender que a criança está doente,... procurar resolver o problema da criança...sem ...impingir dor..." (E13).*

Gardiner (2003) coloca a aproximação da Ética das Virtudes como a mais completa em relação à análise de situações conflituosas na prática médica, pois incorpora a sensibilidade emocional, e as motivações das atitudes na deliberação de soluções flexíveis e considerando emoção e razão, diferentemente das outras teorias éticas, como utilitarismo e conseqüencialismo.

Intensamente embricado então no sub-eixo do Respeito na Relação Pediatra e Criança tem-se a personalização e despersonalização dos diversos envolvidos e suas combinações, vistas em um mesmo ponto de vista: mãe, criança e médico. Cada hora o tripé se desestabiliza e pende para um ângulo, desmerecendo os outros dois.

Além desse eixo de pensamento, tem-se a busca pela excelência da práxis, muito reforçada na área pediátrica, sob a ótica própria dos pediatras pesquisados.

Esta busca varia com a intenção maior ou menor de fazer o Bem para a criança, que implicaria ser um passo inicial na busca da sabedoria prática e nas atitudes virtuosas para a Ética das Virtudes, no papel funcional na sociedade, que é do médico, mas insuficiente, pois tem indissociado deste seu papel como pessoa e não incluído no ato de visão tecnicista pura.

O terceiro eixo de entendimento é a própria existência ou não do Respeito nessa relação, mesmo considerando suas mais diversas interpretações aqui colocadas. Um entrevistado apontou o Respeito como quase sempre existente e outro como não existente na atualidade (E10), porém contextualizou na própria temática do Respeito na Relação Pediatra e Criança, discutida anteriormente.

Como resultantes desses eixos de pensamento finalizei a temática com três temas:

1-Criança como ser integral, sujeito moral;
2-Visão tecnicista; busca pela excelência;
3-Relação com a mãe.

Primeiro tema: Criança como sujeito moral

A criança como ser integral, com base em uma visão mais humanista e bioética

> *"... respeito à criança, respeito nessa relação significa escutar, conversar e tratar a criança como um ser humano como um todo, não apenas como... uma parte doente..." (E1).*

Esse tema é persistente em todos os eixos das dimensões desenvolvidas do conceito estudado, o Respeito. Quer na conceituação teórica do Respeito, quer no entendimento da criança e no Respeito nessa Relação Pediatra e Criança, mostrando claramente a interligação. A criança como sujeito moral.

Entretanto, nem sempre os pediatras que tiveram essa visão em uma das perguntas a mantiveram nas seguintes.

Aconteceu uma coerência importante no entrevistado (E 1), que pode ser sentida até pela repetição das falas, escolhidas como típicas, pois ele tinha um discernimento muito grande sobre seus valores e princípios morais e sua aplicação na práxis.

Segundo tema: visão tecnicista, busca pela excelência

A visão tecnicista, o encontro clínico adequado, caracterizado na Pediatria e a busca da excelência, como já comentado, podendo constituir um

degrau na busca pela felicidade, se acompanhada de motivação pelo Bem da criança, muitas vezes manifestada ou subjacente, mas também associada a pessoal, caso se deseje a *eudaimonia***.**

> *""..... Respeitar a criança é... é proceder corretamente na sua estória, seu interrogatório, no seu exame é utilizar os meios que vc tem disponível para poder atender a criança da melhor forma possível.. com relação à criança, é entender que cada criança é diferente... tentar colocar, né, a mãe aí nesse circuito sem que ela interfira muito, mas dando as informações que você precisa. (E5).*

Neste tema, com a união das várias categorias, associou-se a criança a um ser contextualizado e entrou a mãe como parte da relação, tornada tripartite, mas somente enquanto o foco permanece na criança como prioridade. Ainda se mantém uma visão ampliada e bioética da criança, porém já é questionado o intuito de fazer o bem, estando o pediatra como agente moral embuído da disposição virtuosa da Ética das Virtudes.

O terceiro tema: relação com a mãe.

Conforme já discutido, não se tem mais uma visão humanista integral da criança, que chega a ser vista como propriedade da mãe e, no momento do encontro com o médico, só existe nessa relação de possessão. Sendo assim, não há visão da criança como sujeito moral ou o pediatra como agente virtuoso.

> *"... eu acho indispensável você ouvir, você explicar o que quê está se passando com o filho daquela mãe... isso não pode acontecer porque é o filho dela, ela tem o direito de saber e a gente tem o dever de deixar ela consciente disso... (E6).*

Também ocorreu coerência grande entre os planos filosófico teórico-acadêmico e prático com a entrevistada (E6), com visões anômalas no espectro de respostas dadas pelo grupo de pediatras do mesmo corpo clínico pesquisado. Refriso a importância quase exclusiva que deu ao aspecto legal da temática e da profissão em suas diversas faces.

Tentando relacionar a discrepância desta com características demográficas, como idade e sexo, assim como local e tipo de instrução superior de formação e especialização, não houve nenhum ponto que a descriminasse.

A explicação certamente passa por seus conceitos e valores morais mais arraigados e, talvez, alguma experiência negativa no aspecto legal que tanto frisa.

Ou, de modo mais global, talvez pela influência da mídia, com suas denúncias de erro médico ou imperícia e casos escabrosos, mostrados como comuns e freqüentes .

Pondero sobre esses três planos interligados, mas não indissolúveis, que são: o plano filosófico, no qual se inclui o conceito Respeito, o plano teórico formacional, que molda a prática e sedimenta ou imerge os alicerces morais individuais nos hábitos da profissão, ensinados na academia e caracterizados como inerentes a ela, e o plano real da práxis vivida.

A própria desvalorização do médico como profissional confiável e competente, detentor de saber, e a depreciação de sua imagem, e a auto-estima rebaixada do médico e da Pediatria, dentro da medicina, sempre infantilizada, pode também ser causa de preocupação deturpada somente com um aspecto da prática.

Por ter se mantido durante mais tempo, no meu entender, a imagem sacerdotal e altruísta integral do médico, quem sabe a pediatria e seus profissionais não estejam sofrendo mais e se sentindo perdidos com a crueza da realidade da desumanização atual da medicina, com discrepância da fantasia para a realidade, ainda maior que em outras especialidades?

Cabe aos que mais se incomodam com a crise paradigmática, e que se ressentiram do acorrentamento exigido pela formação reducionista, a efetiva movimentação pela mudança da prática para melhor, chegando à sua rehumanização. Humanização como uma questão de resgate e inserção de novos valores para a integridade das pessoas, tanto o paciente como o médico, que

também vem perdendo sua face humana no olhar consumista das instituições e sistemas de atendimento em saúde.

Tem-se ainda uma correlação estreita entre o que se pensa da Relação Pediatra e Criança e do Respeito nessa relação. A maioria das vezes houve uma ligação direta com manutenção da direção do pensamento, por exemplo, nas entrevistas sobre a visão bioética da relação, era mais simétrico e horizontal conter a noção clara de Respeito como atenção pelo individuo pleno, mas houve variações com intermediação da mãe e poucas discrepâncias completas do discurso e do confirmado na práxis.

