



## ORIGINAL ARTICLE

ETHICS CONFLICTS FROM THE CARE AND DIE AT INTENSIVE CARE UNITS:  
PERCEPCIONS NURSING STUDENTSCONFLITOS ÉTICOS DO CUIDAR E DO MORRER NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA:  
VISÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEMCONFLICTOS ÉTICOS EM CUIDAR E MORIR EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: VISION DE LOS  
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍAJúlio César Batista Santana<sup>1</sup>, Ana Cristina de Sá<sup>2</sup>, Vera Lúcia Zaher<sup>3</sup>

## ABSTRACT

**Objective:** to understand the ethical conflicts meaning in the taking care process and perception of the nursing academics of dying in Intensive Care Units (ICUs). **Methodology:** this is about a research from phenomenological approach, according to the following scheming question: which had been the ethical conflicts lived deeply by you during the training period on ICUs. For such question, it was looked to refer the bioethical questions that contemplate the science of life. They had gotten the deposition of nine nursing academics, of which they had excited the units of meaning, making possible to investigate the citizens everyday and its expression in the world-life. **Results:** it had been attributed units of meanings in a perspective that emerged the ethical conflicts of academics nursing in the taking care and dying process: holistic care X technique; care centered in the illness; family influence and the communication in taking care of; ICUs limits: until when investing? **Conclusion:** the reflections revealed that the nursing academics face complex situations, that go, since the routines techniques learning process to diverse situations that involves the human suffering and revealing ethical conflicts of our fragility, waking up its proper human being dimension, the existential direction, sensitizing them for a taking care reflection, becoming vulnerable to the suffering and questioning the limits where they are placed in. **Descriptors:** ethics; nursing; students; intensive care units; bioethics.

## RESUMO

**Objetivo:** compreender o significado dos conflitos éticos no processo do cuidar e do morrer em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) na visão dos acadêmicos de enfermagem. **Metodologia:** pesquisa com abordagem fenomenológica, direcionada pela seguinte questão norteadora: quais os conflitos éticos vivenciados por você durante o período de estágio em UTIs? Para tal, procurou-se referenciar as questões da bioética que contemplam a ciência da vida. **Resultados:** foram atribuídas unidades de significado na medida em que emergiam os conflitos éticos dos acadêmicos no processo do cuidar e morrer: cuidado holístico X tecnicismo; cuidado centrado na doença; limites na UTI: até quando investir? **Conclusão:** as reflexões desvelaram que os acadêmicos de enfermagem enfrentam situações complexas, que vão desde o processo de aprendizagem das rotinas técnicas a situações diversas que envolvem o sofrimento humano e conflitos éticos reveladores de nossa fragilidade, despertando a sua própria dimensão humana, o sentido existencial, sensibilizando-os para uma reflexão do cuidar, tornando-os vulneráveis ao sofrimento e questionando os limites em que são colocados. **Descritores:** ética; enfermagem; estudantes; unidades de terapia intensiva; bioética.

## RESUMEN

**Objetivo:** El comprender el significado de los conflictos éticos en el proceso de cuidar y morir en Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), dentro de la percepción de los académicos de enfermería. **Metodología:** pesquisa com embasamento fenomenológico, direcionada por la siguiente cuestión norteadora: ¿cuales fueron los conflictos éticos vivenciados por usted durante el periodo de estagio en UTIs? Para tal, se buscó referenciar las cuestiones da bioética que contempla la ciencia de la vida. **Resultados:** el final de la pesquisa fueron atribuidas unidades de significados en una perspectiva que emergían los conflictos éticos de los académicos en el proceso de cuidar y morir: cuidado holístico X tecnicismo; cuidado centrado en enfermedad; límites en UTI: ¿hasta cuando invertir? **Conclusion:** las reflexiones desvelaron que los académicos de enfermería enfrentan situaciones complejas, que van, desde el proceso de aprendizaje de rutinas técnicas hasta situaciones diversas que envuelven el sufrimiento humano y conflictos éticos reveladores de nuestra fragilidad, despertando su propia dimensión humana, el sentido existencial, sensibilizándolos para una reflexión del cuidar, volviéndose vulnerables al sufrimiento y cuestionando los límites que son colocados. **Descriptor:** ética; enfermería; estudiantes; unidades de terapia intensiva; bioética.

<sup>1</sup>Enfermeiro. Professor mestre da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – UNIFENAS, Faculdade Ciências da Vida – UNIPAC. E-mail: [Julio.santana@terra.com.br](mailto:Julio.santana@terra.com.br); <sup>2</sup>Enfermeira. Psicóloga e Pedagoga. Professora doutora das Disciplinas Psicologia, Metodologia da Pesquisa Científica, Psiquiatria e Didática no Centro Universitário São Camilo – São Paulo (SP), Brasil. E-mail: [anacrispsicoenf@uol.com.br](mailto:anacrispsicoenf@uol.com.br); <sup>3</sup>Médica. Doutora do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E-mail: [verazaher@scamilo.edu.br](mailto:verazaher@scamilo.edu.br)

## INTRODUÇÃO

O meu vivenciar como enfermeiro assistencial e docente em campo de estágio perpassa por vários momentos. Exerci, na maioria das vezes, atividades de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Esta experiência profissional, associada ao conhecimento técnico-científico adquirido durante anos, possibilitou-me a oportunidade de ocupar novos espaços, como passar de *enfermeiro-assistencial* a *enfermeiro-professor*. Pode-se mesmo dizer que a maioria dos profissionais que atua na docência tornou-se professor da noite para o dia e no meu caso não foi diferente.<sup>1</sup>

Esta nova atividade também gerou alguns conflitos éticos. No desenvolver das aulas, diante do contato com os acadêmicos, presenciei situações que iam muito além do processo tradicional de ensino prático de Enfermagem. Diante das várias situações conflitantes, percebia a necessidade de fomentar novas reflexões, reclamava a mediação do afeto, da troca, da criatividade, do contato humano. Os problemas éticos caracterizam-se pela sua generalidade e isto os distingue dos problemas morais da vida cotidiana, que são os que se nos apresentam nas situações concretas.<sup>2</sup>

Dentre as situações de conflito presenciadas, uma deixou marca imensurável no contexto da vida:

Eram sete horas da manhã e estava acompanhando um grupo de seis acadêmicas de enfermagem na UTI de um grande hospital público. Presenciamos a parada cardíaca solitária de um senhor de aproximadamente 68 anos, portador de uma cardiopatia grave e que estava em falência de múltiplos órgãos. Na passagem de plantão, o médico da noite anterior havia relatado que esse paciente estava "fora de possibilidades terapêuticas" (FPT), ou com prognóstico de morte próxima. O doente FPT é aquele para o qual a medicina não possui mais recursos para deter o avanço fatal da doença, trazendo interrogações para a equipe de saúde, para familiares e para a própria pessoa.<sup>3</sup> Porém, ao realizar a avaliação do paciente, o plantonista diurno parece ter relevado o diagnóstico de FPT e, ao ver o paciente evoluindo em quadro de parada cardíaca, chamou a equipe de residentes e, de forma exaustiva e puramente técnica, realizaram as manobras de ressuscitação por aproximadamente 30 minutos. O paciente voltou a ter batimentos cardíacos, mas não apresentava nenhuma reação aos estímulos, evoluindo para óbito 2 horas após. As

acadêmicas de enfermagem ficaram apáticas: via-se seu olhar triste, suas dúvidas, sua impotência perante a situação. Senti a necessidade de ouvi-las e estes foram alguns dos questionamentos: "Seria necessário reanimar esse paciente?" "Ele não era terminal?" "Quando devemos interromper o tratamento curativo?" "Foi justo com o paciente e com toda a equipe esta intervenção?" "Quais são os limites dentro das UTIs?" "Por que a enfermeira chefe não falou nada e nem a equipe de enfermagem?" "É sempre assim que acontece, professor?"

A interrupção de assistência respiratória ou cardíaca significa, simplesmente, o reconhecimento da futilidade de tal assistência e, conseqüentemente, a iminência da morte é reconhecida. Não aplicar tais ações inúteis pode ser um sinal de verdadeiro respeito pela pessoa.<sup>4</sup>

Particularmente na área da saúde, os novos marcos contextuais têm contribuído para o surgimento de reflexões éticas por parte dos profissionais no que diz respeito às condutas frente a situações-dilema. Tais situações denotam o quanto os avanços tecnológicos têm propiciado um poder de intervenção sobre a vida e o quão relevantes são as conseqüências advindas para os indivíduos e a sociedade.<sup>5</sup>

Em virtude da vivência em atividades práticas de ensino no contexto da terapia intensiva e preocupado com o aprendizado do acadêmico, percebi a necessidade de investigar como se desenvolve este processo considerando questões éticas e, para que isto se tornasse algo concreto, foi necessário o ouvir de forma abrangente, deixando o acadêmico verbalizar as suas inquietações, aspectos fundamentais na reflexão sobre os dilemas éticos no processo do cuidar e morrer em UTIs.

Ao ingressar no Mestrado em Bioética, pareceu-me conveniente desenvolver o presente estudo com o objetivo de compreender o significado dos dilemas éticos no processo do cuidar e morrer nas UTIs sob a ótica dos acadêmicos de Enfermagem.

### • Aspectos bioéticos do processo do cuidar e morrer em UTI

A UTI é caracterizada pelo atendimento a pacientes graves que possuem características comuns, como instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória e/ou que necessitam de monitoração e acompanhamento como uma medida preventiva.<sup>6</sup> Várias são as inquietações diante do processo do cuidar e morrer nessas unidades que remetem aos

limites do homem, ou seja, até que ponto estamos investindo em nosso paciente com dignidade.

A ética auxilia o enfermeiro a refletir, fundamentado em princípios que nortearão as condutas e as tomadas de decisões. Este, o pensar a sua pode ponderar o valor de suas ações em relação ao outro e a si mesmo.<sup>7</sup>

Observa-se, nas UTIs, a complexidade do processo de cuidar dos pacientes. Procedimentos invasivos tornam-se comuns no cotidiano da terapia intensiva, resultando em um ambiente voltado para o emprego de técnicas que, na visão dos leigos, demonstra ser um ambiente frio e inóspito.

*A atuação profissional em uma UTI requer, portanto, um dimensionamento de várias questões éticas. A medicina intensiva lida principalmente com condutas imediatas em situações limítrofes e com uma possível reversibilidade da situação. As decisões que envolvem conflitos éticos devem ser tomadas com base na experiência, no consenso implícito dos membros da equipe, numa sólida estrutura técnica e num embasamento teórico e de reflexão permanentes.*<sup>8</sup>

Vários conflitos apresentam-se à equipe interdisciplinar e à sociedade como um todo e merecem ser discutidos, sejam eles de natureza ética, filosófica ou humanística.