Quadro 5 - Diagrama de Categorização sobre o Respeito na Relação Pediatra e Criança

Categorias iniciais	Categorias intermediárias A	Categorias intermediárias B	Temas
1) - Criança como ser integral,sujeito moral (E1,E3) ... respeito à criança, respeito nessa relação significa escutar,conversar e tratar a criança como um ser humano como um todo, não apenas como ... uma parte doente ...(E1) 2) - personalização parcial,entender limite por faixa etária (E2) ..... existe um limite pra tudo e assim (pausa) respeitar é..que a criança tem nível de paciência ...de aceitação... de compreensão às vezes menor ,vc acompanhar tudo isso, cada criança ... e cada faixa etária tem essas particularidades e vc tem que acompanhar em cada um.(E2) 3) - Encontro clinico, busca pela excelência (E4) ...ver a necessidade da criança , éeee , a gente ter que um tempo pra.. ver ...a estória de cada um daqueles que entram precisando da nossa ajuda ;é examinar adequadamente ,assim, tendo tempo pra isso... o volume ,né , desgasta muito ,vc precisa assim ,ver mais rápido,muitas vezes assim mais ...do que vc gostaria ...tentar fazer o melhor ,assim por ele(E4) 4) - Encontro clinico, paciente singular, despersonalização mãe .(E5) ... respeitar a criança é ...é proceder corretamente na sua estória ,seu interrogatório ,no seu exame é utilizar os meios que vc tem disponível para poder atender a criança da melhor forma possível ..com relação à criança , é entender que cada criança é diferente ...tentar colocar, né , a mãe aí nesse circuito sem que ela interfira muito mas dando as informações que você precisa.(E5)	**1)** - Criança como ser integral Une as categorias iniciais:1criança como ser integral, sujeito moral (E1,E3), 7-Criança como ser integral, encontro clínico, (busca pela excelência e personificação do médico-pediatra(E9,E10), 8-Criança como ser integral ou sujeito moral (E12) e a 9- criança como sujeito moral e busca pela excelência(E13) **2)-**Busca pela excelência:une as categorias iniciais3- Encontro clinico, busca pela excelência(E4)e 4-Encontro clinico, paciente singular, despersonalização mãe (E5,E8) 3)-relação com a mãe,personalizada, criança despersonalizada, encontro clínico técnico legal.(E6,E11) **4)-**personalizada ,dependente de faixa etária:une as categorias iniciais 2 personalização parcial,entender limite por faixa etária(E2) e categoria 6-personalização da criança por faixa etária,personalização parcial da mãe(E7)	**1**-Criança como ser integral,sujeito moral Une as intermediárias A: **1**-criança como ser integral (E1,E3,E9,E10,E12,E13), com a categoria **4**-personificação da criança conforme faixa etária (E2,E7) **2**-Busca pela excelência ,pediatra como agente de predisposição virtuosa:(E4,E5,E8) **3**-Relação com a mãe(família)(E6,E11)	**I**-Criança como ser integral,sujeito moral (E1,E3,E9,E10,E12,E13, E2,E7) ...respeito à criança, respeito nessa relação significa escutar, conversar e tratar a criança como um ser humano como um todo, não apenas como... uma parte doente ...(E1) **II**- pediatra como agente de predisposição virtuosa, busca pela excelência: (E4,E5,E8) ... respeitar a criança é ...é proceder corretamente na sua estória ,seu interrogatório ,no seu exame é utilizar os meios que vc tem disponível para poder atender a criança da melhor forma possível ..com relação à criança , é entender que cada criança é diferente ...tentar colocar ,né , a mãe aí nesse circuito sem que ela interfira muito mas dando as informações que você precisa.(E5) **III**- Relação com a mãe(família),desfocamento do objeto da práxis (E6,E11) ...eu acho indispensável você ouvir, você explicar o que que está se passando com o filho daquela mãe... isso não pode acontecer porque é o filho dela, ela tem o direito de saber e a gente tem o dever de deixar ela consciente disso... (E6)

Quadro 5 - Diagrama de Categorização sobre o Respeito na Relação Pediatra e Criança

Categorias iniciais	Categorias intermediárias A	Categorias intermediárias B	Temas
5) - relação com a mãe,personalizada,criança despersonalizada, encontro clínico técnico legal. (E6) ...eu acho indispensável você ouvir , você explicar o que que está se passando com o filho daquela mãe ... isso não pode acontecer porque é o filho dela ,ela tem o direito de saber e a gente tem o dever de deixar ela consciente disso... (E6)			
6) - personalização da criança por faixa etária e personalização parcial mãe. ...(E7) ...com... criança lactente ,pré escolar ... pra baixo eu nem conto porque ... ée ela nem cobra..não ...vai pedir pra ... examinar ,num lactente jovem...não :o respeito já é seu ..você pode até falar com a mãe;mas em crianças maiores eu acho que tem que ter ...dizer à criança o que que vai fazer ... .acho que ele tá sendo utilizado hoje em dia ; é lógico que a gente esquece em vários momentos né, principalmente por ter vc atendido quarenta meninos em seis horas ... não vê tanto desrespeito assim ...né .talvez se pegue muito mais éee...desrespeito dos próprios pais ... com as crianças...(E7)			
7) - criança como ser integral+encontro clínico +personificação médico. (E9,E10) ...em relação à criança?(c :é)...eu acho que a maioria(pausa curta) respeita a gente e a gente ,claro, sempre respeita a criança (E10)			

Quadro 5 - Diagrama de Categorização sobre o Respeito na Relação Pediatra e Criança

Categorias iniciais	Categorias intermediárias A	Categorias intermediárias B	Temas
8) - personificação criança como ser integral, personificação médico e respeito como virtude bilateral. (E12) ... tudo na vida tem que ter respeito, né?Você tem respeitar a criança como indivíduo, como a criança tem que lhe respeitar... Como médico...respeitar os direitos da criança,não invadir... tentar agredir o menos possível, não é?...às vezes é tão pequenininho ,não entende ...(E12) 9) - criança como ser integral, encontro clínico ...(E13) ...entender a criança, aceitar a criança como ela é, sem procurar modificar no momento que vc tá consultando ela, entender que a criança está doente,...procurar resolver o problema da criança...sem ...impingir dor (E13)			

OBS: A cor vermelha indica as falas escolhidas
A numeração em azul indica categoria intermediária A
A numeração em rosa indica categoria intermediária B
A numeração em verde indica temas

7.9 Entendimento da criança da Relação Pediatra e Criança, na ótica dos pediatras

Completando o desenvolvimento da linha de pesquisa sobre as diferentes expressões do Respeito, será abordado, em seguida, o entendimento da criança sobre a Relação Pediatra e Criança, na ótica dos pediatras, que encerra o tema em questão.

Acerca desse entendimento, dentro do eixo temático conceitual dos treze profissionais entrevistados, obtive sete categorias iniciais:

1-Criança como ser pensante, pessoa integral.

2-Criança sente, elo de simpatia, vista como ser.

3-O não-saber do pediatra sobre o desenvolvimento mental infantil.

4-Crianças menores não entendem; as maiores entendem, como seres pensantes.

5-Crianças entendem sim; o modo depende da faixa etária.

6 - Criança menor, o pediatra desconhece; criança maior sente elo de simpatia.

7 – Criança menor não entende, criança maior sente.

8-Entendimento da Relação Pediatra e Criança dependente do preparo anterior

Primeira categoria: criança como ser pensante, pessoa integral.

A idéia de criança como pessoa e sujeito moral está bem exposta nas falas:

> … "*é ...a gente costuma subestimar a inteligência da criança,não é ,criança entende tudo e mais alguma coisa..você querer esquecer que criança é um ser pensante é você não conseguir nada, nenhuma resposta daquela criança à você , a não ser o choro, né...".(E1).*

> *....".se existe?....eu acho que ela está assim consciente do que tá acontecendo ,ela capta ...muitas vezes ,a gente acha que ela não está participando...você tá conversando com a mãe e ela solta uma informação daquilo que você tá conversando ...então acho que ela capta desde a estória até o exame ,a maneira como você se dirige a ela ... conversa com ela..." (E6).*

Segunda categoria: criança sente, elo de simpatia, criança vista como ser.

Aqui a criança é vista como ser mais sensitivo, que valoriza mais a linguagem corporal e a intuição emocional e, através dela, entende a Relação Pediatra e Criança:

> *"...Mas, na emergência eles têm medo; porque muitas vezes o médico não fala com eles ,fala com sua mãe,certo,não custa nada você chegar perto da criança e dar um sorriso ...pra criança que tá no colo; muitas vezes ele relaxa e ele sorri quando chega com estetoscópio perto dela .;não é?... são atitudes mínimas que você pode fazer numa emergência, independente do volume... de tentar estabelecer uma empatia com a criança...e ela comigo ,né verdade?...(E11).*

Entende, sim, a Relação Pediatra e Criança e responde, após uma aproximação inicial do pediatra, de modo emocional-afetivo, para a quebra de seu medo, que chega a ser irracional, ainda maior no setor de urgência. Ressalto que, nessa fala, a entrevistada discorda da maioria de seus colegas sobre o pediatra submeter a qualidade de sua práxis à precariedade das condições de atendimento levando a uma mudança na qualidade de sua consulta. Ela afirma que, com atitudes mínimas de cunho ético-moral e humanístico e não técnico, o pediatra pode e deve estabelecer uma empatia mútua como a criança, diretamente.

Maciel-Lima (2004) concorda com a presença da distinção de alguns profissionais em manter a qualidade do atendimento, inalterada; explica o fato como compromisso ético com o paciente, mantendo-o, mesmo sob pressão, como a demanda e outros fatores de influência externa.

Terceira categoria: *não-saber*, admissão do desconhecimento do pediatra sobre o desenvolvimento mental infantil:

> *...não sei se ele percebe que isso é respeito, que eu tô respeitando o pensamento dele ...eu tenho um relacionamento bom com o paciente , com a criança às vezes até melhor que com os pais ...né ,por conta desse meu jeito...tratar a criança né, agora não sei se a criança percebe isso..." (E3).*

Outras quatro categorias encontradas foram dependentes de faixa etária, variando da percepção à não-percepção e com sentimento ou pensamento coerente; serão colocados somente seus títulos, para uma discussão em conjunto, relativa a esse fator modulador:

Quarta categoria: menores não entendem, maiores entendem como seres pensantes:

> *....acho que depende da idade ...os pequenininho não vão entender muita coisa, assim, do que a gente tá querendo mexendo nele , assim, examinando ...muitos choram demais ,né ,mas, assim , o maiorzinho acho que já entende que a gente tá querendo, assim, o melhor pra ele ,assim ,que ele melhore de suas dores ... sua doença ... que o pediatra tá ali como uma pessoa pra ajudar, pra melhorar a qualidade de vida dele naquele instante ...(E4).*

Quinta categoria: Crianças entendem sim: o modo depende da faixa etária.

Nesta, não há explicações sobre os menores e, a partir de dois, três anos, interpreta-o como um ser pensante:

> *...entendem (categórica), criança entende muito, entende mais do que a mãe, às vezes; a gente diz uma coisa e a mãe entende outra e o menino entende (ri, cúmplice) entende muito bem, depois de dois anos e meio, três anos.. (.pausa) você às vezes conversa com a criança... Deixa à doida da mãe do lado e conversa com a*

criança....porque ela confia e faz, às vezes faz coisa que você...Às vezes até a mãe atrapalha e o menino se ajuda, não é?(E13).

Esta categoria explicita uma relação bi-direcionada entre pediatra e criança, de amizade e, mesmo na presença e participação da mãe nas explicações médicas, demonstra conseguir manter uma relação mais dual, direta e de cumplicidade e confiança, e até mais facilitada entre os dois, contrariamente à atuação da mãe, que a dificulta e não a entende.

Essa é a única, dentre as categorias que falam de faixa etária, que realmente coloca uma idade determinada e não fica só nas generalizações vagas concernentes ao tópico, mostrando uma tranqüilidade maior sobre seu conhecimento do desenvolvimento cognitivo emocional da criança.

Sexta categoria: criança menor, pediatra desconhece, criança maior sente elo de simpatia.

Relaciona o desconhecimento pelas condições de inconstância de origem dos pacientes, sempre renovados.

"...veja só ,a gente sente quando a ...principalmente a criança maiorzinha que entende já mais;quando ela é bem tratada ,ela gosta .pede pra voltar com você ,se identifica com você...que ela vai voltar ao serviço mais vezes , de repente ela cria um laço com você ,ela imita você em casa...mas isso vai depender ;aqui mesmo você não pode sentir isso por que ...a demanda daqui vem de todo canto ...então você não cria... Aquele ...laço.....se for bebezinho, lactente mesmo, não dá pra você perceber..".(E9).

Sétima categoria: criança menor não entende, criança maior sente

...dificilmente ,principalmente a criança nova ela não entende isso por completo,né , mas quando ela cria uma confiança em relação ao profissional e a você como médico ,ela deixa.. examinar e isso é

muito importante ...a nível de SUS;é preciso ouvir ,conversar mais com o paciente ,é, não existe, praticamente não existe (E8)

Oitava categoria: entendimento da Relação Pediatra e Criança dependente do preparo anterior da criança, do diálogo com os pais.

Esta categoria tem um eixo diverso do desconhecer, sentir, pensar ou modulação por faixa etária; relaciona o entendimento com a valorização à educação prévia e ao não amedrontamento da criança sobre a consulta como os fatores principais para a disposição de entendimento da criança na Relação Pediatra e Criança e afirma a quase inexistência desse diálogo.

"... depende muito do diálogo dos pais também,...mas do pediatra falar o que quê é aquilo de um modo que ela entenda facilmente e dos pais éééˊ,reafirmarem ,né,... as crianças tão muito perdidas,... eu acho que isso falta muito ...a gente nota a diferença quando tem uma criança que entende o que é isso..." (E7).

Portanto, e finalmente: colocando as categorias com a mesma direção do raciocínio aglomeradas, obtive quatro temas sobre esse aspecto:

1-Não–percepção do pediatra sobre esse entendimento da criança;

2-Criança como ser humano e sujeito moral;

3-Entendimento da Relação Pediatra e Criança dependente de idade cronológica;

4-Entendimento da Relação Pediatra e Criança dependente de preparo anterior da criança, do diálogo com os pais.

Então, seguem-se as considerações sobre os temas encontrados:

O primeiro tema: o desconhecimento ou não percepção do pediatra.

...não sei se ele percebe que isso é respeito, que eu tô respeitando o pensamento dele ...eu tenho um relacionamento bom com o paciente , com a criança às vezes até melhor que com os pais ...né ,por conta desse meu jeito...tratar a criança né, agora não sei se a criança percebe isso..." (E3).

Fato que causa estranhamento quando observado, pois, sendo a criança o foco e o objeto de estudo na formação tecnicista, como explicar esse desconhecimento?

Em um segundo momento de reflexão, foi exatamente pela formação desses entrevistados ter sido preponderantemente mecanicista que é desvalorizado o desenvolvimento não-físico e mais ainda envolvendo capacidade de crescimento e julgamento morais, nunca debatidos na maioria das universidades da era moderna.

Por exemplo, até distintos nomes de referência na área, como Piaget e Köhlberg, mal foram citados, quanto mais estudados.

O segundo tema: criança como ser e sujeito moral.

Neste, foram agrupados os sub-temas criança como ser pensante e de sentimentos como e sub-tema do elo de simpatia, pois, em ambos, o pediatra busca a criança como pessoa em sua totalidade. Refere-se o entendimento da criança sobre a Relação Pediatra e Criança, que não tem obrigatoriedade de ser expressa verbalmente, e, sim, entendida.

> *"...é ...a gente costuma subestimar a inteligência da criança,não é ,criança entende tudo e mais alguma coisa..você querer esquecer que criança é um ser pensante é você não conseguir nada, nenhuma resposta daquela criança à você , a não ser o choro ,né"(E1).*

> *"...Mas, na emergência eles têm medo; porque muitas vezes o médico não fala com eles ,fala com sua mãe,certo,não custa nada você chegar perto da criança e dar um sorriso ...pra criança que tá no colo; muitas vezes ele relaxa e ele sorri quando chega com estetoscópio perto dela .;não é?... são atitudes mínimas que você pode fazer numa emergência, independente do volume... de tentar estabelecer uma empatia com a criança...e ela comigo ,né verdade?"(E11).*

Terceiro tema: entendimento da criança sobre Relação Pediatra e Criança, dependente da faixa etária.