No início do século, as causas de morte eram epidemias, acidentes com a natureza, com animais ou problemas de coração. Falava-se de morte aguda, porque o tempo entre o adoecer e o morrer era de cinco dias apenas. Hoje, as causas de morte são: câncer, desnutrição, doenças crônicas do coração, cérebro, violência de todo tipo, acidentes de carro, de trabalho, dentre outros. Fala-se de processo do morrer porque, entre o adoecer e o morrer, há uma média de cinco anos. O que fazer durante esse tempo?<sup>9</sup>

Uma grande parte dos profissionais de saúde que atua em UTI apresenta preocupações centradas no desafio de promover uma assistência ao paciente com qualidade tecnológica. Associam esta minimização de sentimentos como ansiedade, tensão e angústias, causadas, na maioria das vezes, pelo próprio ambiente da UTI e pelas idéias culturais e condições de tratamento intensivo.<sup>10</sup>

*A atividade da medicina moderna não consiste apenas em curar e prolongar a vida, mas também em fazer viver quem já está morto. Os progressos atuais da medicina podem manter as funções vitais de um corpo muito além do curso normal da doença.*

*Neste contexto, o morrer está em nosso poder e pode ser dominado. Este domínio possibilita e favorece uma obstinação terapêutica que agride e não respeita a dignidade do morrente.*<sup>11</sup>

O que se questiona, ou o que nos parece necessário refletir, é até que ponto o progresso técnico, tal como se apresenta hoje, é "saudável" e promove o crescimento e harmonização das pessoas, uma vez que, quando questionamos os próprios profissionais da área de saúde, nenhum deles deseja a UTI para si mesmos ou para seus familiares.<sup>12</sup>

O enfoque do cuidar deve estar presente em sua essência e não pode ficar aprisionado a valores que permeiam somente a ótica do cuidar tecnológico, esquecendo a essência do doente. O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato, é uma postura. Abrange, portanto, mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro.<sup>13</sup>

As unidades especializadas como UTIs, Unidades Coronarianas e Unidades de transplantes, têm se constituído na expressão maior desses setores o emprego da tecnologia, dos quais, ao lado de uma sincronia de trabalho sob a ótica tecnológica, emergem situações conflitivas quando se consideram perspectivas distintas dos vários humanos ali presentes: pacientes, médicos, enfermeiros, famílias.<sup>5</sup>

Perceber quando o paciente entra em um quadro de terminalidade em UTI requer uma discussão por parte da equipe e família. Talvez este seja o maior desafio. Quando definir que o paciente não se encontra em condições de continuar a receber o tratamento e que os recursos a serem empregados apenas adiariam sua morte e prolongariam seu sofrimento? Esta situação torna-se difícil de ser encarada nas UTIs. O paciente terminal é aquele que se caracteriza por usar uma infinidade de recursos tecnológicos e, mesmo assim, apresenta resultados desanimadores. É um paciente que, em determinado momento na evolução de uma doença, mesmo que disponha de muitos recursos, está em processo de morte inevitável. A terapêutica não aumentaria sua sobrevida, mas apenas prolongaria o processo lento de morrer, levando-o ao sofrimento. A terapêutica, neste caso, é fútil e pressupõe sofrimento.<sup>14</sup>

A discussão sobre as questões referentes à eutanásia, distanásia, ortotanásia, cacotanásia, mistanásia, narcotanásia, do

ponto de vista ético, merece ser revista. No livro *Bioética uma face de cidadania*: Eutanásia significa "boa morte" (eu = bom, thanatos = morte), cacotanásia, "má morte"; mistanásia, "morte infeliz" (por fome, por exemplo); narcotanásia, "morte narcotizada" (uso de remédios que deixam a pessoa sedada); distanásia, "morte dolorosa"; "ortotanásia", morte com dignidade.<sup>15</sup>

A atuação de um profissional, em uma UTI, requer, portanto, um redimensionamento de várias questões éticas. As decisões que envolvem conflitos éticos devem ser tomadas com base na experiência, no consenso implícito dos membros da equipe, numa sólida estrutura técnica e sob um embasamento teórico de reflexões permanentes.<sup>8</sup>

A abertura de um espaço de reflexão para discussões éticas na profissão de enfermagem propicia uma troca mútua de experiências, com liberdade de expressão dos sentimentos e dos anseios. Procurar um enlace para entender o vivido na escola e no encontro com os pacientes poderá contribuir para a formação desses profissionais.

### TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Para compreender os dilemas éticos no processo do cuidar e do morrer, vivenciados pelos acadêmicos, percebi que a abordagem qualitativa seria o caminho mais coerente, recorrendo à fenomenologia como referencial. Utilizando esse referencial, o pesquisador busca a essência do contexto vivenciado pelo sujeito, preocupado com um nível de realidade que não pode ser quantificado, correspondendo a um espaço de aspectos subjetivos.<sup>16</sup>

Para compreender o homem, é preciso entender que o ser-ai ou DASEIN é o ser-no-mundo, é o ser-no-mundo-com-os-outros. Isso inclui a característica fundamental de como me relaciono, atuo, sinto, penso, vivo com meus semelhantes: o ser humano. Não sendo a existência isolada, a experiência se dá numa relação interpessoal e subjetiva. O fenômeno não se desvela totalmente porque sempre haverá um sujeito para o qual ele se mostra em diferentes perfis. No processo de comunicação, pesquisador e sujeito estão juntos no mundo-vida, co-participando de experiências vividas, estabelecendo a intersubjetividade de estar-com, ou seja, em coexistência.<sup>16</sup>

Ao escolher esta trajetória, a reflexão da experiência vivencial, busca-se uma aproximação com a essência vinculatoria à existência humana, que se refere ao mundo vida de cada um de nós, que vai além do

mundo físico e se caracteriza por um contexto ontológico. No discurso do sujeito, a busca de significados atribuídos por ele levará à estrutura e à compreensão do fenômeno vivido. Para chegar a essa etapa, são percorridos três momentos fundamentais: a descrição, a redução e a compreensão fenomenológica. Estas etapas estão longe de serem individualmente separadas como se fossem passos estanques, mas sobrepõem-se em uma combinação sincrética, ou seja, em uma fusão que se realiza no momento da pesquisa.<sup>17</sup>

*[...] é, não o do ser puro, mas o sentido que transcende a intercessão de minhas experiências com as do outro, pela engrenagem de umas sobre as outras, ele é, pois inseparável da subjetividade e da intersubjetividade que fazem sua unidade pela retomada das minhas experiências passadas em minhas experiências presentes, da experiência do outro na minha.*<sup>18</sup>

Utilizando esta metodologia, o pesquisador vai ao encontro dos depoimentos ingênuos do sujeito, do seu falar espontâneo, sem interpretações prévias, com uma questão norteadora que possibilita o fluir de um livre relato, permitindo mostrar o fenômeno tal como ele é, sem direcionar pressupostos do pesquisador, pois o foco da fenomenologia está direcionado para o específico, o particular, o individual do fenômeno, procurando, assim, compreendê-lo.

### CAMINHO METODOLÓGICO

A coleta de dados foi realizada onde os fenômenos ocorrem, ou seja, no cenário da terapia intensiva. Os sujeitos da pesquisa foram nove acadêmicos de enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), matriculados do 6º ao 9º período e que estavam estagiando na UTI. Após esses alunos terem concordado em participar da pesquisa, receberam cartas convite e foi apresentado e assinado por eles o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

O projeto para este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da PUC Minas número 0009.0.213.000-06 e do Centro Universitário São Camilo – São Paulo número 06/06, assegurando uma pesquisa respaldada na Resolução 196/96, que regulamenta as diretrizes de pesquisas que envolvam seres humanos. As entrevistas foram desenvolvidas de forma individual, conduzidas pelo pesquisador nos meses de agosto a outubro de 2006, na PUC Minas. Para esses acadêmicos, foi proposta a questão norteadora: **Quais os**

### **conflitos éticos vivenciados por você durante o estágio de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva?**

Com a anuência dos entrevistados, as respostas foram transcritas na íntegra e os discursos foram analisados e contextualizados com o referencial teórico. Após a transcrição das falas, as fitas foram destruídas para manter o anonimato dos informantes, respeitando os preceitos éticos de uma pesquisa envolvendo seres humanos.

Para garantir o anonimato dos sujeitos do estudo, foram estruturados os depoimentos dos sujeitos em pseudônimos, em homenagem a algumas enfermeiras, religiosos e cuidadores, refletindo a representatividade dessas pessoas, que vivenciaram momentos importantes no processo do cuidar, como por exemplo: Florence Nightingale, Ana Néri, São Camilo de Lelis, Wanda Horta, Madre Tereza de Calcutá, São Vicente de Paula, Santa Terezinha e São Francisco de Assis.

## **RESULTADOS**

Ouvir o discurso dos acadêmicos de enfermagem mostrou-me uma complexidade de valores, sentimentos e emoções. Compreender os significados atribuídos aos dilemas éticos vivenciados por estes sujeitos não foi uma tarefa fácil. O referencial fenomenológico, ao contemplar o humano com a sua história de vida, perpassa por momentos diversos, inerentes à subjetividade de cada um, mas como um sujeito presente no mundo e não apenas um sujeito isolado. A maneira de se expressar, o olhar, o choro muitas vezes ocultado, a linguagem não verbal foram pontos importantes para captar as unidades de significados por eles atribuídos.

### **• Cuidado holístico X Tecnicismo**

Nesta categoria construída, percebe-se, nas falas dos acadêmicos, sua percepção de uma assistência fragmentada nas UTIs, um cuidar direcionado pela esfera técnica esquecendo a essência do ser que se encontra em estado de enfermidade. A fala abaixo revela essa percepção:

*[...] eu acho que as pessoas têm o olhar muito técnico, científico e pouco humano, então eu acho, que prejudica o cuidado com o paciente. Como acadêmica, penso que o cuidado deve ser completamente voltado a atender às necessidades do paciente e não só ao procedimento técnico. (Florence Nightingale)*

O profissional deve buscar olhar o paciente de forma holística, já que é preciso aprender

a cuidar além do físico, estendendo esse olhar para a faceta emocional e espiritual.<sup>7</sup>

*[...] o cuidar na UTI, a gente fica querendo aquela visão holística, ver o paciente como um todo, mas eu acho, que naquele momento, ali, a urgência, a emergência é tanta, que a gente acaba esquecendo desse cuidar holístico mesmo [...] quando o paciente está estável a gente procura manter esta estabilidade, mas nem sempre a gente acaba olhando como um todo, acho que quando o paciente está respondendo, seria mais fácil perceber esta visão da sua totalidade. (Ana Neri)*

Percebe-se que o mundo dinâmico próprio das UTIs, o lidar com situações de urgência e emergência presentes a todo o momento afasta esta visão do todo, direcionando um cuidar mais imediatista, para intervenções que restabeleçam as funções fisiológicas do paciente.