Inclui as quatro categorias iniciais, dependentes de faixa etária, com variações sobre o entendimento ou não da criança sob a ótica dos pediatras.

> *... "acho que depende da idade ...os pequenininho não vão entender muita coisa, assim, do que a gente tá querendo mexendo nele ,assim, examinando ...muitos choram demais ,né ,mas, assim , o maiorzinho acho que já entende que a gente tá querendo, assim, o melhor pra ele ,assim ,que ele melhore de suas dores ... sua doença ... que o pediatra tá ali como uma pessoa pra ajudar, pra melhorar a qualidade de vida dele naquele instante ..".(E4).*

Pode-se interpretar também como um não conhecimento consistente do pediatra sobre o desenvolvimento infantil, já que, à exceção de uma fala, nenhuma outra determina a faixa etária específica. Assim, como os pediatras valorizam a idade cronológica, se não a conhecem, passo a passo?

Se assim analisarmos, relacionando com sub-eixos anteriores, verificaremos que a Relação Pediatra e Criança não depende de racionalidade apenas, nem da pessoa, considerada, no sentido kantiano do termo, como ser racional e, sim, no sentido filosófico, como ser total, com ênfase nos aspectos subjetivos, relativos à sua dignidade, relações e qualidade das mesmas. Isto na pediatria, no caso em estudo.

Essas conclusões só reforçam a fundamentação ético-moral das virtudes, como sendo a abordagem já presente em grande parte dos pesquisados, ainda não nomeada como a mais completa e abrangente, na Bioética, para esse campo de atuação.

Tema quatro: dependente do preparo anterior da criança, do diálogo com os pais.

> *"... depende muito do diálogo dos pais também,...mas do pediatra falar o que quê é aquilo de um modo que ela entenda facilmente e dos pais éééˊ,reafirmarem ,né,... as crianças tão muito perdidas,... eu acho que isso falta muito ...a gente nota a diferença quando tem uma criança que entende o que é isso" (E7).*

Diz respeito à educação ético-moral, baseada em valores e princípios, ensinada e exercida desde a tenra infância, nos diversos ambientes, partindo do princípio de que o seio da família não é só influenciador, mas o principal formador do caráter e valores morais, tanto na infância , quanto nas relações futuras dessa criança.

Quadro 6 - Diagrama de Categorização sobre o entendimento da Relação Pediatra e Criança, na ótica dos Pediatras

Categorias iniciais	**Categorias intermediárias**	**Temas**
1-criança como ser pensante,pessoa integral (E1,E6,E10) ...é ...a gente costuma subestimar a inteligência da criança,não é ,criança entende tudo e mais alguma coisa..você querer esquecer que criança é um ser pensante é você não conseguir nada, nenhuma resposta daquela criança à você , a não ser o choro ,né.(E1) ...se existe?....eu acho que ela está assim consciente do que tá acontecendo ,ela capta ...muitas vezes ,a gente acha que ela não está participando...você tá conversando com a mãe e ela solta uma informação daquilo que você tá conversando ...então acho que ela capta desde a estória até o exame ,a maneira como você se dirige a ela ... conversa com ela (E6) 2-Criança sente ,elo de simpatia (E2,E11) ...Mas, na emergência eles têm medo; porque muitas vezes o médico não fala com eles ,fala com sua mãe,certo,não custa nada você chegar perto da criança e dar um sorriso ...pra criança que tá no colo; muitas vezes ele relaxa e ele sorri quando chega com estetoscópio perto dela .;não é?... são atitudes mínimas que você pode fazer numa emergência, independente do volume... de tentar estabelecer uma empatia com a criança...e ela comigo ,né verdade? (E11) 3- não sabe,admissão de desconhecimento do pediatra sobre desenvolvimento mental infantil (E3) ...não sei se ele percebe que isso é respeito ,que eu tô respeitando o pensamento dele ...eu tenho um relacionamento bom com o paciente , com a criança às vezes até melhor que com os pais ...né ,por conta desse meu jeito...tratar a criança né, agora não sei se a criança percebe isso (E3)	- -Num.1:criança como ser pensante E1,E6,E10 -Num.2:criança entende,elo de simpatia (E2,E11) -Num.3:não saber,pediatra desconhece desenvolvimento psíquico infantil E3 -Num.4:modulado por faixa etária: Dependente de faixa etária:não entende;maior como ser pensante –E4,E12 Dependente de faixa etária:menor sente,maior pensante-E5,E13 Dependente de faixa etária>:menor não entende,maior sente-E8 Dependente de faixa etária:menor desconhecido pelo pediatra,não sabe .maior sente,faz elo de confiança-E9 -Num.5:modulado por preparo anterior ,diálogo com os pais E7	**I**-não percepção do pediatra sobre esse entendimento,desconhecimento E3 ...não sei se ele percebe que isso é respeito ,que eu tô respeitando o pensamento dele ...eu tenho um relacionamento bom com o paciente , com a criança às vezes até melhor que com os pais ...né ,por conta desse meu jeito...tratar a criança né, agora não sei se a criança percebe isso (E3) **II** Criança como ser humano e sujeito moral E1,E11 ...é ...a gente costuma subestimar a inteligência da criança,não é ,criança entende tudo e mais alguma coisa..você querer esquecer que criança é um ser pensante é você não conseguir nada, nenhuma resposta daquela criança à você , a não ser o choro ,né.(E1) ...Mas, na emergência eles têm medo; porque muitas vezes o médico não fala com eles ,fala com sua mãe,certo,não custa nada você chegar perto da criança e dar um sorriso ...pra criança que tá no colo; muitas vezes ele relaxa e ele sorri quando chega com estetoscópio perto dela .;não é?... são atitudes mínimas que você pode fazer numa emergência, independente do volume... de tentar estabelecer uma empatia com a criança...e ela comigo ,né verdade? (E11)

Quadro 6 - Diagrama de Categorização sobre o entendimento da Relação Pediatra e Criança, na ótica dos Pediatras

Categorias iniciais	**Categorias intermediárias**	**Temas**
4-Entendimento dependente de faixa etária,Menores não entendem,maiores seres pensantes (E4,E12) .....acho que depende da idade ...os pequenininho não vão entender muita coisa, assim, do que a gente tá querendo mexendo nele ,assim, examinando ...muitos choram demais ,né ,mas, assim , o maiorzinho acho que já entende que a gente tá querendo, assim, o melhor pra ele ,assim ,que ele melhore de suas dores ... sua doença ... que o pediatra tá ali como uma pessoa pra ajudar, pra melhorar a qualidade de vida dele naquele instante ...(E4) 5-sim,entendem.modo dependente de faixa etária-menor sente atitude,maior pensante (E5,E13) ...entendem (categórica), criança entende muito, entende mais do que a mãe, às vezes; a gente diz uma coisa e a mãe entende outra e o menino entende (ri, cúmplice) entende muito bem, depois de dois anos e meio, três anos.. (.pausa)você às vezes conversa com a criança... Deixa à doida da mãe do lado e conversa com a criança...porque ela confia e faz, às vezes faz coisa que você...Às vezes até a mãe atrapalha e o menino se ajuda, não é?(E13) 6-Criança menor pediatra desconhece, criança maior sente elo de simpatia (E9) ...veja só ,a gente sente quando a ...principalmente a criança maiorzinha que entende já mais ;quando ela é bem tratada ,ela gosta .pede pra voltar com você ,se identifica com você...que ela vai voltar ao serviço mais vezes , de repente ela cria um laço com você ,ela imita você em casa...mas isso vai depender ;aqui mesmo você não pode sentir isso porque ...a demanda daqui vem de todo canto ...então você não cria... Aquele ...laço.....se for bebezinho, lactente mesmo, não dá pra você perceber ...(E9)		**III** -entendimento dependente da idade cronológica (E4) .....acho que depende da idade ...os pequenininho não vão entender muita coisa, assim, do que a gente tá querendo mexendo nele ,assim, examinando ...muitos choram demais ,né ,mas, assim , o maiorzinho acho que já entende que a gente tá querendo, assim, o melhor pra ele ,assim ,que ele melhore de suas dores ... sua doença ... que o pediatra tá ali como uma pessoa pra ajudar, pra melhorar a qualidade de vida dele naquele instante ...(E4) **IV** -Entendimento da RPC dependente do preparo anterior da criança,do diálogo com os pais (E7) ... depende muito do diálogo dos pais também,...mas do pediatra falar o que que é aquilo de um modo que ela entenda facilmente e dos pais éééˊ,reafirmarem ,né,... as crianças tão muito perdidas,... eu acho que isso falta muito ...a gente nota a diferença quando tem uma criança que entende o que é isso (E7)

Quadro 6 - Diagrama de Categorização sobre o entendimento da Relação Pediatra e Criança, na ótica dos Pediatras

Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Temas
7-criança menor não entende,maior sente (E8) ...dificilmente ,principalmente a criança nova ela não entende isso por completo,né , mas quando ela cria uma confiança em relação ao profissional e a você como médico ,ela deixa.. examinar e isso é muito importante ...a nível de SUS;é preciso ouvir ,conversar mais com o paciente ,é, não existe, praticamente não existe (E8) 8-dependente do preparo anterior da criança,diálogo com os pais (E7) ... depende muito do diálogo dos pais também,...mas do pediatra falar o que que é aquilo de um modo que ela entenda facilmente e dos pais ééé´,reafirmarem ,né,... as crianças tão muito perdidas,... eu acho que isso falta muito ...a gente nota a diferença quando tem uma criança que entende o que é isso (E7)		

OBS: A cor vermelha indica as falas escolhidas
A numeração em azul indica categoria intermediária A
A numeração em verde indica temas

7.10 Discussão final

Finalizando a discussão nessa pesquisa tem-se a confluência das categorias empíricas em dois eixos analíticos gerais do conceito Respeito. O conceito circulante entre os pediatras pesquisados predomina na ênfase aos seus aspectos na realidade concreta da práxis, e também, por outro lado, na sua vertente mais filosófica. O espectro de variação das diferentes interpretações do Respeito se delimita pela corporação profissional, mas com as nuances pessoais de cada pediatra.

Chega-se à interpretação do conceito Respeito sob a fundamentação da Ética das Virtudes da criança, como um sujeito moral, e do pediatra, como agente de predisposição virtuosa.

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 – Considerações finais

O presente estudo se propôs contribuir para aprofundar os conhecimentos e reflexões sobre o tema proposto, como uma contribuição à melhoria da práxis pediátrica.

Os temas profundos de reflexão não são debatidos e ensinados na formação médica dos pediatras pesquisados, nem na graduação, nem na pós-graduação ***latu sensu*** ou Residência Médica, assim como as habilidades de relacionamentos interpessoais e comunicação, necessárias, inclusive do ponto de vista dos entrevistados, para uma Relação Médico e Paciente otimizada.

De modo geral, os profissionais demonstram grande vontade de falar, de ter voz ativa e se fazer ouvir sobre sua práxis, seus anseios e dificuldades, suas decepções e também sua persistente escolha por ser pediatra. Escolha consciente, mesmo com a percepção do momento atual de crise paradigmática intensa na medicina, em todos os seus âmbitos, de formação teórica, acadêmica, das diretrizes políticas sobre currículo e, principalmente, de discrepância desses pontos todos com a prática médica vivida e experienciada. Esta, mais complexa na pediatria, com mudanças de todos os envolvidos; do foco primário da práxis, a criança; do médico pediatra e da família acompanhante, em diversos graus.

Teve-se clareza da percepção dos pediatras pesquisados sobre o que envolve a Relação Pediatra e Criança, tanto no que concerne aos relacionamentos

internos como em relação às condições externas em nível micro e macro da saúde e sócioeconômico-culturais sob as quais a criança vive e o modelo de assistência à saúde vigente.

Assim, fica clara a não-alienação do pediatra, simultaneamente à sua vontade e, ao mesmo tempo, descrença de mudanças e sentimento de impotência, gerado pela mudança na autonomia relacionada à sua práxis, e perda de auto-estima profissional, pela desvalorização do médico na sociedade moderna.

Na Relação Pediatra e Criança, o Princípio do Respeito se desvela como uma desembocadura de todos os fatos englobados no estabelecimento da práxis de um pediatra. Estabelecimento este permeado por seus valores intrínsecos e pelo código ético-moral pessoal, às vezes sombreado pelos hábitos de uma práxis costumeira da profissão seguindo os moldes tecno-científicos vigentes, mas que destoam e então, seus valores se mostram no discurso teórico.

Nas entrevistas, foram observados três planos sobre o conceito Respeito,que vale ressaltar:

1- O imaginário, ideal filosófico;

2- o teórico, formacional e acadêmico;

3- o concreto real, que é vivido e praticado.

A eventual e freqüente distância entre cada um desses planos leva a paradoxos em cada profissional pesquisado, seu discurso ideal, e sua práxis referida e praticada.

Nota-se que a maturidade do pensamento humanístico, com maior abordagem emocional e fundamentação ético-filosófica das pessoas, e sua alteridade, incluindo a criança, leva a uma Relação Pediatra e Criança mais simétrica e horizontalizada, buscada no ângulo da Bioética, entre pessoas.

O Respeito é um princípio fundamental e essencial na relação entre pessoas, entre a pessoa-médico e a pessoa-criança.

Da parte dos pediatras, foi claramente expressa sua vontade em resgatar ou restaurar a importância de valores e princípios na práxis pediátrica e na Relação Pediatra e Criança.

Abre-se espaço à questão Pediatra e Criança.Nesta questão ,devem ser considerados dois pontos básicos: Por um lado, a Ética das Virtudes,corrente de fundamentação ético-filosófica impregnada no íntimo das pessoas, o que a torna uma escolha lógica para servir de base a uma mudança paradigmática da saúde, em crise mundial. Por outro lado, a Relação Pediatra e Criança, inter-pessoal, com base na visão holística como ser integral, fundamentada nos princípios e valores da Ética das Virtudes, considerando o Princípio do Respeito essencial para sua existência. Considerando essas duas realidades essenciais, torna-se claro e natural que o Respeito constitua a base indissolúvel da Relação Pediatra e Criança.

Acresce ainda a interferência de três fatores nessa complexa Relação Pediatra e Criança:

- os diversos estágios de maturidade cognitiva, emocional e intelectual da criança, com sua característica individualização, variando em função de sua personalidade e das influências do meio em que vive e da educação família;
- a formação médica carente de abordagem na área específica da Bioética;
- a sensibilidade e formação ética prévia do médico-pediatra, que estão integradas em seu olhar sobre a criança.

Olhar que faz esse mesmo percurso, desde uma visão tecnicista e reducionista, passando pela humanização e almejando uma visão da criança como ser integral, e pessoa em sua totalidade, objetiva e racional, subjetiva e emocional.

A idade cronológica, de modo generalizado, se mostra ainda como modulador para a maioria, diferentemente do que é enfatizado nos conhecimentos científicos sobre desenvolvimento infantil, que não foram objeto de estudos e discussões na graduação ou pós-graduação em Pediatria conforme o desejado.

Alguns pesquisados demonstraram um nível mais profundo dos ensinamentos e doutrinação tecnicistas e predomínio da valorização da técnica no encontro clínico, considerando a criança sob a ótica reducionista e mecanicista da medicina ocidental oficial, a criança como corpo. Porém, mesmo entre estes profissionais, discerne-se a intenção de fazer o Bem, através da busca da excelência profissional, com o fim de ajudar a criança.

Sendo assim, pode-se inferir essa visão como voltada para a abordagem ético-filosófica, como um passo inicial, mas não suficiente, para a **eudaimonia**, a felicidade, meta de todos.