*[...] cada um fica preocupado com sua área de atuação, por exemplo, o enfermeiro tem que fazer curativos, isso ou aquilo, o médico tem que estar avaliando a prescrição, o pessoal da fisioterapia olhando os respiradores [...] o técnico de enfermagem, o cuidar dele é mais assim, pegar na massa mesmo, é fazer, acho que cada um fica muito preocupado com a sua área. (São Camilo de Lelis)*

Na UTI como em outros setores da instituição, cabe ao enfermeiro a realização de alguns procedimentos específicos (punção arterial, sondagem vesical, curativos...) e a coordenação de toda a equipe de seu turno de trabalho. Aos técnicos e auxiliares de enfermagem competem as funções de prestar assistência "integral", ou seja, cuidado da higiene e conforto e de técnicas específicas. Percebe-se bem definida, aqui, a divisão do trabalho de enfermagem.<sup>19</sup>

A divisão de tarefas está presente nesta unidade; os procedimentos são realizados por diversos profissionais e distribuídos de acordo com a complexidade das intervenções. Observa-se uma equipe interdisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, acadêmicos, técnicos e auxiliares de enfermagem, cada um realizando a sua função. Muitas vezes não há uma interação entre eles, fragmentando-se todo um processo do cuidar. Uma das falas expressa esta situação:

*[...] a tecnologia tem o lado bom, porque pode agilizar as medidas a serem tomadas, pode agilizar o atendimento, mas tem o lado ruim também, entre outras, robotizar quem está trabalhando [...] esquece que em muitas horas, tem que tomar uma decisão ou pode fazer outra intervenção, sem se*

*preocupar em usar aqueles recursos ali, muitas vezes fica dependente e esquece alguma coisa que poderia observar na clínica, prefere substituir aquilo por um recurso moderno que talvez não precisasse tanto.* (Madre Tereza de Calcutá)

Acrescentar apenas os recursos tecnológicos no processo da assistência pode direcionar a um cuidar robotizado, insensível, esquecendo que, muitas vezes, um procedimento simples, como escutar o paciente, perceber o que ele está sentindo, poderá ser o melhor a ser feito.

Alguns profissionais que atuam na UTI vêm percebendo a necessidade de mudar o enfoque predominantemente tecnicista, paciente-doença, para uma abordagem mais humanista que englobe o cliente como pessoa, com especificidades.<sup>10</sup> Essa necessidade é revelada na fala abaixo:

*[...] pensam muito na técnica que estão fazendo, ah! por exemplo, quando vão passar uma sonda, não falam com o paciente, parece que o mesmo é um objeto [...] preocupam muito com os procedimentos a serem executados, ah, não sei quantos banhos para fazer ainda, tudo que tem para fazer, em vez de dar uma assistência assim, no geral, para aquele paciente que está com ele, ali, naquele momento, não vejo um cuidado totalizado, como fala na escola [...] vejo um cuidar padronizado.* (São Vicente de Paula)

O cuidar técnico está presente nas UTIs. Os procedimentos são realizados de forma automática, percebendo-se que, devido à gravidade dos pacientes, muitos deles sedados, em coma induzido, parecem não levar os profissionais a perceberem a necessidade de estar comunicando o que vai ser realizado. Parecem sentri-se, sentem-se donos do paciente; não respeitam sua autonomia.

#### • Cuidado centrado na doença

Nesta categoria, as falas evidenciam o afastamento do cuidar centrado no paciente, centrando-o na alteração, nos valores numéricos dos aparelhos. Percebe-se que, quando otimizam, por exemplo, a melhora de uma pressão arterial e o objetivo já foi alcançado, parecem esquecer-se esquecem-se do paciente, pois, neste momento, a meta seria a melhora da pressão arterial. Onde fica o paciente nessa situação?

*[...] fiquei perplexa quando o médico instalou um catéter no paciente, em momento algum ele percebeu que o paciente queria entender o que estava fazendo com ele, [...] nesse momento percebi que dão maior ênfase a doença em*

*detrimento do paciente.* (Florence Nightingale)

O modelo de assistência nas UTIs é centrado nos aspectos biológicos, não se preocupando com o resgate da autonomia dos humanos envolvidos, especialmente o sujeito hospitalizado. As ações são impostas, apesar de todas as discussões sobre o atendimento integral, humanizado e participativo.<sup>19</sup>

*[...] lembro um dia, o paciente estava aparentemente bem, porém o oxímetro acusou uma saturação baixa, mas o paciente estava bem, foram logo intervindo com condutas, e depois, que observaram que era falha no aparelho, esqueceram de ver o paciente.* (São Vicente de Paula)

*[...] a gente preocupa com o que foi evidente no momento, por exemplo, se tem alguma condição que esteja patológica, naquele momento a gente quer torná-la fisiológica, então eu acho [...] vai mais no que está evidente para gente, no que está aparecendo naquele momento.* (São Francisco de Assis)

As falas revelam que os parâmetros biológicos aferidos pelos aparelhos parecem falar mais que o próprio paciente. Estabelecer um parâmetro vital é a grande conquista. O sucesso é evidenciado, quando, por exemplo, conseguem entubar ou foi feita uma reanimação bem sucedida. Esses fatos representam valores importantes para a equipe, independentemente do que foi feito realmente foi o melhor para a necessidade subjetiva do paciente e seus familiares.

*[...] acho que está faltando a afetividade particular de cada um, está faltando conhecimento sobre o cuidar do ser humano, que as pessoas, acho que poucas, são raras as exceções que estudam o cuidar do ser humano, as pessoas gostam de estudar o que acontece com o coração, com os rins, fígado, todo mundo sabe de cor, e o ser humano? Como é o cuidado com o ser humano?* (Wanda Horta)

Conhecer o ser humano, como um sujeito presente, que não se limita apenas a um leito e a uma patologia, requer um repensar do cuidar mais coerente com os limites de cada um, com a sensibilidade humana de cuidadores, que não se restringem apenas à doença em si, ao órgão lesado, mas que vivenciam o contexto do significado da vida.

#### • Limites na UTI até quando investir?

Nesta categoria, as falas evidenciam que os acadêmicos de enfermagem vivenciam as dúvidas e os limites da terapia intensiva. Ficam vulneráveis ao poder de decisão de equipe, sentem-se inseguros e vários são os questionamentos que os perpassam.

Acreditam que o morrer com dignidade deve ser focado por todos, mas, ao mesmo tempo, reflete, nas suas falas, que, enquanto houver recursos, todas as alternativas possíveis devem ser tentadas.

*[...] morrer com dignidade, bom eu acho que não, porque às vezes um paciente que a fisiopatologia dele me disse que ele não tem nenhuma chance, mas eu, é opinião minha, eu não sei se o organismo dele reaja a uma reanimação, pode reagir, as vezes ele tem uma história de vida, ou uma emoção naquele momento [...] nunca vai saber a emoção do paciente no momento da parada, acho que fica a critério do profissional, julgar e decidir a morte, então não acho isso justo. (Florence Nightingale)*

*[...] discutir sobre a morte é o mais difícil, porque tem momento que é difícil prolongar a vida, prolongar este sofrimento [...] também não é justo, por outro lado quem está em volta e é próximo e quer que ele viva [...] mas e aí, e a pessoa? É aquilo que ela quer? É aquele sofrimento? (Madre Tereza de Calcutá)*

A tecnologia introduziu um novo nível de escolhas, para as quais a medicina não tem respostas exclusivas, visto que estas se tornaram questões de valor e não só de ciência. Por exemplo, um paciente terminal preferiria viver mais ou sofrer menos? Se a escolha fosse entre uma existência biológica continuada e uma existência somente com certa qualidade de vida, o que seria escolhido? Obviamente, a não ser que conhecessem os valores e objetivos do paciente, os médicos não teriam respostas para essas questões.<sup>20</sup>

*[...] o que é a morte, e até que ponto realmente uma pessoa pode sobreviver sem muitas seqüelas também, porque a gente não pensa nisso, quer que viva, a gente acha que tem que sobreviver, mesmo que não existam mais recursos terapêuticos, mas não pensamos na pessoa, estamos prolongando o seu sofrimento, [...] será que estamos sendo egoístas. (São Francisco de Assis)*

Em termos coloquiais, a questão se colocaria da seguinte forma: até que ponto se deve prolongar o processo do morrer quando não há mais esperança de vida, de a pessoa gozar novamente de saúde, já que, nessa fase, todo o esforço terapêutico só adia o inevitável e prolonga a agonia e os sofrimentos humanos? Manter a pessoa "morta-viva" interessa a quem?<sup>20</sup>

Percebe-se a dúvida dos acadêmicos sobre até que ponto investir no paciente. Questionam sobre o morrer com sofrimento, sobre a terapia fútil que possa estar sendo empregada, não contemplando a autonomia

da pessoa. Porém, questionam também quando o paciente é um familiar próximo. Parece que a decisão fica na autonomia do familiar ou da equipe e não da pessoa que vivencia seu processo de morte.

*[...] os limites na terapia intensiva podem ser o que o monitor me diz, pode ser, é o que as minhas digitais dizem quando eu vou palpar um pulso, por exemplo, pode ser o que minha emoção fala, ou o que o meu pessoal me fala [...] estou sentindo que vai dar certo e continuo, mas eu continuo com o meu sentimento e com avaliação ao monitor que vai dar certo [...] e o paciente, onde fica [...] acho que tem que haver um balanço da tecnologia com a experiência profissional, com a dedicação de cada um [...] é um conjunto de tudo isso. (São Vicente de Paula)*

*[...] nem sempre a morte é do jeito mais fácil [...] tem aqueles casos que se cuida até o último momento, mas chega um ponto que não tem como fazer mais nada, mas existe controvérsia também, até aonde a gente vai, pode parar [...] e se a paciente está parada, vai reanimar, mas e aí? Então talvez se deixasse parar, também não pouparia o sofrimento. Mas em alguns casos que reanimaram e saíram bem, acho isso controverso demais [...] esses casos de deixar sofrer além do que devia, pela vontade mesmo que a gente pensa mais em vida que em morte, a gente não aceita a morte, nesta perspectiva acho que tem mais sofrimento na UTI do que morte tranquila. (São Camilo de Lelis)*

Em nossas UTIs e hospitais universitários, o problema gira em torno do investimento terapêutico exagerado que não permite à pessoa morrer com dignidade porque tem de se tentar de tudo, mesmo quando não há cura. Na introjeção acrítica do dogma, enquanto "existe vida existe esperança". A distinção e a precisão conceitual vão ajudar a desfazer mal-entendidos e a prevenir os desconfortos que sentem os profissionais da saúde, em particular os médicos, quando não se aplica, ou se interrompe determinado procedimento terapêutico, diante da morte iminente e inevitável.<sup>20</sup>

*[...] muitas pessoas da equipe já são contra estar realizando algum procedimento ali, por exemplo, na parada cardíaca, mas esse profissional que está liderando, seja um médico, um enfermeiro, qualquer categoria, ele continua no intuito, as vezes de satisfação pessoal ou até mesmo no intuito de realmente trazer o paciente à vida de novo, mas sem estar avaliando, se isso vai realmente benéfico para o paciente, apenas mantê-lo vivo por aparelhos, mas sem vida humana. (São Camilo de Lelis)*

*[...] acho a questão mais difícil na UTI, quando vai falar sobre o paciente que se encontra fora de possibilidades terapêuticas, isso é a principal questão que a gente vê UTI [...] acho que deve investir no paciente até onde a tecnologia pode, porque se houve este tipo de avanços, por que não o estar utilizando este procedimento, mas em certos momentos, tenho meus questionamentos. (Wanda Horta)*

Dúvidas estão presentes na percepção dos acadêmicos de enfermagem, nos limites de uma terapia intensiva. Quando se deparam com os pacientes terminais, ficam apreensivos se realmente o melhor seria utilizar todos os recursos disponíveis para prolongar a vida.

*[...] não houve um preparo para lidar com a morte, acaba vendo a morte com uma forma até de fugir, acaba paralisando, porque você se torna frio ou até uma forma de se proteger pela incapacidade que temos, agente mais focaliza na vida o processo de cura do que uma discussão sobre morrer, deveria ser mais discutido o processo de morrer na escola. (Santa Terezinha)*

Por diversas razões, não queremos encarar a morte calmamente; uma das razões mais importantes é que morrer é triste demais sob vários aspectos. Sobretudo é muito solitário, mecânico, frio e "desumano".<sup>21</sup>

Percebe-se a necessidade de discutir o processo da finitude. Distanciar e ocultar a morte não permitirá que o acadêmico construa um repensar nas questões de vida e que possa relacionar as ações do cuidar nas diversas etapas da doença, podendo perceber qual será o melhor momento de não mais investir, mas sim aplicar um cuidado paliativo, que respeite o ser humano, pensando em um morrer com dignidade.

*[...] ortonásia, morrer bem, com dignidade, respeitando os limites, eutanásia, por exemplo, tem um paciente na fase terminal, agonizando, Eu faço uma morfina e ajudo no processo do morrer e a distanásia [...] vamos intubar, vamos fazer a hemodiálise, vamos reanimar de novo, é a quinta parada dessa pessoa, coitada [...] alguém pergunta, mais a escola não ensinou para você que a morte é natural, discute muito a eutanásia, mas e o morrer com sofrimento, os investimentos sem limites na terapia intensiva [...], como acadêmico fico muito confusa, talvez o tempo me ensinará. (Ana Néri)*

O termo "distanásia" ainda é pouco conhecido e utilizado no meio acadêmico científico brasileiro, especialmente na área de saúde, ao contrário do que ocorre com a "eutanásia", que é mencionado e discutido

com frequência. A eutanásia é comentada a todo momento, em manchetes de noticiários, jornais e é, sem dúvida, muito menos praticada do que a distanásia em nossas instituições de saúde, especialmente nas UTIs, que poderiam até ser chamadas de "modernas catedrais de sofrimento humano".<sup>(21)</sup>

Fica evidente, após os relatos apresentados, que os conflitos éticos vivenciados pelos acadêmicos de enfermagem nas questões que remetem aos limites nas UTIs e ao enfrentamento da morte envolvem várias inquietações relacionadas a valores sobre a vida, deixam lacunas importantes que merecem ser discutidas no mundo acadêmico e devem ser aprendidas com as experiências da vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender os significados dos dilemas éticos atribuídos por um grupo de acadêmicos de enfermagem em UTI no processo do cuidar e do morrer foi o principal objetivo deste trabalho. Contextualizar esses dilemas com o mundo vida, diante da magnitude do ser humano e da complexidade do cotidiano das UTIs, requereu um olhar que transcendeu uma realidade única. Remeteu aos diversos valores sobre o cuidar e o processo do morrer com dignidade em uma dimensão que busca, na bioética, um repensar sobre nossas ações no cotidiano de trabalho em consonância com a realidade da vida.

Um pressuposto que me orientou no desenvolver desse trabalho foi acreditar que a formação do acadêmico de enfermagem não poderia ficar restrita apenas a repassar uma bagagem de conhecimento técnico-científico, mas que refletisse um aprender que contemplasse um saber ético, humano, com respeito às ações do cotidiano de trabalho.

Talvez existam coisas, no cenário da vida, que não iremos encontrar nos livros, mas vamos aprender com as nossas experiências. Muitas vezes, não há uma resposta única, absoluta; irá depender de como estamos vivenciando esta situação e em que acreditamos, uma dialética da ciência com os acontecimentos da nossa realidade.

Refletir sobre todo esse processo de ensino na formação dos acadêmicos de enfermagem fez-me recorrer a uma dimensão de mundo-vida, de saber os nossos limites, de lidar com a morte como parte da vida, de saber relacionar uns com os outros e de avaliar se as nossas ações estão sendo autênticas. Colocar um pouco do humano nas mãos, essência do nosso trabalho, percebendo que precisamos

Santana JCB, Sá AC de, Zaher VL.

Ethics conflicts care and die in intensive care units...

do cuidar em tudo, pode ser um ato simples, mas que tem uma significância imensurável, que não pode ser quantificada por valores numéricos, mas sentido, vivenciado, acrescentando, na vida, o cuidar, o seu maior valor.

Os acadêmicos expressam a necessidade de desenvolver o cuidar humano nestas unidades, não se atendo somente ao tecnicismo presente, a não se limitar à assistência centrada na doença, no patológico, no que os números dizem, mas associar toda essa tecnologia à sensibilidade.

Outro conflito ético, vivenciado pelos acadêmicos, é o deparar-se com o processo da finitude nas UTIs. Em muitos momentos, acham que devem investir no paciente a todo custo, enquanto houver vida, mas, ao mesmo tempo, acreditam que, em certas circunstâncias, a morte deve ser encarada como parte da vida. Relatam que, em algumas situações, já não seria viável reanimar, pois não existem mais perspectivas de vida e aplicar a reanimação poderia ser uma forma dolorosa de adiar a morte, prolongar o sofrimento, aplicando a distanásia.

Decidir sobre o curso da vida humana gera conflitos éticos, deixam lacunas, para as quais ainda não se conseguiu encontrar respostas de forma a saber o momento certo de investir ou não em um paciente e qual seria o limite a ser respeitado. Mas entretanto, ao mesmo tempo, quando se pensa e escolhe uma assistência voltada para um olhar ético, que se descubra, nesse processo, o lado digno da vida, aceitando a morte não como um fracasso, mas como algo que, em determinadas situações, vai ocorrer. Pensar em ajudar a morrer bem, de forma digna, poderá ser o caminho para enfrentar essas situações.

Não é pretensão, deste estudo, esgotar essa problemática que vivenciamos nas UTIs e acredito que não deva ficar restrita apenas aos profissionais de saúde que lidam cotidianamente com esse cenário. O ouvir de todos: equipe, família, paciente e sociedade poderá ser um caminho para novas descobertas, para busca de reflexões éticas, respeitando o pensar de cada um e não se restringindo a uma concepção autoritária e irreduzível.

Ensinar um cuidar mais humano não depende apenas de rotinas nos procedimentos; envolve nuances próprias, que se entrelaçam com a essência do sujeito, enquanto ser-no-mundo. Neste contexto, ouvir a percepção dos acadêmicos de enfermagem como futuros profissionais, ainda em processo

de aprendizagem, associado à troca de experiências com toda a equipe, poderá contribuir para novas discussões, suspendendo o silêncio e possibilitando uma discussão ética e esclarecedora desses dilemas.

## REFERÊNCIAS

1. Santiago NB. De profissional enfermeira a enfermeira professora: um estudo sobre a formação docente no ensino superior. [Dissertação] Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2003.
2. Vazquez AS. Ética. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005.
3. Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond; 2004.
4. Pessini L. Eutanásia: por que abreviar a vida? São Paulo: Loyola; 2004.
5. Boemer MR, Sampaio MA. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. Rev Latino-Am Enfermagem. 1997; 5(2):33-8.
6. Silva MJP. Qual o tempo do cuidado? humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola; 2004.
7. Silva MF, Fernandes MFP. A ética do processo ante o gerenciamento de enfermagem em cuidado paliativo. O Mundo da Saúde. 2006; 30(3):318-325.
8. Barreto SM. Rotinas em terapia intensiva. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
9. Barchifontaine CP, Pessini L. Bioética: alguns desafios. São Paulo: Loyola; 2001.
10. Moraes JC, Garcia VG, Fonseca AS. Assistência prestada na unidade de terapia intensiva adulto: visão dos clientes. Nursing: Revista Técnica de Enfermagem. 2004; 67(79):29-35.
11. Junges JR. Bioética: perspectivas e desafios. Porto Alegre: Ed. Unisinos; 1999.
12. Silva, MJP. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2003.
13. Boff L. Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.
14. Piva JCP, Carvalho PR. Considerações éticas nos cuidados médicos ao paciente terminal. Bioética. 1993; 1:129-138.
15. Oliveira F. Bioética: uma face de cidadania. 2ª ed. São Paulo: Moderna; 2004.
16. Heidegger M. Ser e tempo. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000.

17. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes; 1989.
18. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
19. Martins JJ, Faria EM. A (Re) organização do trabalho da enfermagem em UTI através de uma nova proposta assistencial. Texto e Contexto Enfermagem. 2000; 9(2):388-401.
20. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola; 2001.
21. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2008/06/01

Last received: 2008/07/25

Accepted: 2008/07/27

Publishing: 2008/10/01

**Address for correspondence**

Júlio César Batista Santana

Rua: Alberto da Veiga Guinard, 153

Residencial Ermitage

CEP: 35700-971 – Sete Lagoas (MG), Brasil