9 – RECOMENDAÇÕES

9 – Recomendações

1 - É necessário a realização de outras pesquisas qualitativas nos universos de Pediatras, para aprofundar ainda mais a temática em estudo e outras afins .

2 - É importante e mesmo imprescindível a criação de um espaço que propicie o aprendizado, reflexão, debates e deliberações sobre Bioética, dirigido à categoria médica, em especial aos Pediatras, visando a abordagem de temas diretamente relacionados à sua práxis. Para efetivar esta proposta seria importante contar com o apoio da Sociedade Brasileira de Bioética-Regional de Pernambuco e da Sociedade de Pediatria de Pernambuco. Um espaço similar ao criado no início deste corrente ano que é o Núcleo de Estudo e Pesquisa em Bioética do CCS/UFPE.

3 – Recomendo a valorização do princípio do Respeito à criança na relação com o Pediatra e a este último com o incentivo desta postura mais humana e adequação das condições de trabalho pelas instituições para o fomento desta prática.

10 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

10 – Referências bibliográficas

1. ACCIOLE, Giovani Gurgel. O lugar, teoria e prática profissional do médico. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 8, n. 14, p. 95-112, 2003.

2. ALMEIDA, José Luiz Telles de; SCHRAMM, Fermin Roland. Paradigm shift, metamorphosis of medical ethics, and rise of bioethics. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15(suppl. 1), p. 15-25, 1999.

3. ALMEIDA, Marcos. Comentários sobre os princípios fundamentais – perspectiva médica. In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Fundamentos da bioética**. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2002. p. 56-67.

4. ALMEIDA, Marcos; MUNOZ, Daniel Romero. **Relação médico-paciente e** Paciente - Instituição na AIDS: O direito à informação e à confidência; a discriminação, o abandono e a coerção. **Bioética**, v.1, n.1, p. 49-53, 1993.

5. ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde**: **possibilidades de mudanças.** Londrina:UEL/Abem, 1999.

6. ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais**: **pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2001. 202 p.

7. ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. São Paulo: Martin Claret, 2004.

8. BARBOZA, Heloisa Helena. Quem defende os interesses da criança? In: SCHRAMM, Fermin Roland; BRAZ, Marlene. **Bioética e saúde**: **novos tempos para mulheres e crianças**? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 125-128.

9. BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977. 226 p.

10. BERLINGUER, Giovanni. **Bioética cotidiana**. Brasília: UNB, 2004a. 280 p.

11. ------, Giovanni. Bioethics, health, and inequality. **Lancet**, v. 364, n. 9439, p. 1017-1019, 2004b.

12. BLANK, Danilo. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**., Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p.29-31, 2006.

13. BOELEN, Charles. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. **Bulletin of the World Health Organization**, Genebra, v. 80, n. 7, 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862002000700013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2006.

14. BOFF, Leonardo. **Ética e moral: a busca dos fundamentos.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 125 p.

15. ------, Leonardo. **Virtudes para um outro mundo possível**. Petrópolis: Vozes, 2006a. 199 p. (Hospitalidade: direito e dever de todos, v. 1).

16. ------, Leonardo. **Virtudes para um outro mundo possível**. Petrópolis: Vozes, 2006b. 126 p. (Convivência, respeito e tolerância, v. 2).

17. BOLSIN, S.; FAUNCE, T; OAKLEY, J. Practical virtue ethics: healthcare whistleblowing and portable digital technology. **Journal of Medical Ethics**, v. 31, p. 612-618, 2005.

18. BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 179 p.

19. BRASIL. **Código civil**. São Paulo: Vértice, 2005.

20. ------. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n.º 4, de 2001. **Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2006.

21. ------. Ministério da Saúde. Ministério da Criança. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Ministério da Criança, 1991. 110 p.

22. ------. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação de DST e Aids. **Projeto ajude-Brasil**: **avaliação epidemiológica dos usuários de drogas injetáveis dos projetos de redução de danos (PRD)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 341 p.

23. BRAUNACK-MAYER, A. What makes a good GP? An empirical perspectives on virtue in general practice. **Journal of Medical Ethics**, v. 31, p. 82-87, 2005.

24. BRAZ, Marlene. Bioética e reprodução. In: SCHRAMM, Fermin Roland; BRAZ, Marlene. **Bioética e saúde**: **novos tempos para mulheres e crianças?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 169-194.

25. BUBER, Martin. **Eu e Tu**. 8. ed. rev. São Paulo: Centauro, 2003. 170 p.

26. CAMPBEL, A. V. The virtue (and vices) of the four principles. **Journal of Medical Ethics**, v. 29, n.5, p. 292-296, 2003.

27. CAPRARA, Andréa; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15 n. 3, p. 647-654, 1999.

28. CARNEIRO, Glauco. **Um compromisso com a esperança**: **história da Sociedade Brasileira de Pediatria –1910-2000**. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 2000. 560 p.

29. CARNEIRO, Mauro Brandão; GOUVEIA, Valdiney Veloso (Coords.). **O médico e o seu trabalho**: **aspectos metodológicos e resultados do Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004. 234 p.

30. CARNEIRO, Mauro Brandão; GOUVEIA, Valdiney Veloso; PIMENTEL, José Peixoto (Coords.). **O médico e o seu trabalho**: **resultado da Região Nordeste e seus estados**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2005. 299 p.

31. CASTELLANOS, Marcelo. **A pediatria e a construção social da infância: uma análise do discurso médico-pediátrico**. 2003. 275 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Campinas, São Paulo, 2003.

32. CASTIGLIONI, Arturo. **História da medicina.**São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1947.v.2, 581 p.

33. CLOTET, Joaquim. Por que bioética? **Bioética**, Brasília, v. 1, n. 1, p.13-19, 1993.

34. CORREIA, Francisco de Assis. Alguns desafios atuais da bioética. In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Fundamentos da bioética**. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2002. p.

35. CORTINA, Adela. **Cidadãos do mundo para uma teoria da cidadania**. São Paulo: Loyola, 2005a. 210 p.

36. ------, Adela. **Tareas de uma bioetica latina**. 2003. Disponível em: < http://www.governo.it/bioetica/testi/Bioeticalat_Cortina.pdf> Acesso em: 31. mar. 2006.

37. ------, Adela; MARTÍNEZ, Emilio. **Ética**. São Paulo: Loyola, 2005b. 176 p.

38. COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (Coords.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. 302 p.

39. COUTINHO, Arnaldo Pineschi de Azeredo. Bioética e pediatria. In: SCHRAMM, Fermin Roland; BRAZ, Marlene. **Bioética e saúde**: **novos tempos para mulheres e crianças**? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 259-274.

40. CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: **teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. 80 p.p. 51-66.

41. DANTAS, Flávio. A relação médico-paciente em clínica médica. In: BRANCO, Rita Francis Gonzáles y Rodrigues. **A relação com o paciente**: **teoria, ensino e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 131-137.

42. DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, Simone Gonçalves. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: Suely Ferreira Deslandes. (Org.). **Caminhos do Pensamento**. **Epistemologia e Método.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-223.

43. DURAND, Guy. **Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos**. São Paulo: Loyola, 2003.

44. ENGELHARDT Jr, H. T. **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Loyola, 1998.

45. FAUNCE, T. Developing and teaching the virtue-ethics foundations of healthcare whistle blowing. **Monash Bioethic Review**, v. 23, n. 4, p. 41-55, 2004.

46. FERRAZ, Flávio Carvalho. A questão da autonomia e a bioética. **Bioética**, Brasilia, v. 9, n. 1, p.73-81, 2001.

47. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio**. 6. ed. rev. São Paulo: Positivo, 2005.

48. FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 6. ed. São Paulo: Forense, 2004. 252 p.

49. FRANCO, Selma Cristina; RIVORÊDO, Carlos Roberto Soares Freire de et al. A dinâmica relacional na consulta pediátrica como vivencia pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.31-40, 2000.

50. FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: **saberes necessários à prática educativa.** 23. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

51. GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; PAIÃO, Mara Regina Ribeiro Souza. O ser criança: percepção de alunas de um curso de graduação em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 75-83, 1999.

52. GARDINER, P. A virtue ethics approach to moral dilemmas in medicine. **Journal of Medical Ethics**, v. 29, p. 297-302, 2003.

53. GARRAFA, Volnei. Bioética e ciência – até onde avançar sem agredir. In: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (Coords.). **Iniciação à bioética**. Brasília:, 1998. p.99-110.

54. GARRAFA, Volnei; ALBUQUERQUE, Maria Clara. Enfoque bioético de la comunicacion en la relacion médico-paciente en las unidades de terapia intensiva pediátricas. **Acta Bioética**, v. 7, n. 2, p.355-367, 2001.

55. GARRAFA, Volnei; DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce Bellez. Bioetical language and its dialects and idiolects. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15 suppl. 1, p. 35-42, 1999.

56.GIRON, Manuel; BEVIÁ, Begoña; MEDINA, Elisa; TALERO, Manuel Simón. Calidad de la relacion médico paciente y resultados de los encuentros clinicos en atención primaria de alicante: un estudio con grupos focales. **Revista Española de Salud Publica**, v. 76, n. 5, p. 561-575, 2002.

57. GOMES, Julio Cezar Meirelles. As bases éticas da relação médico e paciente. In: BRANCO, Rita Francis Gonzáles y Rodrigues. **A relação com o paciente**: **teoria, ensino e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 1-9.

58. GONÇALVES, Manuel Maurício (Coord.) **Profilaxia da denúncia contra o profissional**. 2. ed. Belo Horizonte: Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, 2000. 108 p.

59. GOULART, Flávio A. de Andrade (Org.). **Os médicos e a saúde no Brasil**. Brasília: CFM, 1998. 200 p.

60. GRACÍA, Diego Guillén. Bioética e pediatria. In: _____. **Ética de los confines de la vida**. Bogotá: El buho, v. 3,1998.

61. ------, Diego Guillén. De la bioética clínica a la bioética global: trinta años de evolución. **Acta Bioética**, v. 8, n. 1p. 27-38. , 2002,

62. ------, Diego Guillén. Medicina basada en la evidência : aspectos éticos. **Bioética**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 79-87, 2000

63. ------, Diego Guillén,. Introduction to medical bioethics teorema. **Bulletin of Panamerican Health Organization**, v. 24, n. 4, 1990. Disponível em: <http://www.holis.org>. Acesso em: 28 jun. 2006.

64. HUARD, Pierre; LAPLANE, Robert. **Histoire illustrée de la pediatrie**. Paris: Roger da Costa, 1981.

65. ISMAEL, J. C. **O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada**. São Paulo: [s.] 2002. 160 p.

66. KANT, Immanuel. **Crítica da razão prática**. São Paulo: Martin Claret, 2004.

67. KOTTOW, Miguel. A bioética do inicio da vida. In: SCHRAMM, Fermin Roland; BRAZ, Marlene. **Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças**? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 19-38.

68. LALANDE, André. **Vocabulário técnico e crítico de filosofia**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

69. LEONE, Cláudio. A criança, o adolescente e a autonomia. **Bioética**, Brasília, v. 6, n.1 p. 51-54, 1998.

70. LEONE, Cláudio; YUNES, João. O ensino de pediatria: aspectos relativos à prática da. **Pediatria (S. Paulo)**, v. 5, p. 139-143, 1983.

71. LEOPOLDO e SILVA, Franklin. Breve panorama histórico da ética. **Bioética**, Brasilia, v.1, n. 1, p. 7-12, 1993.

72. ------, Franklin. Da ética filosófica à ética em saúde. In: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (Coords.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina1998. p. 19-36.

73. LEPARGNEUR, Hubert. Bioética e conceito de pessoa: esclarecimentos. In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Fundamentos da bioética**. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2002. p. 89-137.

74. ------, Hubert. **Bioética, novo conceito a caminho do consenso**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004.108 p.

75. LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação**: **abordagens qualitativas** São Paulo: EPU, 1988. 99 p. (Coleção temas básicos de educação e ensino).

76. MACHADO, Maria Helena. A profissão médica no contexto de mudanças. In: GOULART, Flávio A. de Andrade (Org.). **Os médicos e a saúde no Brasil**. Brasília:, 1998. p. 188-197.

77. ------, Maria Helena. Médico e paciente na sociedade atual. In: BRANCO, Rita Francis Gonzáles y Rodrigues. **A relação com o paciente**: **teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 18-24.

78. ------, Maria Helena. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 244 p.

79. MACIEL-LIMA, Sandra Mara. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20 n. 2, p. 502-511, 2004.

80. MANITTA, Gabriela. El malestar en la relación médico-paciente. **Acta Bioética**, v. 11, n. 1, p. 85-94, 2005.

81. MARTINS, Cláudio Jacinto; BRANCO, Rita Francis Gonzáles y Rodrigues. A relação médico-pacientes na emergência: reflexões sobre um plantão no pronto-socorro. In: BRANCO, Rita Francis Gonzáles y Rodrigues. **A relação com o paciente**: **teoria, ensino e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 249-252.

82. MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina**: **crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis: Vozes, 2003. 335 p.

83. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo**: Hucitec, 1992.

84. ------, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: **teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. 80 p.

85. MONDIN, Battista. **Os valores fundamentais**. Bauru: Edusc, 2005. 186 p.

86. MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLARES, Cecília Azevedo Lima. Pesquisando os processos de medicalização e institucionalização de crianças que-não-apredendem-na-escola. In: BARROS, N. F; CECATTI, G. J; TURATO, E. R. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa em saúde**: **múltiplos olhares**. Campinas: Kompasso, 2005. p. 193-206.

87. MUNÕZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antônio Carvalho. O principio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (Coords.). **Iniciação à bioética**. Brasília:, Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-70.

88. NASCIMENTO JUNIOR, Pierre Góis do; GUIMARÃES, Teresinha Maria de Macedo. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. **Bioética**, Brasilia, v. 11, n. 1, p.101-114, 2003.

89. NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito Lopes et al. Ética e subjetividade no trabalho médico. **Bioética**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 23-32, 2004.

90. NOSEK, Leopold; ROTEMBERG, Lea Katte Brickman. Relação médico-paciente: uma experiência com residentes. **Pediatria (S. Paulo)**, v. 1, p. 105-112, 1979.

91. NOVO Michaelis dicionário ilustrado português – inglês. 3. ed. São Paulo: Melhoramentos, 1958.

92. OAKLEY, Justin; COCKING, Dean. **Virtue ethics and professional roles**. Cambridge: Cambridge University press, 2006. 188 p.

93. OLIVEIRA, Helena de. A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 326-332, 1993.

94. ONGINI, Silvia. **Derechos de los niños en las relaciones familiares: el derecho del menor a ser oído**.. 2005.11 f (Especializacion en problemática social infanto-juvenil) - Faculdad de Derecho. Universidad de Buenos Aires, Argentina 2005.

95. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – **Declaração universal dos direitos do homem**. 1948. Disponível em: <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/por.htm>. Acesso em: 28 jun. 2006.

96. PELLEGRINO, Edmundo D. The relationship of autonomy and integrity in medical ethics. **Bulletin of PAHO**, v. 24, n. 4, p. 361-371, 1990

97. PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. Bioética: do principialismo à busca de uma perspectiva latino-americana. In: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (Coords.). **Iniciação à bioética**. Brasília: , 1998. p 81-98.

98. -------. **Fundamentos da bioética**. 2. ed. São Paulo: Paulus[s1], 2002.

99.POPE, Catherine; ZIEBLAND, Sue; MAYS, Nicholas. Analisando dados qualitativos. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

100.PRADO, M. M.; FREITAS, A. F.; RIBEIRO-ROTTA, R. F. A relação cirurgião-dentista/paciente: associando o "ser" com o fazer. In: BRANCO, Rita Francis Gonzáles y Rodrigues. **A relação com o paciente**: **teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 270-279.

101. RAWLS, JOHN. **A Theory of Justice**. Oxford University Press, 1999. 538p.

102 REGO, Sérgio; PALÁCIOS, Marisa; SCHRAMM, Fermin Roland. Competência bioética do profissional na assistência materno-infantil. In: SCHRAMM, Fermin Roland, BRAZ, Marlene. **Bioética e saúde**: **novos tempos para mulheres e crianças**? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 81-104.

103. RIVOREDO, Carlos Roberto S. F. Um modelo de organização, análise e interpretação de dados qualitativos. In: BARROS, N. F; CECATTI, G. J; TURATO, E. R. (Orgs.)**. Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares**. Campinas: Kompasso, 2005. p. 207-218.

104. ROCHA, Zeferino. **Ética** Aula inaugural da pós-graduação em Ciências da Saúde .Recife: Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde, 2005

105. RODRIGUES, M. S. P; LEOPARDI, M. **O método de análise e de conteúdo**: **uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. 118 p.

106. SAMPAIO, Dulce Moreira. **A pedagogia do ser**: **educação dos sentimentos e dos valores humanos.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2005. 163 p.

107. SANTOS, Maria Celeste Cordeiro. **O equilíbrio do pêndulo**: **a bioética e a lei: implicações médico-legais.** São Paulo: Ícaro, 1998. 313 p.

108. SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade.** São Paulo, Hucitec, 1993. 229 pp.

109. SCHRAMM, Fermin Roland. A autonomia difícil. **Bioética**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 27-37, 1998.

110. ------ : Cuidados em saúde da mulher e da criança, proteção e autonomia. In: SCHRAMM, Fermin Roland, BRAZ, Marlene (Orgs.). **Bioética e saúde**: **novos tempos para mulheres e crianças**? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 39-66.

111. ------; BRAZ, Marlene (Orgs.). **Bioética e saúde**: **novos tempos para mulheres e crianças**? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 274 p.

112. SCHÜTZ, Gabriel Eduardo; SCHRAMM, Fermin Roland; Alocação de recursos na assistência materno-infantil. In: SCHRAMM, Fermin Roland; BRAZ, Marlene. **Bioética e saúde**: **novos tempos para mulheres e crianças**? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 105-124.

113. SEGRE, Marco; LEOPOLDO E SILVA, Franklin; SCHRAMM, Fermin Roland. O contexto histórico, semântico e filosófico do principio da autonomia. **Bioética**, v. 6, n.1, p. 15-23, 1998.

114. SILVA, Maria Julia Paes. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Bioética**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 73-88, 2002.

115. SILVEIRA, Denis Coutinho. Relação de pertença entre ética e educação: o significado contemporâneo da ética das virtudes. **Revista de Ciências Humanas (Florianópolis)**, Frederico Westphalen/RS, v. 5, p. 189-203, 2005.

116. SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE A BIOÉTICA E OS DIREITOS DAS CRIANÇAS. 1., 2000., Mônaco. **Declaração de Mônaco**. Disponível em: < http://www.ensp.fiocruz.br/etica/docs/artigos/Biodc.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2006.

117. SIQUEIRA, José Eduardo de. O princípio da justiça. In: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (Coords.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 71-80.

118. SOUSA, Daniel Emídio de. Anotações sobre a relação médico-paciente: um ponto de vista pscinálitico. In: BRANCO, Rita Francis Gonzáles y Rodrigues. **A relação com o paciente**: **teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 33-39.

119. SPROESSER Jr., Antonio José. Humanização em medicina intensiva. In: BRANCO, Rita Francis Gonzáles y Rodrigues. **A relação com o paciente**: **teoria, ensino e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 160-164.

120. STEWART, Moira A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. **Canadian Medical Assocation Journal**, v. 152, n. 9, p. 1423-1433, 1995.

121. SUCUPIRA, Ana Cecília S. L.; FERRER, Ana Paula S. Uma experiência de ensino de propedêutica pediátrica em ambulatório. 2000. **Pediatria (São Paulo)**, v. 22, n. 2, p.105-114,2000.Disponível em: <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/html/460/body/02.htm> Acesso em: 31. mar. 2006.

122. TAQUETTE, Stella R. et al. Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 23-28, 2005.

123. TOLENTINO, Maria Ângela. Relação médico-paciente em neurologia: uma abordagem humanística. In: BRANCO, Rita Francis Gonzáles y Rodrigues. **A relação com o paciente**: **teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 165-168.

124. TURATO, Egberto Ribeiro.Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p.507-514, 2005.

125. VEIGA, Eneida Q. O; BATISTA, Nildo A. O ensino de pediatria no nível de graduação nas escolas de medicina do estado do Rio de Janeiro. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, v. 82, n. 2, p. 115-120, 2006.

126. VERNIA, Marta Vicenta Cantavella. **La bioética como eje integrador del currículo médico para mejorar el desempeño profesional**. Disponível em: < http://www.bioetica.org/bioetica/doctrina10.htm> Acesso em: 4. jul. 2006.

127. VILLAR, Maria Auxiliadora Monteiro; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. Residência médica em pediatria: no campo de prática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 329-339, 2002.

128. ZACARIOTTI, Edith Tereza Pizarro. A relação médico-paciente na pediatria. In: BRANCO, Rita Francis Gonzáles y Rodrigues. **A relação com o paciente**: **teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 181-190.

129. ZANOLLI, M. L.; MENDES, R. T. Enfoques qualitativos nas pesquisas sobre políticas e práticas de atenção à saúde da criança e do adolescente. In: BARROS, N. F; CECATTI, G. J; TURATO, E. R. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa em saúde**: **múltiplos olhares**. Campinas: Kompasso, 2005. p. 167-184.

130. ZANOLLI, M. L.; MERHY, Emerson Elias. A pediatria social e as suas apostas reformistas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n. 4, p. 977-987, 2001.

131. ZEA, Adolfo de Francisco. 2000. **Fundamentos de la relacion médico-paciente**. Disponível em: <http://www.encolombia.com/medicina/gastroenterologia/gastro15400cronica.htm> Acesso em: 16. jul. 2006.

11 – ANEXO E APÊNDICE

Anexo - A

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 012/2006 – CEP/CCS/UFPE

Recife, 08 de fevereiro de 2006.

Registro do SISNEP FR – 74768
CAAE – 1439.0.172.840-05
Registro CEP/CCS/UFPE N.º 318/2005
TÍTULO: "O Princípio do Respeito na relação pediatra e criança: percepção do profissional".

Senhora Pesquisadora,

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco CEP/CCS/UFPE registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe aprovando-o e liberando-o para coleta de dados em 08 de fevereiro de 2006.

Ressaltamos que ao pesquisador responsável deverá apresentar relatório ao final da pesquisa (05/03/2007).

Atenciosamente,

Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS/UFPE.

A
Mestranda, Carla de Albuquerque Araújo
Prog. de Pós-graduação do Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente – CCS /UFPE.

Apêndice A

Roteiro norteador das entrevistas individuais semi-estruturadas da pesquisa científica : O Princípio do Respeito na Relação Pediatra e Criança-percepção do profissional

1- Como você está hoje?
2- Costuma praticar algum esporte?
3- Faz algum hobby, lazer?
4- Como você convive com o estresse?
5- Como você sabe, estou fazendo uma pesquisa científica para fins de mestrado. Como você se sente atuando nesse serviço infantil de saúde pública?
6- Como você vê a formação do pediatra?
7-Já ouviu falar sobre Bioética?O que pensa sobre o tema?
8- Como você vê a Relação Pediatra e Criança?
9- O que você entende por Respeito?
10- O que você entende por Respeito especificamente na Relação Pediatra e Criança?
11- Qual sua opinião sobre o entendimento da criança desta Relação Pediatra e Criança?

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo