

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
Mestrado em Bioética

Cláudia D'Arco

**O ENFERMEIRO DIANTE DA OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA: UM
OLHAR À LUZ DO REFERENCIAL BIOÉTICO DA
VULNERABILIDADE**

São Paulo
2010

Cláudia D'Arco

**O ENFERMEIRO DIANTE DA OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA: UM
OLHAR À LUZ DO REFERENCIAL BIOÉTICO DA
VULNERABILIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação stricto sensu em Bioética do Centro Universitário São Camilo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientador:
Prof.^a Dr.^a Luciane Lúcio Pereira

Co-orientador:
Prof.^a Dr.^a Margareth Rose Priel

**São Paulo
2010**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca P.^e Inocente Radrizzani

D'Arco, Cláudia

O enfermeiro diante da obstinação terapêutica: Um olhar a luz do referencial bioético da vulnerabilidade/ Cláudia D'Arco. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010.

88p.

Orientação de Luciane Lúcio Pereira e Margareth Rose Priel

Dissertação de Mestrado em Bioética, Centro Universitário São Camilo, 2010.

1. Assistência paliativa / ética 2. Papel do profissional de enfermagem 3. Unidades de terapia intensiva 4. Vulnerabilidade I. Pereira, Luciane Lúcio II. Priel, Margareth Rose III. Centro Universitário São Camilo IV. Título.

Cláudia D'Arco

**O ENFERMEIRO DIANTE DA OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA: UM
OLHAR À LUZ DO REFERENCIAL BIOÉTICO DA
VULNERABILIDADE**

São Paulo, ____ de _____ de 2010.

Professor Orientador

Prof.^aDr.^a Luciane Lúcio Pereira

Professor Co-Orientador

Prof.^a Dr.^a Margareth Rose Priel

Professor Examinador

Professor Examinador

DEDICATÓRIA

Agradeço a Deus, presença constante em minha vida, que me deu força e coragem, permitindo-me que eu tornasse mais um sonho realidade.

Este estudo é também dedicado às pessoas que são muito importantes em minha vida

Ao meu esposo, António Carlos Silveira Martins, meu maior incentivador que soube compreender e esperar durante o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus filhos, Tatiana e Pedro D'Arco Silveira Martins, razão do meu viver, por possibilitarem a realização deste trabalho.

À minha cunhada, Sónia Regina, que nos momentos de angústia trouxe equilíbrio e tranquilidade para que eu pudesse continuar

A todos, o meu muito obrigada.

Meus Agradecimentos mais sinceros

À Professora Doutora Luciane Lucio Pereira, pelos seus ensinamentos, possibilitou que eu alcançasse meu objetivo, com paciência e compreensão e dedicação.

À Professora Doutora Margarethe Rose Priel, que acreditou em mim e impediu que eu desanimasse.

Ao Professor Doutor Willian Saad Hossne, coordenador do curso de Mestrado e Doutorado do Centro Universitário São Camilo, pela sua dedicação e apoio aos alunos.

Aos professores Maria Cristina Komatsu Braga Massarolo e ao Padre Leocir Pessini, pela importante colaboração em minha qualificação, com reflexões e ponderações pertinentes, permitindo a evolução qualitativa deste estudo.

Aos professores do Mestrado, pela oportunidade de aprimoramento e na fundamentação bioética que ampliaram o meu universo de saber.

Ao Centro Universitário São Camilo, por meio da coordenação do Curso de Graduação de Enfermagem, a oportunidade.

Aos coordenadores da pós-graduação pela ajuda na seleção dos enfermeiros que se sujeitaram à pesquisa e a tornaram possível.

À minha família, pela paciência, compreensão e incentivo na execução deste trabalho.

Às amigas, Maria Inês Salati, Adriana Faria Lima, Mariângela Abate de Lara Soares e Maristela Lopes Gianini, pelos momentos de alegria e participação neste trilhar de descobertas.

Em especial a minha amiga Claudete Aparecida Conz que, como um anjo, surgiu no momento em que eu mais precisava e permitiu que eu não desistisse.

Ao Marcello Batista Pimentel, secretário do Departamento ENP, pela ajuda e disponibilidade na formatação deste trabalho.

À Professora Joana D'Arc, pela minuciosa revisão da língua portuguesa e oportunidade de aprendizado.

A todos que, embora não estejam citados, muito contribuíram para a realização desta pesquisa.

Meu muito obrigada.

EPÍGRAFE

“É sabido que o ser humano não aceita muito bem a finitude das coisas e, principalmente, da vida. Talvez, para conviver de forma positiva com a finitude o ser humano precise acreditar na complexidade das coisas que o rodeia. A morte, apesar de inevitável, pode ser compreendida e sentida de maneira sadia. É preciso absorver um novo paradigma, o qual proporciona uma melhor apreensão das lições essenciais de vida e do amor das pessoas que fazem parte do mundo e do universo particular de cada um.”

Caroline C. Westphalen

D'ARCO, CLÁUDIA. **O enfermeiro diante da obstinação terapêutica: um olhar à luz do referencial bioético da vulnerabilidade.** 2010. 88f. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2010.

RESUMO

O crescente desenvolvimento tecnológico desencadeou dilemas éticos e bioéticos, como a obstinação terapêutica, situação muito frequente e pouco conhecida pelos profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), dentre eles o enfermeiro. Os profissionais de enfermagem que atuam nesse ambiente têm conhecimento técnico desenvolvido, acompanham os avanços tecnológicos, em detrimento aos saberes psicossociais, configurando um corpo de saberes menos reflexivo. Este estudo teve como objetivo compreender a percepção do enfermeiro de UTI diante da obstinação terapêutica à luz do referencial bioético da vulnerabilidade, examinar o que esses profissionais sabem sobre o conceito de obstinação terapêutica e distanásia, levantar como comportam-se diante da obstinação terapêutica e verificar como reconhecem seu papel nessa situação. Trata-se de uma pesquisa descritiva sob abordagem qualitativa. Após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa, da Instituição e dos sujeitos da pesquisa, foram realizadas entrevistas individuais com gravação digital. Participaram deste estudo 14 enfermeiras, alunas da pós-graduação, que atuavam em UTI há mais de um ano. A análise dos discursos foi feita, segundo a proposta da análise de conteúdo de Bardin. Obteve-se da análise do discurso duas categorias: Desconhecimento do conceito e Posicionamento, esta constituída de cinco subcategorias: passividade diante da decisão médica; dificuldade de enfrentar a terminalidade; percebendo negativamente a obstinação terapêutica; sentimentos em relação à terminalidade do jovem; reconhecendo seu papel em relação à terminalidade. Os resultados demonstraram desconhecimento sobre o conceito de obstinação terapêutica e distanásia, isto influencia na vulnerabilidade do enfermeiro ao vivenciar a situação de obstinação terapêutica, pois reconhece tais situações como de terminalidade, para a qual não foi preparado para lidar na graduação, nem na pós-graduação, principalmente quando o paciente envolvido é jovem ou criança; assim, sofre, angustia-se e torna-se suscetível ao identificar tais sentimentos no paciente e família. Esse profissional também não está preparado para reconhecer a

ambivalência que o avanço tecnológico apresenta; portanto, dificuldades de determinar os limites que são exigidos. Reconhece que nessas situações são necessários discussões e debates entre a equipe que assiste esses pacientes para proporcionar-lhes um cuidado em consenso; pois, apesar de a decisão ser de responsabilidade médica, influencia no cuidado de todos os profissionais envolvidos. No entanto, a falta de argumentação, como resultado do desconhecimento e despreparo sobre o assunto, associada aos aspectos históricos que envolvem a enfermagem, proporciona a passividade diante da decisão médica, impedindo sua autonomia e, portanto, determinando sua vulnerabilidade. Apesar de todos os pontos discutidos anteriormente, as enfermeiras reconhecem que, nas situações de terminalidade, devem controlar a dor, diminuir o sofrimento e promover a dignidade não só do paciente, como da família, prestando-lhe uma assistência compatível com o exercício profissional da enfermagem e com os cuidados paliativos, filosofia reconhecida como alternativa para se evitar a obstinação terapêutica e eutanásia. Evidencia-se neste estudo a necessidade de revisão dos conteúdos ministrados na formação do enfermeiro, com inclusão de aspectos éticos e bioéticos; pois, dessa forma esse profissional estará mais preparado a lidar com as situações de terminalidade e, conseqüentemente, poderá participar mais efetivamente das decisões prévias à assistência aos pacientes e famílias em processo de morte e morrer.

Descritores: Assistência paliativa / ética, Papel do profissional de enfermagem, Unidades de terapia intensiva, Vulnerabilidade

D'ARCO, CLÁUDIA. **The nurse when facing therapeutic obstinacy. A look under the light of bioethical Vulnerability framework.** 2010. 88f. Dissertation (Master's degree in Bioethics) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2010.

ABSTRACT

The increasing technological development has triggered ethical and bioethical dilemmas like therapeutic obstinacy, a very common situation and almost unknown by labourers from Intensive Therapy Unity / Emergency Room (ITU / ER), especially nurses. The Nursing labourers that work in this environment have a very developed technical expertise and are up to date in technological changes, but the situation is different when considering psychosocial knowledge, which means they have a not so reflexive expertise. This study aimed at understanding the way the ITU/ER nurses feel when facing therapeutic obstinacy under the light of bioethical vulnerability framework; besides, this study aimed also at finding out what these labourers know about the concepts of therapeutic obstinacy and disthanasia, the way they behave when facing therapeutic obstinacy and how they identify their role when living this situation. It is a descriptive academic research made under qualitative approach. Once Comitê de Ética e Pesquisa (Ethics and Research Committee), the Institution and the participants of this research have authorized all the procedures, digital individual interviews recording were made with 14 female nurses, students of postgraduate courses and labourers of ITU/ER for one year or more. The discourse analysis was carried out according to Bardin's framework. From this analysis, two categories could be established: Ignorance in relation to the 'concept' and the 'acting way', which could be divided in five subcategories: unresponsiveness towards doctor's decisions; difficulties when dealing with terminality; negative perception of therapeutic obstinacy; hard feelings towards young patients' terminality; acceptance of their own role towards terminality. The results of this academic research have shown ignorance about the concept of therapeutic obstinacy and disthanasia, which has its influences on nurses' vulnerability when dealing with therapeutic obstinacy, because they feel these situations as situations of terminality, but neither undergraduate nor postgraduate courses they have done have prepared them for terminality, especially when the patient is a child or an adolescent. Thus, these labourers suffer, get distress and become liable to identify these feelings in their

patients and families. Moreover, these labourers are not prepared to identify the ambivalence that technological innovation represents; therefore, they have difficulties in determining the necessary boundaries they need to themselves. They admit all the nursery team members must discuss and try to clarify all the procedures due to attend to these patients by giving them common health care procedures in these situations because, although the final decision is under doctors' responsibility, it affects all the nursery team. However, the lack of arguments, caused mainly by ignorance and very little expertise about the issue, associated with some historical Nursing aspects, causes the submissiveness towards doctors' decision, which blocks nurses' autonomy and, besides, determines their vulnerability. In spite of all the questions we have been discussing previously in this research, the nurses admit they must keep patients' pain under control when terminality is going on, relieve their suffering and keep patients and their families' dignity by giving all of them assistance, according to the Nursing area background and to the palliative aids, which is considered a good method due to avoid therapeutic obstinacy and euthanasia. This research highlights the contents studied during Nursing courses need to be rethought by including ethical and bioethical aspects to make Nursing labourers more skilful when dealing with terminality and, consequently, these labourers would participate more effectively in taking decisions and assisting about-to-die patients and their families.

Keywords: Palliative assistance, Ethics, Nursing labourers' role, ITU/ER, Vulnerability.

D'ARCO, CLÁUDIA. **El enfermero frente a la obstinación terapéutica. Un análisis a la luz del referencial bioético de la vulnerabilidad.** 2010. 88f. Disertación (Máster en Bioética) – Centro Universitário São Camilo, Sao Paulo, 2010.

RESUMEN

El creciente desarrollo tecnológico ha desencadenado dilemas éticos y bioéticos, como la obstinación terapéutica, situación que ocurre muy a menudo y es poco conocida por los profesionales que actúan en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), como los enfermeros. Los profesionales de Enfermería que trabajan en ese ambiente tienen amplio conocimiento técnico, acompañan los avances tecnológicos en detrimento de los saberes psicosociales, lo que configura un cuerpo de saberes menos reflexivo. El objetivo de este estudio ha sido comprender la percepción del enfermero de UTI frente a la obstinación terapéutica a la luz del referencial bioético de la vulnerabilidad, examinar qué saben dichos profesionales sobre el concepto de obstinación terapéutica y distanasia, investigar cómo se portan frente a la obstinación terapéutica y entender cómo reconocen su papel en esa situación. Se trata de una investigación descriptiva bajo un abordaje cualitativo. Tras la autorización del “Comitê de Ética e Pesquisa” (Comité de Ética e Investigación), de la Institución y de los sujetos investigados, se han llevado a cabo entrevistas individuales con grabación digital. Han participado de este estudio 14 enfermeras, alumnas de postgrado, que actuaban en UTI desde hace un año o más. Se ha hecho el análisis del discurso según la propuesta del análisis de contenido de Bardin. Del análisis del discurso se han obtenido dos categorías: Desconocimiento del concepto y posicionamiento, éste constituido de cinco sub-categorías: pasividad frente a la decisión médica; dificultad de enfrentar la terminalidad; percepción negativa de la obstinación terapéutica; sentimientos hacia la terminalidad del joven; reconocimiento de su propio papel respecto a la terminalidad. Los resultados han demostrado conocimiento acerca del concepto de obstinación terapéutica y distanasia, lo que influye en la vulnerabilidad del enfermero que vive la situación de obstinación terapéutica, pues reconoce dichas situaciones como de terminalidad, con las cuales no ha sido preparado por su curso de graduación o de postgrado para lidiar, principalmente si el paciente en cuestión es niño o joven; así, sufre, se angustia y se vuelve susceptible al identificar tales sentimientos en el paciente y en su familia. Ese

profesional tampoco está preparado para reconocer la ambivalencia que el avance tecnológico representa; por lo tanto, tiene dificultades de determinar los límites que se le exigen. Reconoce que en esas situaciones se hacen necesarios debates y discusiones entre el equipo que asiste a esos pacientes para proporcionarles un cuidado consensual pues, a pesar de que la decisión es responsabilidad del médico, influye en el cuidado de todos los profesionales involucrados. Sin embargo, la falta de argumentación, como resultado del desconocimiento y de la falta de preparación sobre el tema, asociada a los aspectos históricos implicados en la Enfermería, tiene como consecuencia la pasividad frente a la decisión médica, lo que le quita autonomía y, por lo tanto, determina su vulnerabilidad. A pesar de todos los conceptos discutidos hasta este entonces, las enfermeras reconocen que, en las situaciones de terminalidad, deben controlarles el dolor, disminuirles el sufrimiento y promoverles la dignidad al paciente y a su familia, prestándoles una asistencia compatible con los quehaceres profesionales de la Enfermería y con los cuidados paliativos, filosofía reconocida como alternativa para que se eviten la obstinación terapéutica y la eutanasia. Se pone de relieve en este estudio la necesidad de revisión de los contenidos impartidos en la formación del enfermero, con la inclusión de aspectos éticos y bioéticos pues, así, ese profesional estará más preparado para lidiar con las situaciones de terminalidad y, consecuentemente, podrá participar más efectivamente en las decisiones previas a la asistencia a los pacientes en proceso de muerte y a las familias.

Claves: Asistencia paliativa, Ética, Papel del profesional de Enfermería, Unidades de Terapia Intensiva, Vulnerabilidad.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 - O posicionamento das enfermeiras, alunas da pós-graduação, do Centro Universitário São Camilo que atuam em Unidade de Terapia Intensiva, São Paulo, 2009.....	44
--	----

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
RESUMEN	
LISTA DE FIGURAS	
1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 MOTIVAÇÃO	20
1.2 A TERAPIA INTENSIVA E O TRABALHO DO ENFERMEIRO	21
1.3 A BIOÉTICA E OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA	24
1.4 VULNERABILIDADE E OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA	29
2 OBJETIVOS.....	34
2.1 OBJETIVO GERAL.....	34
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	36
3.1 TIPO DE ESTUDO	36
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	36
3.3 SUJEITO DA PESQUISA	37
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	37
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	39
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	44
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO	44
4.2 APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS	44
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS À LUZ DO REFERENCIAL BIOÉTICO DA VULNERABILIDADE	60
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
APÊNDICE	85
ANEXO	89

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 MOTIVAÇÃO

A experiência profissional de vinte anos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), fez com que diariamente eu me deparasse com situações de grande angústia que levaram a momentos de reflexão.

A escolha da enfermagem como profissão foi influenciada pela possibilidade de promover a recuperação dos pacientes. O ambiente de Terapia Intensiva mostrou-se ideal para que eu atingisse minhas metas profissionais, pois percebia que a tecnologia, juntamente com o conhecimento técnico e a atualização contínua, poderia contribuir para melhorar a sobrevida dos pacientes gravemente enfermos.

Nos primeiros anos de trabalho nesta área, grande parte do meu tempo foi dispensado ao aprendizado do arsenal tecnológico, domínio do ambiente físico e humano, impossibilitando-me a percepção dos muitos dilemas éticos que envolvem este ambiente, os quais provocam angústias, conflitos e reflexões sobre ações e a assistência prestada.

A base da formação do enfermeiro, desde a graduação até o cursos de pós-graduação, é adquirir conhecimentos técnicos para promover uma maior sobrevida aos pacientes e pouco discute-se sobre o processo de morte e como enfrentar situações em que a terminalidade está presente. Desse modo, o profissional, ao deparar-se com tais situações diante do paciente, da família e da equipe multidisciplinar, apresenta dificuldades com as quais não sabe lidar. Ainda é muito distante da realidade a formação acadêmica para esta situação tão específica e complexa.

Nesse contexto, a busca de conhecimento e instrumentos para compreender melhor estas situações vivenciadas diariamente, fez com que eu buscasse o mestrado em Bioética para compreender temas relacionados ao processo de morrer. Com o desenvolvimento das discussões, reflexões, participação em eventos e embasamento científico adquirido durante a realização dos créditos do mestrado, percebi que dentro desse tema amplo e muito explorado, existia a obstinação terapêutica que é muito prevalente em UTI, porém praticamente desconhecida entre os profissionais e principalmente para os enfermeiros que atuam neste ambiente.

Desconhecimento, despreparo, medo, dúvidas e angústia são aspectos que devem ser considerados quando tais questões são levantadas. Contribuir para o

preparo, posicionamento e participação do enfermeiro na tomada de decisão complexa e difícil, como manutenção ou suspensão de tecnologia que promoverá a sobrevida do paciente ou contribuirá no prolongamento do processo de morrer, com dor e sofrimento, motivou o desenvolvimento desta dissertação.

À medida que se tem conhecimento do tema, passa-se a identificar situações em que o prolongamento do processo de morrer está presente, provocando sofrimento e dor ao paciente e à família. Identificado-as tais situações, o enfermeiro poderá promover discussões e reflexões prévias à determinação dos cuidados com a equipe multidisciplinar para defender a vontade do paciente e família, possibilitando-lhes um cuidar humanizado com ênfase na dignidade

O enfermeiro que atua em unidade de terapia intensiva deve ter destreza, raciocínio e julgamento clínico rápido com pronta intervenção quando necessário e domínio das novas tecnologias. No entanto, deve também reconhecer o outro lado do cuidar, o qual estabelece, por meio das relações humanas, vínculo com paciente e família, podendo, dessa forma considerar a individualidade dos envolvidos.

Na aplicação de assistência aos pacientes; que estão em processo de morte, deve estar claro para os envolvidos, entre eles, o enfermeiro, que deixar de programar tratamentos de cura não significa deixar o paciente morrer, mas, sim, aceitar o processo de morte, que não tem como ser evitado, sendo possível contribuir para a manutenção da qualidade de vida, realizando cuidados que possibilitem diminuição da dor física e sofrimento psíquico e pelo atendimento aos desejos do paciente, bem como favorecendo maior proximidade com seus familiares.

1.2 A TERAPIA INTENSIVA E O TRABALHO DO ENFERMEIRO

O ambiente em que o enfermeiro mais frequentemente enfrenta situações de obstinação terapêutica é em UTI, local apropriado para o atendimento aos pacientes graves, por concentrar elementos primordiais nesta assistência, como recursos tecnológicos (suporte ventilatório, hemodinâmico, renal e para atendimento de parada cardiorrespiratória), e principalmente recursos humanos especializados ininterruptos (Toffoletto, *et al.*, 2005).

Nesse ambiente, os pacientes são submetidos à grande quantidade de procedimentos complexos, portanto, é local de experiências traumatizantes e agressivas tanto para os usuários, como para os prestadores de serviço.

Cavalheiro *et al.* (2008); Santana, Fernandes (2008) concluem que os profissionais de enfermagem que atuam nessas unidades têm conhecimento científico apurado, acompanham as mudanças tecnológicas, são altamente especializados em detrimento do desenvolvimento de competências administrativas e psicossociais que permeiam o trabalho em UTI, configurando um corpo de saberes, pouco reflexivos e voltados, eminentemente, para a padronização do processo de trabalho e/ou consolidação de protocolos de enfermagem.

É possível pensar que a assistência de enfermagem em unidades de pacientes graves sofre mecanização e robotização das suas ações. O enfermeiro de UTI, ao desenvolver suas atividades, pode provocar dor com o objetivo de recuperar e garantir a vida (Pinho; Santos, 2008).

O convívio diário com tais situações, como o processo de morte e a alta complexidade do paciente, conduz o profissional ao estresse, que se manifesta por alteração cardiovascular, distúrbios digestivos, lesão músculo esquelética e alterações psicológicas, entre outras.

As mudanças tecnológicas no ambiente hospitalar são vivenciadas na UTI de forma muito acelerada. Assim que o enfermeiro se habilitou a utilizar determinado aparelho, este é substituído por outro mais moderno e mais seguro, dessa maneira compõe um dos diversos fatores do estresse para esses profissionais.

No entanto, avanços crescentes em tecnologia permitem a cada dia a manutenção de pacientes que outrora não tinham possibilidade de sobrevivência e, provavelmente, estes que hoje estão fora de possibilidades terapêuticas, terão possibilidade de cura amanhã, dessa forma é difícil estabelecer na prática a obstinação terapêutica, já que esta linha divisória é tênue e móvel, acabando por retardar a tomada de decisão tanto para manutenção, como para interrupção do tratamento. Esta indecisão ocasiona sofrimento dos envolvidos, incluindo os profissionais, entre eles o enfermeiro, pois no exercício de sua profissão deve promover uma assistência de acordo com as possibilidades terapêuticas, vontade do paciente e da família, considerando que estes conheçam a situação clínica, possibilidade de tratamento, prognóstico e possam colaborar com uma assistência mais adequada.

Para Santana e Fernandes (2008), no ambiente de Terapia Intensiva, a enfermagem convive com situações limítrofes, que exigem ação rápida e segura, Martins e Robazzi (2009) afirmam que a carga e ritmo de trabalho e diversidade tecnológica são características desse ambiente e tais autores concordam que os aspectos levantados por eles contribuem para o estresse do profissional de enfermagem.

Com a experiência profissional, o enfermeiro passam a ter maior consciência de suas ações, assim utilizam os mecanismos de enfrentamento ao estresse de modo a diminuir os distúrbios físicos e emocionais que estes provocam (Cavalheiro, *et al.* 2008; Martins; Robazzi, 2009).

Martins; Robazzi (2009) comentam ainda que, entre os mecanismos de defesa utilizados pelo enfermeiro, que atua em UTI, existe a religiosidade, atividades físicas e seu afastamento do paciente e familiares.

Como líder da equipe, o enfermeiro devem ter real percepção da tecnologia como aliada da assistência e evitar que esta, ao mesmo tempo em que conduz a dor e sofrimento do paciente e da família, possa contribuir para o seu próprio sofrimento à medida que é obrigado a realizar cuidados com os quais não concorda.

Shimizu e Ciampone (2002) relatam que a complexidade técnica que deve ser dispensada na assistência aos pacientes graves associada às suas solicitações, de seus familiares, dos médicos e instituição, estão entre as dificuldades que o profissional de enfermagem enfrenta nas unidades de terapia intensiva e podem ser geradoras de sofrimento.

Quando no planejamento da assistência de enfermagem ao paciente internado em UTI, o cuidado humano tem igual valor ao ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos, será possível transformar a realidade agressiva e hostil dessas unidades para todos que a vivenciam (Vila e Rossi, 2002).

A tomada de decisão em manter ou suspender tecnologia no paciente, em processo de morte, é conduta médica, porém, o enfermeiro conhecendo a situação clínica, contexto familiar e psicológico, desenvolve vínculo com o paciente e família, passando a ser o elo destes com a equipe, quando coloca a vontade delas em discussões prévias à tomada de decisão.

Para tanto, o conhecimento do conceito e questões que envolvem a obstinação terapêutica para o enfermeiro de UTI, é ferramenta essencial para o desenvolvimento da assistência de enfermagem, pois permitirá a este profissional

que oriente detalhadamente a família do quadro do doente, suas possibilidades, mostrando-lhes os prós e os contras de cada decisão (Balla; Hass, 2008). Esta atitude auxilia a família a conscientizar-se da situação do seu familiar, além de buscar a melhor decisão para aceitação com maior tranquilidade.

A participação do enfermeiro de forma ativa neste processo de tomada de decisão, que envolve questões éticas, minimiza suas angústias, dores e sofrimento, além de aproximar este profissional do paciente e família (Monteiro, *et al*, 2008)

Nesse contexto, o enfermeiro é responsável pela manutenção de uma assistência humanizada que preserve a dignidade do paciente em fase terminal, evitando a obstinação terapêutica, para tanto deve conhecer as condições clínicas, possibilidades de tratamento e prognóstico dos pacientes sob sua responsabilidade, identificando a presença de obstinação terapêutica, para discutir com a equipe multidisciplinar. Tal discussão deve contemplar a vontade do paciente, quando ele mantém a consciência; na impossibilidade, deve haver um familiar que o represente.

No planejamento da assistência para este paciente, as enfermeiras estabelecem vínculo não só com o paciente, mas com sua família e também torna-se responsável por orientá-los quanto à doença, possíveis tratamentos, prognósticos e estar disponível para o esclarecimento de dúvidas que por ventura venham a surgir, pois eles poderão participar da decisão se estiverem devidamente esclarecidos. Este vínculo pretendido pelo enfermeiro só é possível se entre ele e seus pacientes houver uma relação de confiança, respeito, acreditando que este profissional está em sua defesa, buscando aquilo que é melhor para o paciente.

1.3 A BIOÉTICA E OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA

Desde Hipócrates, o objetivo da medicina era aliviar o sofrimento, tratar a doença e recusar o tratamento aos pacientes que estivessem totalmente tomados por ela, esta ideia perdurou por toda a Idade Média. Foi no início do século XVII, com Francis Bacon que houve a transformação destes objetivos para o prolongamento da vida a qualquer custo, ideia que solidificou-se com os crescentes avanços tecnológicos que vêm ocorrendo, desde o início do século XX até a atualidade (Lima, 2006).

Essa mudança de prática prolongou a vida de muitos pacientes à custa de modernas e avançadas tecnologias que transformaram o cenário de assistência nas

UTIs, iniciando entre os profissionais reflexões e discussões sobre as questões que envolvem manutenção de pacientes que pareciam não ter possibilidades de retomar suas vidas independentes dos equipamentos aos quais estavam ligados e sem garantia de retorno a qualquer tipo de relação interpessoal.

Assim, as Unidades de Terapias Intensivas tornaram-se local onde a prática da distanásia é frequente.

“O termo ‘distanásia’ ainda é pouco conhecido e utilizado no meio acadêmico científico brasileiro, especialmente na área da saúde. Ao contrário do que acontece com seu antônimo ‘eutanasia’, que é mencionado e discutido com frequência.” (Pessini, 2007,p.29).

Distanásia no dicionário Aurélio traz a seguinte conceituação: "Morte lenta, dolorosa em consequência a agonia prolongada".

O significado de obstinação terapêutica e tratamento fútil não aparecem no dicionário Aurélio, porém, na maioria dos artigos tais palavras são utilizadas como sinônimo de distanásia e existe consenso em relação as suas definições. (Ferreira, 1999). O termo obstinação terapêutica é mais utilizado pelos europeus e futilidade, tratamento fútil e futilidade médica pelos americanos.

Segundo Sibbald; Downar; Hawryluck (2007) e Diniz (2006) obstinação terapêutica é um conceito complexo relacionado com aplicação de grande quantidade de recursos tecnológicos, que prolonga o processo de morte com muito sofrimento e dor, sem que o paciente recobre sua independência e a relação com seus familiares.

Pessini (2007) concorda que esses termos envolvem muita polêmica, mas trata-se quando uma intervenção médica não mais beneficia o paciente em estado crítico, terminal, vegetativo persistente, ou neonato concebido com deficiências congênitas muito sérias. Comenta também que formular uma única definição de obstinação terapêutica é difícil, mas a maioria dos debates aceita a distinção entre fato e valores.

Consequentemente, quando o conceito de futilidade é fundado sobre um julgamento de valor, a futilidade é compreendida como tratamento inapropriado que não vale a pena ser implementado. Quando este mesmo conceito é utilizado como um julgamento

factual, futilidade é compreendida como tratamento ineficaz, porque simplesmente não funciona (Pessini, 2007, p.68).

Como oposto da distanásia existe a eutanásia de origem grega, “eu” significando boa e “thanatos”, morte, portanto, seu significado etimológico é “boa morte” (Baldessin, 2005).

Para Pessini (2001, p. 46) o “conceito clássico de eutanásia é tirar a vida do ser humano por razões humanitárias”.

Comparando os conceitos de distanásia, observa-se que todos contêm a presença de sofrimento e dor, diferente de seu antônimo no qual está contida a ideia de tranquilidade, portanto ausência de sofrimento e dor.

O avanço dos conhecimentos científicos e tecnológicos não tornou a morte um evento menos doloroso e mais digno, ao contrário do que se imagina, trata-se cada vez mais de uma situação problemática, dolorosa e geradora de reflexões éticas, as quais os profissionais da saúde evitam enfrentar, pois esta os coloca diante da sua própria morte.

Pessini (2007) comenta que situações de obstinação terapêutica não respeitam a dignidade humana, gerando sofrimento, dor e angústia para os envolvidos.

O grande desafio para os profissionais da saúde nessas questões é o de aceitar a morte como um processo natural e não como fracasso, pois dessa maneira, a tomada decisão, envolvendo tais questões, torna-se menos dolorosa.

Nesse contexto Baldessin (2005) conceitua ortotanásia, morte digna sem abreviações ou sofrimentos desnecessários, que procura preservar a dignidade humana e promover aos pacientes terminais morte tranquila.

O conceito de ortotanásia ainda é pouco conhecido, porém parece que facilitará o processo de morte nas unidades de pacientes graves, pois nele não existe a ideia de abreviações que dificulta sua aceitação por parte dos profissionais.

Também existe a filosofia dos cuidados paliativos que surgiu com Cicely Saundres, 1948 como uma opção para evitar a eutanásia e a obstinação terapêutica. Esta filosofia afirma a vida e encara o morrer como processo natural, deixa a morte acontecer no momento certo, ou seja, não apressa, nem adia, associa ao cuidado dos pacientes os aspectos psicológicos, espirituais, oferece ao paciente possibilidades para que viva ativamente até a morte, oferece a família suporte para

lidar com a doença do paciente e com seu próprio luto, e preocupa-se com o controle da dor e dos outros sintomas (Pessini, 2007).

O mesmo autor (2007, p. 228) afirma que:

Fundamentalmente, a filosofia dos cuidados paliativos procura operacionalizar na prática esta visão da ortotanásia, ou seja, de morrer com dignidade e paz, cercado de amor e ternura, sem abreviação da vida ou prolongamento artificial da mesma.

Em locais onde existem pacientes terminais é necessário clareza dos conceitos referidos anteriormente, como distanásia, eutanásia, ortotanásia e dos sentimentos envolvidos em tais situações, pois será com o enfermeiro que os pacientes, e mais frequentemente seus familiares, compartilharão seus anseios em relação a determinados tratamentos.

Nesse caso, o trabalho da enfermagem extrapola a técnica e para que seja eficiente e eficaz é necessário que exista um vínculo de confiança entre o profissional, paciente e família. O enfermeiro, como líder da equipe, é o profissional que deve estabelecer o elo com a família do doente, esclarecendo-lhe dúvidas a respeito dos possíveis tratamentos e as possibilidades de cura (Siqueira, 2006).

Dentre os fatores que levam ao estresse físico e emocional do enfermeiro estão à convivência constante com a morte, com o sofrimento gerado pela sua aproximação e envolvimento com os familiares e pacientes que estão em processo de morte.

Para Uller (2007), o momento de tomada de decisão, para a manutenção ou suspensão de medidas de suporte de vida, provoca angústia em toda a equipe multidisciplinar. O médico, sendo responsável por decisão tão complexa, sente-se inseguro, pois a legislação brasileira com base no Código Penal de 1940 não protege o médico na eventual decisão de não ressuscitar, ou abandonar os esforços ressuscitatório (Pontes, 1940).

Em novembro de 2006, o Conselho Federal de Medicina edita a Resolução n.º 1805 em que faculta aos médicos o que segue: "é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal", esta Resolução passou a ajudar nas decisões médicas em

que a terminalidade estava envolvida, porém está ressaltado que a vontade do paciente deve ser respeitada.

Atualmente, tramita, na Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei 6.715/09, oriundo do Senado, que permite ao doente terminal optar pela suspensão dos procedimentos médicos que o mantêm vivo artificialmente. Junto a esse projeto foram pensados três outros da Câmara dos Deputados, que tratam do mesmo assunto: o PL 3.002/08, que regulamenta a prática da ortotanásia no território nacional; o PL 5.008/2009 que proíbe a suspensão de cuidados de pacientes em estado vegetativo persistente; e o projeto 6.544/2009 sobre cuidados de pacientes em fase terminal.

Enquanto aguarda-se a aprovação desses projetos de leis, que trarão maior segurança aos profissionais da saúde, torna-se imprescindível que as discussões e debates continuem entre profissionais, pacientes e familiares, porém já houve um grande avanço com a aprovação do novo Código de Ética Médico.

Este novo Código de Ética Médico, publicado em Diário Oficial da União, em 24 de setembro de 2009, que entrou em vigor em 13 de abril de 2010, incorpora esta Resolução em substituição ao Artigo 66 do Código de Ética anterior. Nesse novo Código de Ética Médico, o Capítulo IV, Art. 22, Capítulo V, Art. 36 e Art. 41 trazem orientações aos médicos a respeito de como comportar-se diante da morte, reforçando que qualquer ação de um indivíduo em relação a outro deve se basear no princípio ético da dignidade humana e respeitando a vontade do paciente.

O enfermeiro que desenvolveu vínculo com a família e pacientes envolvidos, é o profissional da equipe que poderá contribuir sobremaneira com a decisão, pois, ao longo da execução da assistência de enfermagem, ele coleta dados formais e informalmente, podendo facilitar esta decisão e podendo tornar-se parceiro do médico em tal decisão. Muitas vezes, o enfermeiro não consegue ou não deseja participar dessa decisão para evitar sofrimento ou por desconhecer como enfrentar tal situação.

Desse modo, ficará impossibilitado de interferir neste processo de tomada de decisão, por vontade própria, por desconhecimento ou por considerar que não faz parte de sua prática profissional. Este posicionamento colocará o enfermeiro em situação de vulnerabilidade, principalmente quando a decisão tomada estiver em desacordo com suas convicções.

1.4 VULNERABILIDADE E OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA

Na Bioética, a noção de vulnerabilidade surgiu como significação ética no Relatório de Belmont, no âmbito da pesquisa Biomédica na experimentação humana, em que definiram como vulneráveis grupos de pessoas desprotegidas ou institucionalizadas, etnias minoritárias, grupos socialmente desfavorecidos e as mulheres. Seguido pela estruturação teórica da vulnerabilidade em *Principal of biomedical ethics*, em 1979, por Tom Beauchamp e James Childress, e a partir de 1990 até hoje, houve uma crescente valorização temática da vulnerabilidade evidenciada em vários documentos fundamentais de índole ético-jurídica de alcance internacional (Neves, 2006).

Já na área da saúde, o termo vulnerabilidade e sua construção foi introduzido, segundo Gironi *et al.* (2010), em torno de 1980, com o surgimento da epidemia de Aids, neste momento relacionadas à tentativa de superação das práticas preventivas apoiadas no conceito de risco.

Nesse contexto, o termo vulnerabilidade e risco, apesar de apresentarem uma estreita relação, são distintos. Risco epidemiológico é a probabilidade de que um indivíduo de qualquer grupo está exposto a um determinado agravo ou condição e venha a desenvolver este agravo, ou seja, pertencer ao grupo dos afetados por este agravo e “a vulnerabilidade quer expressar os potenciais de adoecimento e não adoecimento relacionados a todo e cada indivíduo que vive em certo conjunto de condições” (Ayres, 1997); (Ayres, *et al.*, 2006).

Neves (2006) discute: “vulnerabilidade, palavra de origem latina, derivando de *vulnus (eris)*, que significa *ferida*, suscetibilidade de se ser ferido”. Também afirma que o primeiro filósofo a tematizar a vulnerabilidade é Lévinas, definindo-a como subjetividade no plano ético, não no ontológico, toda subjetividade é uma relação, a relação com o outro, que o faz ser, assim a subjetividade é dependência, exposição ao outro, e por isso vulnerabilidade.

Segundo Hossne (2009), o ser humano é vulnerável, pois todos nós estamos sujeitos, de alguma maneira, a sermos feridos, ofendidos ou melindrados, com intenção ou por acidente. Temos assim, como os animais, um tipo de defesa instintiva diante da vulnerabilidade, para garantirmos a nossa sobrevivência, mas nos diferenciamos deles por termos a consciência desta vulnerabilidade, é por isso

que precisamos nos defender. Portanto, o afastamento do enfermeiro das situações em que a carga emocional é intensa, como o processo de morte, o sofrimento e a dor do paciente com o qual está envolvido, deveria ser esperado, visto que este profissional não foi e não é preparado a enfrentar estas situações tão frequentes, especialmente os que trabalham em UTI.

Quintana *et al.* (2006) descrevem que o enfermeiro, ao perceber que a morte se aproxima do seu doente, afasta-se para evitar envolvimento, devido à quase inexistência de espaço para expressão de sentimentos diante da morte e a falta de recursos técnicos para enfrentar a problemática que envolve o tema.

A terminalidade ou finitude da vida tem sido pesquisada e muito discutida, porém permanece como fator de dificuldade para o profissional da saúde. Desse modo, questões menos conhecidas, como a obstinação terapêutica, determinam o desenvolvimento de distúrbios psicossomáticos e afastamento do profissional desse paciente e família, impedindo que ele desenvolva suas atividades adequadamente.

Martins; Robazzi (2009) descrevem que a carga de trabalho e a emocional, associada ao convívio constante com questões que envolvem o processo de morte, conduzem o enfermeiro de UTI à desmotivação, desinteresse e desatenção ao realizar suas atividades, tornando-o vulnerável com alto risco para o erro.

Para Anjos (2006), “vulnerabilidade tem se apresentado frequentemente em bioética como um desafio para a ação ética do sujeito autônomo diante dos sujeitos vulneráveis”, assim a vulnerabilidade é entendida como dos outros e não do próprio agente.

O mesmo autor comenta que o desenvolvimento científico põe em evidência o poder dos sujeitos humanos, em sua capacidade racional e operacional; assim, o desenvolvimento do conhecimento humano coloca o saber como a forma mais importante de poder. Poder não é o mesmo que autonomia, mas a autonomia é uma forma de poder muito valorizada no mundo moderno; desse modo, o poder como saber se refere à capacidade do ser humano em produzir.

Gomes (2010) concorda com Anjos (2006) que o mundo técnico e tecnológico estão fortemente marcados pelo poder e autonomia, porém é importante ressaltar que o fascínio pelo poder tecnológico acaba por dificultar a percepção dos limites e o reconhecimento da vulnerabilidade.

O primeiro autor também afirma que a técnica é ambivalente, ou seja, ao mesmo tempo que ajuda o ser humano trazendo benefícios pode levá-lo a

destruição. É verdade que atualmente vivenciamos realidades conflitantes do fazer técnico e o agir ético. Nas situações de terminalidade, os profissionais priorizam o agir técnico, para os quais foram preparados e treinados ao longo de sua formação profissional, determinará o uso da tecnologia de maneira abusiva, determinando dor e angústia ao paciente, família e profissional, situação de vulnerabilidade.

Ainda o mesmo autor reflete que a técnica deve ser usada e pensada para trazer benefícios ao ser humano, tornando-o menos vulnerável sem envolvimento de interesses econômicos, políticos e ideológicos.

No ambiente de UTI, a técnica permeia quase todas as atividades e desse modo, para HolotiK (1993), o princípio da vulnerabilidade está ligado ao princípio da responsabilidade. A responsabilidade ética é um imperativo interno do próprio ser humano, que obriga-o a agir e a verificar se sua ação pessoal ou grupal vulnerabilizou outros seres humanos, caso isso tenha ocorrido, deixaram de ser livres e responsáveis diante da vida.

Waldow e Borges (2008) afirmam que ao prestar cuidado ao paciente estamos à procura de manter a integridade do ser vulnerável, independente do que resultará sua condição, para que este cuidado se estabeleça é necessário que os procedimentos, intervenções, técnicas ao serem realizadas exibam comportamentos como respeito, consideração, gentileza, atenção, carinho, solidariedade, interesse, compaixão. Consideram que o cuidar é um processo interativo que exige a relação de respeito de sujeito com sujeito e não sujeito com objeto, pois deste modo não é cuidado.

A situação de obstinação terapêutica quando é definida solitariamente pelo médico, sem compartilhar com a equipe, paciente e familiar, vulnerabiliza a todos, entre estes o enfermeiro, impedindo-lhe a liberdade, portanto o exercício da sua autonomia (Anjos, 2006); (Gomes, 2010). Na ausência do respeito nesta decisão, o enfermeiro perde a liberdade para prestar sua assistência baseada no cuidado, pois ela passa a ser entre sujeito objeto e como discutido por Waldow e Borges (2008) não é cuidado.

O enfermeiro muitas vezes sente-se incomodado, angustiado diante de situações de obstinação terapêutica, mas na maioria das vezes não consegue definir ou mensurar o que provoca tal sentimento; assim, a tendência é ignorar sem refletir ou verbalizar suas angústias, visto que não existem espaços destinados para reflexões ou discussões da equipe multidisciplinar, tornando-o mais vulnerável, pois

impediu que fosse autônomo e responsável diante da situação (Anjos, 2006); (Gomes, 2010).

As condutas contraditórias entre médicos, impediu a compreensão de todos os membros da equipe quanto à indicação ou não dos tratamentos instituídos, e obriga o enfermeiro a realizar cuidados com os quais não concorda (Sibbald; Downar; Hawryluck, 2007).

O enfermeiro, ao se perceber vulnerável nas situações de obstinação terapêutica, busca sua proteção, que é diferente da instintiva, já referida anteriormente, é uma proteção consciente, em que ele busca conhecimento, identidade profissional, para argumentação adequada diante da equipe em proteção do paciente e família que também estão em situação de vulnerabilidade.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a percepção do enfermeiro de UTI diante da obstinação terapêutica à luz do referencial bioético da vulnerabilidade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Aprender o conhecimento das enfermeiras a respeito do conceito de obstinação terapêutica e distanásia.

Verificar como o enfermeiro comporta-se diante da obstinação terapêutica.

Verificar como o enfermeiro reconhece seu papel nesta situação.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de campo de natureza descritiva de abordagem qualitativa realizada com alunos da especialização do Centro Universitário São Camilo que atuam em Unidade de Terapia Intensiva.

Neste tipo de estudo, a pesquisadora observa, descreve, registra, analisa os fenômenos para classificar, ordenar e perceber para então concluir (Oliveira, 2002).

Cervo e Bervian (2002) complementam que a pesquisa descritiva busca conhecer situações da vida cotidiana e aspectos do comportamento humano, grupos e comunidades mais complexas.

A abordagem qualitativa de pesquisa trabalha com o universo de significados, aspirações, crenças e valores sem estar preocupada com o número de vezes que determinado fenômeno ocorre. Sendo o universo da pesquisa qualitativa o mundo das intenções e representações (Minayo; Deslandes; Cruz Neto, 1994).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A coleta de dados foi realizada no Centro Universitário São Camilo, que atualmente oferece 15 cursos de Graduação, sendo 10 nas diversas áreas da saúde e 19 Cursos de Pós – Graduação *lato sensu*, com um total de aproximadamente 1500 alunos regularmente matriculados, sendo oito destes na área da Enfermagem, oferecidos em dois *campi* localizados no bairro da Pompeia e outro no bairro do Ipiranga. No *campus* Pompeia, ainda é oferecido o programa de Mestrado e Doutorado em Bioética com 20 e 10 vagas respectivamente.

Optou-se por realizar o estudo no Centro Universitário São Camilo por tratar-se de instituição respeitada na formação de profissionais da saúde em nível de graduação e pós-graduação, tanto pela comunidade científica, quanto pelo mercado de trabalho.

3.3 SUJEITO DA PESQUISA

As enfermeiras entrevistadas foram selecionadas entre os alunos da pós-graduação que atuavam há um ano ou mais em Unidade de Terapia Intensiva, e que aceitaram a participar do estudo.

A escolha por recrutar os sujeitos nos alunos de pós-graduação foi por acreditar que estes profissionais que buscam um curso de pós – graduação tem como objetivo desenvolver-se e melhorar sua prática, portanto, estariam mais abertos e motivados à reflexão dos temas que envolvem seu cotidiano profissional.

Foram excluídos os alunos que estavam cursando a especialização em enfermagem em emergência, por apresentarem vínculo com o pesquisador que atua como coordenador e docente neste curso.

O número de enfermeiras entrevistadas não foi pré-determinado por tratar-se de um estudo qualitativo; portanto, a coleta de dados foi interrompida no momento em que houve a saturação dos dados.

A saturação dos dados é definida por Brevidelli, *et al.* (2006), como a suspensão de inclusão de novos participantes a contar do momento em que ocorre repetição, ou seja, esgotamento dos dados de modo que as informações fornecidas por novos entrevistados pouco acrescentariam ao que já havia sido obtido, sem contribuições significantes para melhora da reflexão sobre o tema estudado.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram utilizadas, como instrumento para coleta de dados, entrevistas gravadas com perguntas abertas, definida por Minayo (2009), como conversas com finalidade, o que não significa despretensiosa ou neutra, na qual os entrevistados falam livremente sobre o tema e as perguntas do pesquisador.

Antes de iniciar a coleta de dados foi realizado um estudo preliminar para verificar se as perguntas norteadoras atendiam ao objetivo da pesquisa e treinamento do pesquisador na coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada apenas pelo pesquisador e seu treinamento no estudo preliminar visou à homogeneidade na técnica da coleta como sugerido por Ferreira (2000).

Este estudo preliminar foi realizado utilizando as questões norteadoras baseadas em um caso clínico, que possibilitou uma reflexão do entrevistado sobre a situação de obstinação terapêutica. De posse da resposta obtida, a pesquisadora percebeu que a leitura do caso clínico exposto ajudou a enfermeira refletir sobre a sua vivência diante da situação de obstinação terapêutica e com base em sua resposta, optou por manter o mesmo roteiro de entrevista, visto que este respeitava a regra de pertinência que, segundo Ferreira (2000) indica, que o documento precisa adaptar-se ao conteúdo e objetivos da pesquisa. A entrevista do estudo preliminar não foi contemplada para análise dos dados.

Iniciou-se o processo de coleta de dados, após autorização da Instituição e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com protocolo de pesquisa n.º 149/09, contatando os coordenadores dos cursos de especialização do Centro Universitário São Camilo, para a identificação de alunos enfermeiros que trabalhavam em Unidade de Terapia Intensiva. Uma vez identificados os enfermeiros nas condições requeridas ao estudo, realizou-se contato prévio para agendamento da entrevista em horário e local preferência para o entrevistado.

Nesse primeiro contato foram selecionados 25 alunos que possuíam as características utilizadas como critérios de inclusão na pesquisa e que estavam dispostos a participar do estudo. A repetição dos dados aconteceram a partir da 14.^a entrevista, portanto estas 14 entrevistas garantiam a representatividade dos sujeitos da pesquisa, como recomendado por Ferreira (2000).

O roteiro de entrevista (APÊNDICE A) era composto por uma breve caracterização do entrevistado na qual foi levantado a idade, tempo de formado, tempo de atuação em unidade de terapia intensiva e se em seu curso de especialização já havia feito a disciplina de bioética. A primeira pergunta norteadora baseava-se em uma reflexão diante de um caso clínico, adaptado de Diniz, em que a situação de obstinação terapêutica estava descrita. A segunda pergunta norteadora referia-se ao conhecimento do termo obstinação terapêutica e a terceira e última pergunta norteadora solicitava que o entrevistado se colocasse, com base na sua vivência, como enfermeiro diante da situação descrita no caso clínico.

Nos horários previamente agendados foi feito contato para início da entrevista em sala reservada que proporcionou concentração e privacidade. As apresentações e a proposta do estudo foram feitas pela pesquisadora, sendo ressaltado à entrevista que seria garantido seu anonimato, além de que em qualquer

momento da pesquisa ela poderia retirar-se do estudo. Seguiu-se a leitura do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e a pesquisadora colocou-se a disposição para esclarecimento das dúvidas.

Após a assinatura, uma cópia do TCLE foi entregue ao sujeito da pesquisa e a outra permaneceu com a autora do trabalho, sendo então iniciada a entrevista, seguindo seu roteiro (APÊNDICE A), com o gravador digital devidamente ligado. Dando seguimento à entrevista foram feitas as perguntas para caracterização da entrevistada, apresentando-lhes um caso clínico para a realização de leitura silenciosa, na qual a situação de obstinação terapêutica estava descrita, facilitando, desse modo, a reflexão sobre a realidade vivenciada.

A seguir, foi solicitada a opinião da participante diante da situação apresentada. Ao final do seu relato foi questionado sobre o conceito de obstinação terapêutica e distanásia, no caso de desconhecer os termos. Não sabendo defini-lo adequadamente, lhe era fornecida a definição dos termos segundo Lima (2006), para leitura silenciosa, possibilitando alinhamento conceitual da entrevistada para, a partir de então, iniciar a realização da última pergunta.

As entrevistas tiveram a duração média de 30 minutos. E foram realizadas de dezembro de 2009 a fevereiro de 2010.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Utilizou-se análise de discurso, que foi definida por Bardin em 1977, como:

“Conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 1977, p. 38).

A autora citada propõe três fases para a categorização das falas: pré – análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos pela inferência e interpretação.

Na pré-análise houve a organização do material, sistematização da descrição dos dados coletados, seguindo a leitura fluente e digitalização das informações (Bardin, 1977).

Na transcrição dos dados coletados esgotou-se a totalidade da comunicação, não sendo omitida nenhuma frase ou fala definida por exaustividade (Ferreira, 2000).

A autora afirma que a leitura flutuante não deve privilegiar nenhum elemento do discurso para que a atividade consciente flua o mais livre possível, suspendendo as impressões que possam dirigir a atenção na leitura no texto

Iniciou-se, então, pela pesquisadora, a fase de exploração do material referente aos dados brutos; visando às unidades de registros (recorte), para a obtenção das categorias (Ferreira, 2000).

Recortou-se o texto das entrevistas por unidade de registro os quais, segundo Bardin (1977); Ferreira (2000), podem ser codificadas pelo tema, palavras frases, usando como critérios para eleição da unidade de significado a relevância e a repetição de ideias.

A repetição busca identificar no discurso observações reincidentes, ou seja, aquilo que cada discurso tem em comum com os outros. O critério de relevância considera um ponto falado sem que, necessariamente, tenha apresentado repetição no conjunto do material coletado.

Neste estudo, a unidade de registro foi construída e baseada no tema e para a construção das categorias, utilizou-se a repetição dos elementos significativos que contextualizavam a mesma ideia.

O tema, segundo Bardin (1977), é a unidade de significado que se libera naturalmente do texto analisado, baseando-se em critérios relativos à teoria que servem de guia à leitura. Por fim, chegou-se a categoria definida por Bardin (1977):

Operação de classificação de elementos constituídos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), que é uma forma geral de conceito, uma forma de pensamento, ela reúne um grupo de elementos (unidade de registros) em razão de características comuns (Bardin, 1977, p.117).

Na busca de estabelecer critérios para a construção das categorias na identificação de elementos comuns, pode-se utilizar alguns critérios: semânticos (temas), léxicos, ou expressivos (Ferreira, 2000). Neste estudo, a construção das categorias foram dentro da similaridade semântica, presente no estudo.

Na construção das categorias classifiquei os discursos em uma única categoria ou sub-categoria, respeitando a regra de exclusividade, proposta por

Ferreira (2000) onde um elemento não pode ser classificado em mais de uma categoria.

A última etapa da análise do conteúdo compreende o tratamento dos resultados que propõe a inferência e a interpretação do conteúdo. Para analisar os conteúdos dos sujeitos, utilizou-se de referenciais teóricos que permitem a dedução e esclarecimento das questões. Nesta análise utilizaram-se as palavras *distanásia* e *obstinação terapêutica* como sinônimos.

Uma história que marcou...

“Uma experiência, mas não como enfermeira, mais como neta. O ano passado meu avô faleceu de um tumor gástrico, ele passou por uma gastrectomia primeiramente sub total, o médico falou que ele não tinha mais nada, não tinha mais tumor não precisava fazer quimio, nada mais, depois de 2 ou 3 meses, voltou a ter dor, foi feito nova tomo, deu novamente tumor gástrico, maior ainda do que já tinha, foi feito então uma gastre total, mas na verdade não foi feito, teoricamente primeiro a gente ia fazer só quimio tentar levar, ai nisto ele ficou internado e constatou um sangramento abrupto, isto dia 12/05 do ano passado foi para uma gastre total de 12/05 a 12/06, foi um mês de UTI, ai que eu vejo que deste lado é mais difícil ainda, porque eu da área da saúde via que meu vô não tinha prognóstico, e achava que não devia mais fazer estas medidas, mas a minha família e olha não são leigos, eu tenho um pai médico, tia médica, eles acreditavam, que ele poderia ter chance, então é uma coisa complicada...que eu era sempre a vilã da história, que é eu que falava, que era o hora de deixar ir, também, tem a hora do fim, então é uma coisa muuito complicada, até para quem é da área, eu deixo um caso familiar, mesmo. Perceber o momento? É perceber o momento(...)”

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO

Participaram da pesquisa 14 enfermeiras alunas da pós-graduação do Centro Universitário São Camilo que preencheram os critérios de inclusão e aceitaram a participar do estudo. Das 25 enfermeiras indicados pelos coordenadores da pós-graduação que preenchiam os critérios de inclusão do estudo, as 14 utilizadas no estudo foram selecionadas devido à facilidade do agendamento da entrevista, pois houve imediata concordância entre os horários do entrevistado e da pesquisadora e como houve saturação dos dados na 14ª entrevista, as 11 enfermeiras restantes não foram incluídas, como recomenda Brevidelli (2006), pois as informações fornecidas por novos entrevistados pouco acrescentariam ao que já havia sido obtido, sem contribuições significantes para melhora da reflexão sobre o tema estudado.

As 14 enfermeiras que participaram eram do sexo feminino, na faixa etária de 20 a 41 anos, com média de idade em torno de 32 anos.

O tempo de formação variou de um e nove meses a 20 anos, com uma média em torno de oito anos. A atuação em terapia intensiva foi de, um e quatro meses a 18 anos, com a média em torno de oito anos.

4.2 APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS

Na leitura e releitura atenta e minuciosa dos discursos, a pesquisadora buscou compreender em todos eles a percepção das enfermeiras diante da obstinação terapêutica. Esmiuçando mais avidamente as falas obtidas, agruparam-se convergências temáticas, apreendendo o significado subjetivo que os sujeitos da pesquisa percebiam diante da situação de obstinação terapêutica.

A contextualização dos discursos foi o ponto de partida para a construção dos significados das ações das enfermeiras, embasado no caso clínico apresentado, permitindo, desse modo, a construção das categorias.

As categorias emergentes foram: Categoria 1-**Desconhecimento do conceito** que fornece a base para a Categoria. 2- **Posicionamento**: constituída pelas subcategorias: 2.1- Passividade diante da decisão médica. 2.2 Dificuldade em

aceitar à terminalidade. 2.3 Percepção negativa diante da obstinação terapêutica. 2.4 Reconhecendo seu papel em relação à terminalidade. 2.5 Sentimentos em relação à terminalidade no jovem, conforme Figura 1

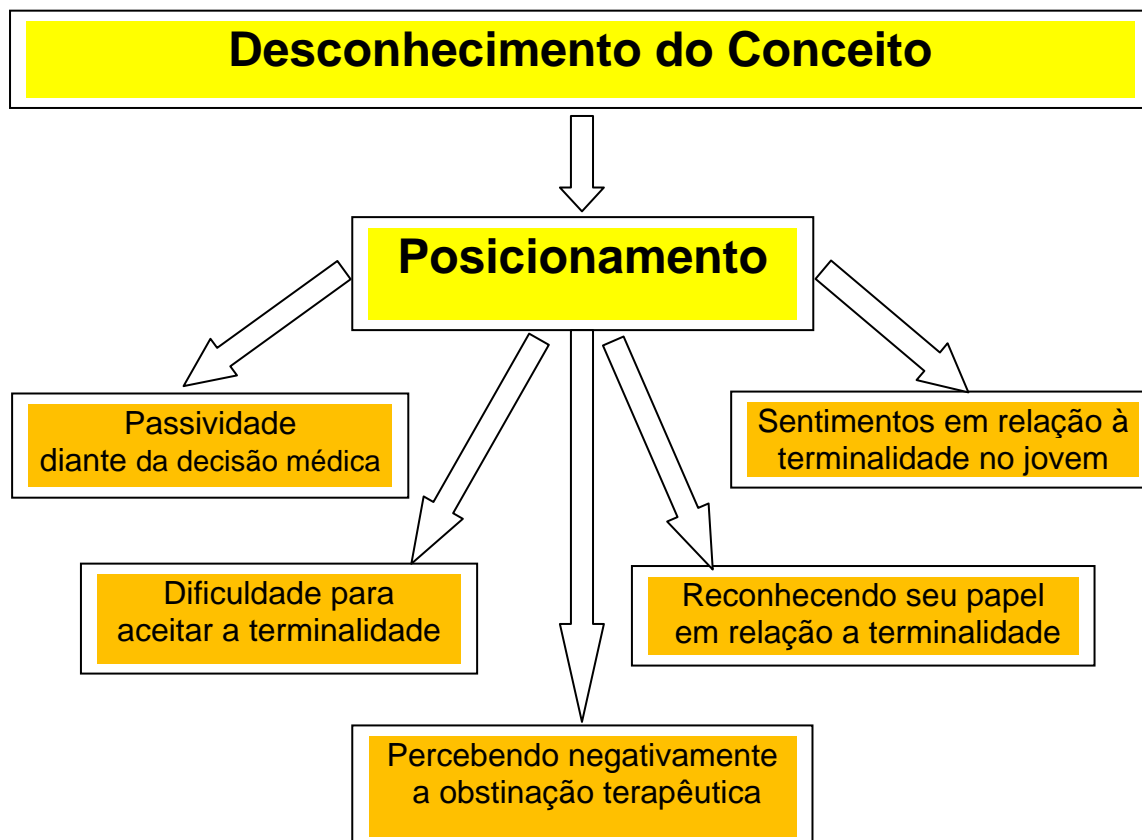


Figura 1 - O posicionamento das enfermeiras, alunas da pós-graduação, do Centro Universitário São Camilo que atuam em Unidade de Terapia Intensiva, São Paulo, 2009.

As falas das enfermeiras convergiram para um desconhecimento do conceito sobre o assunto estudado. Esse fato suscitou a base desta pesquisa, pois percebeu-se que o desconhecimento influencia fortemente o posicionamento das enfermeiras em relação à terminalidade, pois em suas falas, nem sempre comentam especificamente sobre a obstinação terapêutica, mas acabam fazendo observações de caráter mais geral, ou seja, o processo de morte nas UTIs.

CATEGORIA 1: DESCONHECIMENTO DO CONCEITO

As enfermeiras demonstraram, em suas falas, o desconhecimento dos conceitos de distanásia e obstinação terapêutica; pois ao conceituar tais termos, ora afirmaram ser diferentes entre si, ora sinônimos do termo eutanásia.

Assim suas falas revelaram o desconhecimento do tema, portanto despreparo não só para identificar e posicionar-se diante da equipe, como para enfrentar situações em que o tema esteve envolvido.

D1 É mais ou menos ajudar morrer mais rápido, (riso)...? Não sei, o que estou entendendo (...). Pelo que ele está mostrando, seria coisa alternativa, tratamento que você faria para talvez acelerar um pouco mais este final, para... não ficar nesta parte da doença que é uma coisa mais arrastada. Eu entendo assim.

D4 Distanásia?... Não. Obstinação terapêutica é esta questão de ficar investindo, investindo, investindo..., até mesmo quando não tem prognóstico, né? Distanásia?... Eu não sei. O que você pensa que é? Não, eu não sei o que é.

D5 Distanásia, sim, obstinação, não. Distanásia é você prolongar também, né? Como vou te dizer? É uma vida mais, como vou te dizer, hummm... é o paciente não sofrer, não sofrer, ter uma morte digna, hummm... acho que é isso...

D6 Acho que, pra gente que tem a vivência disso, é difícil..., mas exatamente para te falar assim, não.

D7 Obstinação terapêutica, assim, não sei se é o correto, mas em querer fazer de tudo para o paciente não interessa como, os recursos, ficar prolongando a vida da pessoa de qualquer forma, com medicamentos mais potentes, aparelhos, tudo que você investe no paciente. Distanásia é praticamente quase a mesma coisa, só que você faz aos poucos você vai prolongando a morte do paciente.

D11 Obstinação terapêutica..., imagino eu que seja a busca incessante pela resolução do problema, da doença, da cura, enfim... e distanásia não é a mesma coisa que eutanásia, mas eu já ouvia falar sobre este termo, acho que é alguma coisa relacionada a interromper suporte, né? Suporte avançado para dar uma qualidade de vida para o paciente, não retirar é..., como que se diz, não interromper a terapia totalmente por si só, mas os procedimentos invasivos que não vão modificar prognóstico. Eu acredito que seja isso, não sei se eu estou certa! Acho que não, provavelmente não (risos)...

D12 Obstinação terapêutica, eu não lembro, distanásia é aquele... É que teve, mas já faz um tempinho, eu não me lembro dos conceitos. Distanásia ééé, você fazer o prolongamento do sofrimento, né? Ou não? Eu estou na dúvida. Vou ser bem sincera. Distanásia..., eu lembro que é em relação à morte, eutanásia seria vocêêê... tipo, fazer o indivíduo ir, né? Está fazendo uma eutanásia, distanásia, eu acredito que é o prolongamento do sofrimento. Isto é o que você acha, né?

D14 Não, não sei se é. Obstinação, não sei se é isso, eu vou mais pela palavra, né? Que seria, a gente querer fazer de tudo o possível, pessoa obstinada é isso, lutar ao máximo, por alguma coisa, ou por ideal que você acredita, né? Distanásia, não sei direito, são os dois termos assim, que não tive contato muito com eles, né? Não sei se seria morte com ética.

CATEGORIA 2: POSICIONAMENTO

Nesta categoria, as enfermeiras colocaram seus sentimentos em vivenciar a terminalidade do paciente em UTI, posicionando-se ora contra, ora a favor da obstinação terapêutica, ou acreditando que a decisão deve ser do médico e elas devem apenas cumprir as determinações deles. Também demonstraram as dificuldades em vivenciar a terminalidade, principalmente se o paciente é jovem ou criança. Entretanto, reconhecem que o seu papel deve ser de diminuir a dor e o sofrimento tanto do paciente, como da sua família.

Esta categoria é constituída das seguintes subcategorias: Subcategoria 1- **Percebendo negativamente a obstinação terapêutica**. Subcategoria 2- **Passividade diante da decisão médica**; Subcategoria 3- **Dificuldade de enfrentar a terminalidade**. Subcategoria 4- **Sentimentos em relação à terminalidade do jovem**. Subcategoria 5- **Reconhecendo seu papel diante da terminalidade**.

SUBCATEGORIA 1: PERCEBENDO NEGATIVAMENTE A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA

Das falas das enfermeiras depreendem-se um posicionamento contraditório nas situações de terminalidade dos pacientes de UTI, porém demonstraram ser contra o prolongamento do processo de morte. Na tentativa de solucionar esta contradição reconheceram a necessidade de reuniões nas quais os profissionais colocassem suas vivências e todos pudessem chegar a um senso comum do cuidar, confirmando, portanto, a dificuldade de conceituação dos termos distanásia e obstinação terapêutica. Assim, percebeu-se claramente como função do enfermeiro evitar sofrimento, angústia e dor, tanto para o paciente como para a família, possibilitando-lhes conforto dignidade e qualidade de vida.

D2 Eu acho, que a partir do quadro do paciente, que a partir do momento que não tem este prognóstico, que esta possibilidade de viver mais, eu acho que algumas medidas para prolongar, como no caso da ventilação mecânica, no caso da diálise, eu acho que é inviável? Você tem que deixar a pessoa morrer no tempo dela, mas sem estar prolongando.

D4 (...)E... Mas assim, para a instituição e para nós profissionais é assim... Fica uma coisa cansativa, porque você investe tempo, investe trabalho e você não vê resultado, né? Então, eu acho que assim seria muito, talvez mais valioso, para a gente fazer a questão dos cuidados paliativos, da dignidade, né? Deixar morrer em paz, do que ficar, né? Tentando, tentando e... Eu não acho que tem que deixar sem nenhum cuidado, mas... Cada caso é um caso, não dá para generalizar, mas... tem que avaliar o caso. Eu acredito, eu gostaria que fosse assim, entendeu? Isso que você falou, cuidados paliativos?...

D6 A quem trabalha em UTI, geralmente, ainda mais em neonatal, mesmo vindo de adulto a gente é, às vezes, já sabe que o momento já passou, mas não quer, não para, não desiste nunca, então eu sou desta opinião, enquanto..., mesmo a família participando, de certas opiniões, eu sou da opinião que tem que se tentar, enquanto houver esperança. Como assim, a família participar de certas opiniões? É questionar até onde vale à pena manter, entendeu? Dependendo do tratamento que está sendo aplicado, Tem isso? Tem esses questionamentos? Existe, eu já vi, em alguns casos, né? Mas não realizado, aonde eu trabalho, não é nem tanta referência, é mais exposto à situação em que se encontra de alto risco e que a qualquer momento pode acontecer o pior, do que realmente sugerir, mesmo em entre linhas.

D9. (Pausa) Eu acho que muitos dos pacientes na UTI, de onde eu trabalho, não precisavam ter chegado até lá... Procedimentos invasivos, não precisavam ter feito, não precisava ter ido tão longe, tem muitos assim, que deveriam ter seguido a regra mesmo dos cuidados paliativos, que não é chegar na UTI, apesar de existirem dentro da UTI, mas assim, muitos poderiam ter sido evitados, não precisava, às vezes pelo médico, pelo familiar que fica muito em cima, que está cobrando, mas eu acho que poderia, não ter chego até lá, ter ido para casa, ficado em casa e todo o processo dentro de casa.(...) estar desligando os aparelhos. Acho que foi 2006, se não me...,e depois tudo isto, foi por água abaixo? Por que na verdade, não aconteceu? Mas eu sou super a favor?(...)

D11 Em relação à paciente sem prognóstico, né? Que fica sob... monitorização e suporte ventilatório. É complicado falar por que... sempre pensamos no cuidar em primeiro caso, na questão de você contribuir, mesmo pensando em cura do paciente, mas quando isso não é possível, que o paciente não tem prognóstico e entra nesse quadro de sofrimento. Em minha opinião temos que usar sempre a dignidade, a qualidade de vida do paciente, então, não cabe a mim ou a qualquer outro profissional definir? Quando é o momento de não investir mais, enfim, não é questão de brincar de ser Deus? Que o

peçoal fala, mas é uma questão de você ser humano e aí esclarecer para a família, pensar no melhor para o paciente, de repente, a qualidade de vida vai ser maior, se realmente não houver intervenções muito invasivas a ponto de fazê-lo sofrer ainda mais do que naturalmente ele já está sofrendo. Então, é delicado, mas é uma situação que a gente acaba,... criando mecanismos para lidar com isso, pensando em dignidade, primeiro dignidade de vida.(...) Adulto também é, adulto, por mais que seja velhiiiinho, tal. Está parado, é, você sabe que a natureza é sábia, a natureza, a gente tem que deixar a natureza também, né? Fazer o papel dela. Pensando em dignidade, a palavra é esta: respeitar, né? As limitações da equipe. Uma hora vai chegar o momento que... Todo mundo vai partir, né? E que seja da melhor maneira, sem sofrimento e sem dor, sem angústia, né? Mas, ao mesmo tempo, você saber que tem, capacitação técnica científica, e não fazer naaada, dizer que está indo embora, é difícil, naquele, naquele, momento é difícil, mas depois você reflete e você vê, não, realmente foi o melhor a ser feito

D12 (...) Tem mais alguma coisa? Eu acho que poderia, assim, dá uma assistência, que as pessoas pensam muito assistência ao paciente, só lembra na vida, mas dar uma morte digna também é uma assistência, então você pode, de acordo com o quadro, ligar um M1, uma sedação, que isto dá também qualidade de assistência, dá até a morte não somente enquanto tem vida, enquanto, lutar pela vida, a partir do momento que não tem mais o que fazer também desistir, não. Você tem que dar qualidade, sim, para o indivíduo morrer.

SUBCATEGORIA 2: PASSIVIDADE DIANTE DA DECISÃO MÉDICA

Nesta categoria, as enfermeiras mostraram-se passivas diante da decisão médica, depreendem-se das suas falas um claro posicionamento de que cabe ao médico a decisão pela continuidade dos investimentos terapêuticos. Essa dimensão aponta que, na maior parte das vezes, o papel do enfermeiro limita-se a cumprir o que está determinado, prescrito pelo médico, sem questionamento ou crítica.

Por outro lado, os sujeitos da pesquisa apontaram a necessidade de diálogo, de prepararem-se para este diálogo, ainda que tal preparo, essencialmente, trate do aspecto técnico. Nesse sentido, ainda é resgatado um aspecto de visão pessoal, de fazer valer a sua liberdade de opinião, de poder discordar, de não querer participar.

D1 Se ele (enfermeiro) tiver que ver esta parte aqui... Tem que discutir um pouco com, isto deve estar vindo prescrito, né? Se ele tiver noção, ele pode tá discutindo com o médico. E acredito que você pode está falando que não quer fazer, né? Porque, geralmente, a turma acaba fazendo o que o médico manda, não é? Quando a gente está trabalhando, tudo o que está prescrito, você, não questiona, né? Normalmente acaba fazendo isto. Como eu acredito que a gente tem um pouco de liberdade de fazer o que a gente quer, e o que a gente não quer, ah!... Se você não concorda, você pode falar que você não quer participar, né? Eu acho que na verdade isto não é possível, não. Se está prescrito, tem que fazer, né? Geralmente quando você está trabalhando numa... unidade de terapia intensiva, você está ali para fazer as coisas que estão... prescritas pelo médico, talvez muitas pessoas nem tenham esta noção... de que estão fazendo estas coisas, e que estão acelerando, talvez um processo, né? Porque normalmente a turma não questiona. Passivo, né? Ele não interfere.

D4 ... ele fica assim,... não interfere. Acho que talvez valia, muito mais a pena, a gente discutir mais essas coisas, eu acho. Então muito, tudo fica muito na mão do médico, a conduta que ele determina, o enfermeiro ... (risos).

D10 Eu acho que a gente no dia a dia acaba fazendo,... o que tem que ser feito, assim, o que é pedido, né? pelo médico e não para muito para pensar no efeito que isso traria pro... doente, né? A gente vai, entra, acaba entrando na terapêutica, mesmo. Mas se a gente for parar para pensar friamente, né? Que... foge do nosso controle. Mas muitas vezes você fala: por que tudo isso, se não vai levar a nada, né? Só ao sofrimento... do paciente. Aqui acho que foge realmente do nosso controle, não é a gente que acaba comandando, né? A

decisão não é nossa, não está em nossas mãos. A gente acaba, né? Cumprindo... O que é prescrito. O que... é determinado, foge ao nosso controle, mas... não acho...que...isso leve a algum lugar, só ao sofrimento da pessoa e da família, né?

SUBCATEGORIA 3: DIFICULDADE PARA ENFRENTAR A TERMINALIDADE

As falas das enfermeiras demonstraram falta de preparo para enfrentar as situações de terminalidade diante do paciente, família e equipe. Perceberam a angústia e o sofrimento provocados pela situação, o que desencadeia os mecanismos de defesa pessoal, na casa, mostraram-se insensíveis e frios.

As enfermeiras destacaram a sua inabilidade em lidar com as angústias dos familiares, equipe e paciente em presenciar o sofrimento dos pacientes e família com o prolongamento do processo de morte. Este maior distanciamento do enfermeiro em relação à família também é ressaltado, quando os questionamentos, relativos à esperança e sofrimento, são mais presentes, bem como os limites do que a equipe pode fazer nessa situação.

D1 Já tive alguns neonatos que a gente sabia que não ia ter jeito. Ainda mais quando, é... que você vê..., que é incompatível, tudo que esta acontecendo com a criança é incompatível com a vida, é difícil você ficar tendo o questionamento da mãe: “por que meu filho esta sofrendo tanto?...”, o que o bebê fez de tão grave para estar sendo punido deste jeito? (...)

D2 (...) Eu acho que esta situação é bem difícil, assim... pra gente da enfermagem, pro médico, que está levando o caso, e pra gente que lida continuamente com a família (...)

D3 É difícil para a família e até para o pessoal da equipe aceitar, né? Trabalhar com isso todo dia não é fácil... quando a gente esta lá com paciente que a gente conhece tudo, o sentimento que a gente não é Deus mesmo, não vai resolver, impotência... A complicação é quando o pessoal continua fazendo, querendo tudo que é possível, mesmo que o paciente não melhore muito.

D9 (...) com estes tipos de situações repetidas, a gente vai perdendo um pouco da sensibilidade, a gente já vai olhando e achando, ah!... não, esse aí a gente precisa, né? Vai dar trabaaalho, vai ficar sofreeendo, famííííia vai ficar sofreeendo, a gente fica angustiaaado, né? Com a situação de não poder atuar, porque a gente sabe que não vai, não vai ter melhora, né? Vai ficar ali, né?(...) É difícil, porque a gente lida com a morte o tempo inteiro, né? E a final de contas, ficando meio frio, sempre pensando que a morte... e é né?

D10 A Eu acho que é complicado, né? Você ter um familiar, é que assim ele é muito jovem ainda, né? Mas um ente seu querido que está com um problema degenerativo, que você sabe que é incurável muitas vezes você ficar investindo tanto e proporcionando somente sofrimento para ele, né? Eu não sei, se fosse um ente meu, eu gostaria assim que fosse feito de repente tudo isso, ou se... mantê-lo mais próximo da família, mesmo que ele sobrevivesse por um tempo, e mas que tivesse mais qualidade de vida do que submetê-lo a tudo isso. É diferente, é difícil a gente falar porque quando acontece com a gente, a gente também quer que invista. Hoje, eu pensaria que eu não investiria tanto, se eu soubesse que é uma doença incurável e com um diagnóstico assim, fechado, né? Praticamente.

D12 É difícil também quando a família chega, quando a família não está totalmente ciente do caso, família ainda acredita que possa fazer alguma coisa por ele, embora você saiba que não tem o que fazer, mas é difícil você fazer, lidar com a família é, um caso que lembra muito é quando o paciente tem morte encefálica, e a família não está ciente da morte encefálica, por mais que você fale, que seja, mas ela não entende isso, então é difícil você lidar com o sentimento, quando a pessoa ainda acredita que possa mudar. Lidar com o sentimento da família? É da família.(...)

D14 Olha, na minha experiência em UTI, acho que é uma situação muito difícil, né? Apesar da gente estudar tanto na faculdade, já fiz 2 especializações, então, eu tive duas aulas de Bioética, especialização em UTI neonatal e agora nessa aqui, que tem a Bioética, eu acho que é um assunto muito difícil, mesmo porque na

aula de Bioética que a gente teve, não foi a discussão de um tipo de caso clínico, discutiu-se a questão da Bioética de assuntos em gerais, tipo aborto, né? Assuntos mais amplos e da minha experiência em UTI, é uma situação muito difícil, né? por mais que você saiba que o paciente não tem condições e que só se mantém vivo por máquinas, né? Que é o que eu vivo diariamente, só que no meu caso são bebês, né? Ah!! A situação é a mesma de vida e a vida está sendo mantida por equipamentos, né? É... muito difícil você chegar e falar: "Não vou fazer nada, né? "Não vou reanimar", às vezes a equipe até fala, paciente está em paliativo, então se dá conforto, se parar, não é para reanimar, né? Mas é uma decisão muito difícil, você que está lá na linha de frente, na hora que o paciente parar e o familiar do lado, muito difícil de você não tomar estas condutas de reanimação, né? Pra mim é uma situação ainda muito difícil, né? Você não reanimar, ou dizer, ah!!! Está sendo mantido só pela máquina, então, vamos desligar tudo que aí ele vai vir a falecer, né? Não é uma situação muito tranquila de lidar.

SUBCATEGORIA 4: SENTIMENTOS EM RELAÇÃO À TERMINALIDADE NO JOVEM

As enfermeiras demonstraram claramente dificuldades em aceitar a terminalidade nos pacientes jovens e reconheceram que esta dificuldade de aceitação também ocorre com os familiares e com os demais membros da equipe. Esta inabilidade de aceitação provavelmente são geradoras de situações de prolongamento do processo de morrer (obstinação terapêutica).

Esta posição do enfermeiro surge dos valores e crenças determinados pelo meio social em que vivem, pois leva para sua prática profissional, a crença de que a morte do idoso faz parte da "lei da vida", porque ele já viveu. Quando isso acontece é menos doloroso para todos.

D2 e eu acho que o fato de ser criança é pior ainda. Até buscar auxílio com psicologia, mas é muito... dor..., é porque a família não espera, na verdade a lei da vida é que os mais velhos morram antes que os mais novos (...)

D5 Bom..., neste caso assim, a gente vê muuuuito isso, né? Assim, não pacientes tão jovens, a gente costuma ver pacientes mais idosos, né? Então assim, acaba sendo um pouco mais aceitável, né? Quando é um paciente mais idoso já viveeeu, e aí está num quadro degeneratiivo, que não tem mais condições nenhuuma, a família, acho que concorda mais. Agora, um paciente de 47 anos, a gente vê muito pouco, até porque os pacientes que internam em UTI, geralmente são mais idosos, né? Então, é complicado se colocar no lugar,(riso). (...). Por que é jovem, né? 47 anos é muuuuito jovem (...). Em relação a isso, é isso que eu te falei, em relação assim, assim, nos mais idosos eu acho que as pessoas estão mais preparadas..., para aceitar, agora colocando um paciente mais jovem, eu acho assim, muitos familiares, às vezes, ou até a equipe médica, enfermagem, num todo mesmo, acabam prolongando um pouco mais, deixando mais mesmo, fazendo todo o possível, entendeu? Faz hemodiálise, faz tudo que tem direito. E o enfermeiro? Também, e junto com a equipe médica, né?(...)

D14 (...) Mas acho que é um assunto muito difícil, por mais que a gente discuta muito, né? Que chegue e fale: “Não você não vai,... reanimar, você não vai, né? Fazer não sei, ainda mais no meu caso que é UTI neonatal. Acho que quando você vê o fim da vida em uma pessoa mais velha, eu sei...é ruim, óbvio, “mas você tem um consolo”, mas numa UTI neonatal, acho que você dizer que eu não vou fazer nada para uma vida que deveria estar começando e não terminando, então, é difícil (...).

SUBCATEGORIA 5: RECONHECENDO SEU PAPEL EM RELAÇÃO À TERMINALIDADE

Nesta categoria, as enfermeiras demonstraram que reconheceram como função sua o cuidado diante da terminalidade; pois, mais do que o cuidar técnico é o cuidado humano em um momento tão difícil. Deixaram explícito que trazer o conforto a esse doente em fase terminal é importante para amenizar não só o sofrimento dele, como a dor da família, e que por meio de suas ações pode trazer um processo de amenizar a morte com dignidade e compreensão da vida.

Também por meio de suas falas é possível mostrar a preocupação das entrevistadas em querer saber a opinião dos pacientes e de suas famílias, revelando que elas acreditam que a autonomia e a vontade deles deve ser respeitada, reconheceram que o apoio a eles faz parte do seu papel como enfermeiras.

Demonstraram perceber a esperança e a dificuldade de aceitação nas situações de terminalidade pelo paciente e família, tornando-se o profissional mediador neste momento difícil da tomada de decisão. Portanto para realizar esta função é necessário preparo, conhecimento sobre o tema para elaboração de argumentação consistente.

D3 (...) só que eu (enfermeira) acho que ele está mais atento ao que o paciente está passando ou que a família está passando, dá apoio, conversa muito com os familiares, mais apoio mesmo.

D4 (...) aí é muito complicado, tem os dois lados; tem o lado da mãe, também, ela quer que invista, ela tem esperança, acredita que pode acontecer um milagre..., né?

D9 (...) de coisa, porque eu acho que é muito sofrimento, muito sofrimento, na verdade familiar grita, é complicado estar atuando com o familiar, está conversando, que assim, apesar da família ter, na maioria das vezes, saber da gravidade, sempre tem uma esperança, sempre tem, então, eu acho que é isso (...) Eu acho que a gente fica de mãos atadas, mas é muito importante. O cuidado é nosso, e independente de ser incurável ou não, tem alternativa, a gente está prestando o cuidado, né? Não só para o paciente que está lá deitado, sedado, entubado, inchando, né? etc...,mas para a família, né? que está ali, está sofrendo..., que vê que não melhora, que não sai disto, acho que, na mão, assim de, fica à mercê da situação, acredito, né?...A gente pode confortar, né? Com cuidado, não deixar sentir dor, conforto, acomodação, acho que a enfermagem está ali para isto, né? Com sedação, ver se o paciente está reagindo, dá uma conversada com a equipe, chega no médico conversa, tem alguns médicos que tem uma abertura maior, a gente consegue conversar melhor, né? Olha, o paciente está acordando, está sentindo dor, vamos fazer alguma coisa? Quem está junto com

o paciente somos nós. Geralmente, assim, eu trabalho à noite, então, na UTI à noite os médicos avaliam os pacientes tudo, fazem evoluções, prescrições e... vão dormir, vão pro repouso médico e lá eles ficam, então fica tudo por conta da gente mesmo, né? Os enfermeiros, tocar a UTI e... aí a gente acaba passando isto para eles, se a gente não procura, quem sofre é o paciente, né? Eu sinto bastante isto.

D11 (...) então a gente acaba pensando em qualidade de vida, como se fosse para nós mesmos, então, a gente sempre se coloca no lugar do paciente, o que eu gostaria que fosse feito por mim se eu estivesse nesta situação, né? A gente acaba refletindo, isto é uma coisa que acontece continuamente e em longo prazo, né? Ele é uma continuidade, diariamente a gente se renova e renova os valores e renova as opiniões, né? Mas como a gente fica muitos dias cuidando de um paciente, acaba criando aquele vínculo de cuidado e percebe que o sofrimento é uma coisa que não está sendo boa, né? Este mecanismo é o mecanismo de se colocar mesmo no lugar do outro, né? Se imaginar naquela situação.

D13 (...) E também eu nos cuidados, tento cuidar como se fosse qualquer um, assim, eu cuido como se fosse o meu familiar, ou meu filho, ou alguma coisa assim, porque você tem que dar o conforto, né? Ele pode estar ali vegetando, mas é uma vida que ainda está né? Eu tento dar um conforto com a família, conversando e com o paciente um conforto assim, na cama, né? no leito, né? Então isso você acha que é função do enfermeiro? É, do enfermeiro dar apoio para a família como cuidar com cuidados paliativos, né?

D14 É o enfermeiro que tem mais contato com a família, do que a família quer, do que a família gosta, gostaria que acontecesse com o ente querido deles. Às vezes, o médico tem a posição só mais de dar o tratamento, mais distante, então cabe a gente de fazer este vínculo entre a família e equipe médica, de está dizendo o que eles gostariam, de está tentando respeitar e, na maior parte das vezes, quando possível, a decisão é dos familiares.

Uma história que marcou...

“(...)E eu perdi a uns 4 anos a minha madrinha, com 65 anos, ela morava fora do Brasil, mas ela veio para o Brasil para fazer um tratamento porque infelizmente, foi feito a mastectomia mas não indicaram no local, que é Portugal a quimioterapia, e aí quando começou a ter metástase óssea, ela veio para tentar segurar. Então ela fez tudo assim em hospital de poonta, pagaaando, ela falava para mim: “Filha eu não agüento mais, é muita dor”. E eu só, tentava respeitar, porque ela tinha aquela coisa toda de ficar babando. Meu padrinho não entendia, que ela não conseguia comer, e eu falava que isto era esperado, né? E mesmo tendo toda uma equipe muito acolhedooora, que tentava prepará-la para tudo, até para dar uma quimioterapia não tão invasiva, para não ter queda de cabelo, mas não teve como, ela perdeu os cabelos, então assim... é complicado... porque você invade um pouco... o paciente. E algumas pes..., que nem no caso da minha madrinha, ela não queria mais receber ninguém, ela só me recebia, e minha mãe e o meu filho mais velho, porque a gente brincava, bagunçava, fazia com que ela esquecesse aquela dor toda... do momento, né(...)”

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS À LUZ
DO REFERENCIAL BIOÉTICO DA VULNERABILIDADE

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS À LUZ DO REFERENCIAL BIOÉTICO DA VULNERABILIDADE

Os profissionais que atuam em UTIs, dentre eles, os enfermeiros, demonstram despreparo e desconhecimento do conceito de obstinação terapêutica, chegando a confundi-lo com o conceito de eutanásia, apesar de ser uma situação muito frequente nessas unidades. Este despreparo dos enfermeiros, segundo Oliveira Brêtas; Yamaguti (2007), justifica-se na formação profissional durante a graduação e pós-graduação que se baseiam fortemente em aspectos técnicos e práticos para lidar com a vida e a cura dos pacientes.

Também Oliveira; Brêtas; Yamaguti (2007) comenta que, na formação destes profissionais, ainda hoje é dada pouca ênfase nas questões emocionais, que poderiam instrumentalizá-los para o cuidado do paciente e família, que vivenciam o processo de morte e morrer promovendo uma morte digna. Santana; Fernandes (2008) acrescenta que, nesta formação do profissional enfermeiro, a teoria está desvinculada da prática e pouca ênfase está sendo dada às questões bioéticas.

Já Gutierrez e Ciampone (2007) comentam que os profissionais de saúde trazem da sociedade em que vivem suas crenças e valores e na sociedade ocidental na qual vivemos, as situações de morte, apesar de fazer parte do ciclo vital, são vistas como fracasso, fragilidade e falha da assistência prestada ao paciente. Este é o valor atribuído a sacralidade da vida e a busca a qualquer preço da cura. Complementam ainda que a instituição hospitalar na sociedade ocidental frequentemente tem sua imagem vinculada à cura sendo o processo de morte menos importante, pois todos que a procuram tem esperança de sair curado.

Outro ponto que dificulta os enfermeiros para estarem preparados ao enfrentar a terminalidade é que este profissional, enquanto ser humano, tem medo da morte, pois se defronta com a angústia da extinção, destruição do seu e do próprio corpo. Autores Bowlby (1985) e Kovács (2002) complementam que este medo da morte é a resposta psicológica mais comum em que eles apresentam duas concepções: o medo da morte do outro e o medo da sua morte

Todas as condições discutidas anteriormente determinam que os profissionais da saúde, principalmente, os que atuam em UTI, interpretem o prolongamento do processo de morte e morrer como a essência de seu cuidado,

visto que, na sua prática diária, a busca pela cura dos pacientes é perseguida a qualquer preço. Assim, as reflexões quanto ao sofrimento do paciente e família parece ser inerente ao processo de cura.

Também é importante comentar que o Código de Deontologia das Enfermeiras CORENSP (2007), no “Capítulo I – das relações profissionais, direitos Art. 2º - a Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação de sua prática profissional.” Portanto, este despreparo do profissional, para enfrentar as situações de terminalidade, é responsabilidade do profissional e cabe a ele o desenvolvimento científico para esta habilidade.

O Código de Deontologia da Enfermagem CORENSP (2007), por ser um conjunto de deveres, princípios e normas que devem ser seguidos pelo enfermeiro em suas atividades profissionais, ao ser desrespeitado na aplicação de sua assistência, torna-o vulnerável, neste caso, nas suas relações com os demais profissionais da saúde.

Acrescentando Spíndola e Macedo (1994) afirmam que a dificuldade de enfrentamento ao processo de morte, assim como os já discutidos anteriormente, agravam-se quando o paciente, envolvido nesse processo, é jovem ou criança, pois nesse caso é considerado como interrupção no ciclo biológico, provocando nos enfermeiros sentimentos que vão desde impotência, frustração, tristeza, dor, sofrimento e angústia; aspectos revelados pelas entrevistas deste estudo.

As enfermeiras ao prestarem assistência às crianças, revelaram que o seu envolvimento é muito grande, a ponto delas associarem estas crianças com os integrantes de sua família e ainda relataram que sentiram a morte deles como se fosse de um ente querido (Costa e Lima, 2005). Acredita-se na veracidade dessa afirmação, pois em uma assistência onde existe envolvimento com o paciente é uma assistência de qualidade; assim, pois é possível identificar as reais necessidades das crianças e suas famílias.

As enfermeiras entrevistadas demonstraram toda a sua fragilidade e angústia ao estar diante da família, especialmente no caso de, mães de crianças em processo de morte e morrer, como também comentam Poles e Bousso (2006), que em algumas situações não é possível impedir que a morte da criança ocorra, porém o papel do enfermeiro deve ir além, cuidando da família para que possa vivenciar esse momento de maneira mais equilibrada. Entretanto, as enfermeiras entrevistadas no estudo apresentaram dificuldades, não apenas em aceitar, mas em

como manejar de modo adequado a situação, sobretudo, quando envolve uma criança e sua família.

Esta fragilidade e angústia em relacionar-se com a criança e família em processo de morte, coloca estes profissionais em situação de vulnerabilidade, uma vez que não estão preparados para o enfrentamento diário desse tipo de situação, podem provocar o seu adoecimento.

Este despreparo das enfermeiras, verificado neste estudo, para vivenciar situações em que existe a terminalidade envolvida, corroboram para que o discurso delas não apresente sequência lógica, com interrupções frequentes para exemplificar, por meio do caso clínico apresentado ou situações em que vivenciaram com seus familiares, demonstrando pouca reflexão e conhecimento prévio para enfrentar a situação de obstinação terapêutica.

Assim, o desconhecimento influencia na categoria posicionamento e na maioria das subcategorias que a constitui como a subcategoria passividade diante da decisão médica, dificuldade em aceitar a terminalidade, e sentimentos em relação à terminalidade do jovem.

Conclui-se que este despreparo, na formação dos enfermeiros para aspectos emocionais e bioéticos, associado à necessidade de lidar com situações que envolvem terminalidade com as crenças e valores que acumulam durante o desenvolvimento de sua vida, fragilizam e tornam este profissional suscetível à angústias e, conseqüentemente vulnerável, pois este esgotamento emocional pode provocar adoecimento. Estas doenças, consideradas ocupacionais, dentre as quais a mais comum é a Síndrome de Burnout, podem levar o profissional ao afastamento de seu trabalho (Hossne, 2009), (Meltzer e Huckabay, 2004) e (Neves, 2006).

Bellato, Carvalho (2005) afirmam que a presença da morte tem sido motivo de angústia para o ser humano ao longo de sua existência, expondo-lhe à vulnerabilidade de ser mortal. Desse modo, os enfermeiros que trabalham em UTI, ao conviverem diariamente com pacientes e família em processo de morte e morrer, são obrigados a constatar a sua própria vulnerabilidade de ser humano mortal.

Segundo Hossne (2009), todo o ser vivo pode estar em situação de vulnerabilidade e, estando em situação de vulnerabilidade, reage instintivamente para proteger-se e garantir sua sobrevivência. Seguindo esta idéia, as enfermeiras, desta pesquisa, diante das situações de terminalidade, para evitar o sofrimento, angústias, comprovaram seu afastamento do paciente e de sua família, sem ter a

consciência que isso, a longo prazo, piora esta situação de fragilidade e vulnerabilidade, pois tal comportamento impede que o paciente tenha uma assistência humanizada compatível com a essência do seu exercício profissional.

Chaves e Massarolo (2009) afirma que a situação de obstinação terapêutica é uma situação limítrofe que envolve seres humanos, assim sendo, apresenta um saber multidisciplinar que, ao ouvir outros saberes, capta de modo mais profundo os dilemas no momento de decidir diminuindo a vulnerabilidade dos envolvidos dentre eles os enfermeiros.

As falas das enfermeiras entrevistadas demonstraram que discussões e debates entre a equipe, antes da tomada de decisão em situações limítrofes como a obstinação terapêutica, para chegar a um consenso no cuidar, protegem conscientemente os enfermeiros da situação de vulnerabilidade. Esta ideia concordando com Hossne (2009), quando afirma que o ser humano, ao ter consciência de sua vulnerabilidade, procura proteger-se.

Este não compartilhamento na tomada de decisão, nem sempre é responsabilidade do médico, mas também é do enfermeiro que, ao sentir-se despreparado para argumentar, assiste passivamente a decisão médica e conscientemente acredita que está diminuindo sua vulnerabilidade, porém ao analisar a situação melhor, o enfermeiro pode, diante disso, ser obrigado a realizar cuidados com os quais não concorde e muitas vezes contrário à essência de seu exercício profissional (Hossne, 2009).

O desconhecimento e despreparo para vivenciar situações de terminalidade dificultam o procedimento dos enfermeiros diante da equipe, pois para tal necessita de argumentação e conhecimento científico, portanto ficam impossibilitados de gerenciar suas atividades, criando uma relação de dependência com o médico, tornando-se vulneráveis. Esta situação de vulnerabilidade do enfermeiro é confirmada por Anjos (2006) quando afirma que o desenvolvimento científico põe em evidência o poder dos sujeitos humanos, em sua capacidade racional e operacional. Assim, o desenvolvimento do conhecimento humano coloca o saber como a forma mais importante de poder, mas o poder não é o mesmo que autonomia, mas a autonomia é uma forma de poder muito valorizada no mundo moderno.

Ao prestar cuidado individual, integral, que é o objetivo almejado pela enfermagem, diante das situações de morte e morrer, as enfermeiras para evitar utilizar como mecanismos de proteção o distanciamento destes pacientes e suas

famílias, passam a conhecer e defender a vontade deles, diminuindo esta susceptibilidade de ser ferido em sua integridade física e psicológica, preservando sua autonomia (Anjos, 2006).

Gomes (2010) discute que o progresso tecnológico que ocorreu nos últimos anos nas UTIs estabeleceu mudanças na prática dos profissionais que nelas atuam com ritmo muito acelerado e impulsionou a busca frenética de atualização técnica para garantir seu espaço e respeito. A preocupação com este desenvolvimento rápido impossibilitou a percepção dos envolvidos às questões éticas que estavam associadas a esta nova realidade.

Ainda afirma que os enfermeiros que atuam em UTIs, assim como os demais profissionais, estavam despreparados para perceber a ambivalência que existe neste avanço tecnológico, pois a mesma tecnologia utilizada para salvar vidas e curar os pacientes graves, pode prolongar o processo de morte e morrer em outros pacientes, provocando dor e sofrimento.

Também concorda que a realidade conflitante do fazer técnico conhecido, para o qual foram treinados desde a graduação, e o agir ético que tem como finalidade refletir sobre o fazer, justificam a posição contraditória que as enfermeiras entrevistadas demonstraram diante da situação de obstinação terapêutica.

A atitude do profissional diante daquele que enfrenta seu processo de morte e de morrer, segundo Bellato e Carvalho (2005), é de abandono, deixando que ele vivencie a solidão e ou esforço sem limites para prolongar à situação dúbia de “quase-vivo” ou de “quase-morto”, graças ao aparato tecnológico disponível. No entanto, em ambas as posições, os aspectos humanos do morrer são colocados em segundo plano.

Estas condições do enfermeiro, como profissional e como pessoa, trazem a dificuldade de identificar e refletir sobre estas situações atualmente muito frequentes no ambiente de Terapia Intensiva, pois à medida que recursos tecnológicos são acrescentados à assistência, contribui-se para um cuidar robotizado, insensível e com pouca reflexão (Santana, Fernandes 2008).

Existem dificuldades dos médicos definirem as situações e condições que reconhecem o paciente como terminal, pois os avanços científicos, que aumentam o conhecimento sobre as doenças e os mecanismos de cura, associados aos avanços tecnológicos, determinam situações de obstinação terapêutica.

Estas situações são geradoras de divergência entre os médicos e o restante da equipe, pois, a ausência de consenso também conduz os enfermeiros a realizarem cuidados com os quais não concordam, como por exemplo, prolongamento do processo de morrer em detrimento de um cuidado humanizado, que poderia vir a diminuir a dor e o sofrimento do paciente e família (Chaves e Massarolo, 2009).

Kipper (2005) comenta que as decisões sobre os diferentes tratamentos médicos do paciente em fase terminal, são tomadas sem discussão prévia com pacientes, família e equipe de saúde, sendo decididas normalmente pelo médico.

Continua dizendo que esta decisão depende de critérios médicos, entretanto, influenciam no trabalho de toda a equipe e no da equipe de enfermagem, pois, ao executar medidas com as quais não concorda, o enfermeiro sofre e questiona os valores que fundamentam o exercício profissional.

Segundo Padilha, *et al.*(1997), a passividade do enfermeiro em relação às decisões médicas está marcada pela história, pois o berço da enfermagem deu-se no trabalho caritativo e voluntário das religiosas que prestavam cuidados aos doentes, trabalho este eminentemente feminino que mantém uma relação de submissão com base na prática médica, que permanece até hoje, determinando e imprimindo sua marca no dia a dia das relações entre médicos e enfermeiros.

Confirmam ainda que enfermagem é uma profissão de mulheres e como tal, no processo histórico de sua evolução, sempre foi considerada como elemento de apoio, sempre subordinada e nunca agente principal das ações sociais. As ordens médicas, em situação de terminalidade, promovem a obstinação terapêutica e, mesmo o enfermeiro identificando que nessa situação o que deveria orientar a assistência é o cuidado, base de sua prática profissional, não impõe seu saber, pois traz toda a opressão da história da profissão na relação social com a medicina.

As enfermeiras entrevistadas influenciadas, como comentado anteriormente, consideraram que a determinação de procedimentos e investimentos em pacientes terminais é responsabilidade médica e cabe a elas apenas o cumprimento de determinações prescritas pelos médicos sem críticas ou questionamentos.

Nessa relação social que é estabelecida entre médicos e enfermeiros estes têm sua autonomia diminuída e, segundo Anjos (2006), a capacidade de exercício da autonomia depende da habilidade de estabelecer interações sociais e mantê-las,

como na relação social que as enfermeiras estabelecem com os médicos ocorre a opressão aumenta sua vulnerabilidade.

Ao depender do médico, para realizar suas atividades perde, a autonomia para estabelecer práticas compatíveis com a essência de sua prática profissional e prevista em seu Código de Deontologia na Seção II – das relações com os trabalhadores de enfermagem, saúde e outros. Direitos Art.36 – participar da prática profissional multi e interdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade, assim como Anjos (2006), o Código de Deontologia concorda que quando o enfermeiro realiza a prática desprovida de autonomia, torna-o vulnerável.

Impedido de realizar suas atividades com autonomia e dentro dos preceitos de sua profissão, devido à submissão e opressão estabelecida na relação médico e enfermeiro, sente-se insatisfeito inseguro com seu desempenho no desenvolvimento de sua prática profissional (Gutierrez; Ciampone, 2006). A insegurança, insatisfação, ausência de prazer e bem-estar demonstrados pelas enfermeiras demonstraram sua susceptibilidade diante da situação e com isso são vulneráveis, nesta situação (Neves, 2006).

Diante do exposto as enfermeiras, ao se submeterem à decisão médica, sem questionamento, reflexão ou discussão comportam-se como incapazes de pensar e decidir, conseqüentemente vulneráveis no plano ético, pois entre eles estabelece-se uma relação desigual (Neves, 2006); (Bermejo, 2008).

Quando o médico toma a decisão de maneira solitária diante da situação de obstinação terapêutica impossibilita que o enfermeiro assuma suas responsabilidades na assistência ao paciente terminal, portanto impedem sua liberdade e determina sua vulnerabilidade (Gomes, 2010).

Ao aceitar esta submissão às ordens médicas, distancia-se do paciente tornando suas atividades mecânicas e não representativas da vontade do paciente e família, perdendo as características de uma assistência humanizada, portanto perde sua identidade profissional, torna-se vulnerável na sua relação com o paciente e a família.

Gutierrez; Ciampione (2006) afirmam que ao estabelecer discussões de casos clínicos multidisciplinar, a compreensão dos limites de investimentos terapêuticos é facilitada, portanto a finitude torna-se mais tranquila para paciente, família e profissional, podendo diminuir a situação de vulnerabilidade do enfermeiro.

Diante disso, é possível concordar que, o reconhecimento da negatividade de obstinação terapêuticas demonstram que as enfermeiras entrevistadas perceberam a inadequação da terapia à situação e principalmente que esta determina sofrimento para paciente, família e profissionais.

A determinação de diagnósticos e tratamentos a pacientes é responsabilidade médica, portanto, para evitar situações de obstinação terapêutica o profissional dessa área deve reconhecer que não existe mais possibilidade de cura, mas que há tratamentos com objetivos diferentes, que podem amenizar o sofrimento, aprimorar a qualidade de vida e tratar de problemas físicos, psicossociais e espirituais, não só do paciente mas da família, reconhecidos como alternativa à obstinação terapêutica, chamados de cuidados paliativos, definidos pela OMS, 2002 (OMS,2002 apud Pessini, 2007).

A ausência de consenso entre a equipe multidisciplinar que assiste o paciente em fase terminal, impede que os envolvidos no processo desempenhem suas atividades de acordo com suas crenças e com a essência do exercício da sua profissão. No caso dos enfermeiros, diante do paciente em obstinação terapêutica, frágil e susceptível, perdem sua autonomia e sua identidade, tornando-se vulneráveis (Neves, 2006); (Anjos, 2006).

Bermejo (2006) reconhece que tanto a técnica como a tecnologia podem humanizar dependendo da relação que as pessoas estabelecem com elas. Concordando com Bermejo (2006), Gomes (2010) acrescenta que o sujeito da técnica deve se ver na condição de ser vulnerável, ou seja, deve elaborar suas decisões levando em conta os limites de sua liberdade.

O cuidado humanizado não impede a utilização de tecnologia, mas os profissionais que fazem uso dela devem saber como aplicá-la, em que momento, ou seja, este profissional é quem determina o limite de sua utilização, que deve ser definida individualmente para cada paciente e sendo reavaliada periodicamente. Quando os profissionais mantêm o controle do uso da tecnologia nas Unidades de Terapia Intensiva, promovem uma assistência centrada no ser humano, e portanto, diminuem sua vulnerabilidade.

Girondi, *et al.* (2010) indicam que é necessário maior reflexão sobre o cuidado daqueles que cuidam, pois na situação de vulnerabilidade e incapacidade não conseguem cuidar de si, e conseqüentemente não poderão cuidar daqueles que estão sob sua responsabilidade.

Sob a ótica de Anjos (2006), as enfermeiras diante desta situação reconheceram a necessidade do cuidado humanizado, mas como não têm e não conseguem sua autonomia para transformar esta realidade, estão vulneráveis.

O exercício profissional da enfermagem baseia-se no princípio da beneficência nas suas relações com os pacientes, tanto nas atividades envolvidas no processo de salvar vidas, como durante o processo de morte, o qual deve acontecer sem sofrimento e com conforto, qualidade e dignidade.

O vínculo que a enfermagem estabelece com o paciente e família, durante a prestação da assistência, lhe confere certo poder para que, ao participar das discussões para tomada de decisão, possam contribuir defendendo a vontade do paciente e família (Boemer e Sampaio, 1997).

Segundo Waldow e Borges (2008), o cuidado tem caráter transformador tanto para o ser cuidado como para o que cuida. O primeiro apresenta atitude mais positiva e serena perante da sua experiência com a enfermidade, incapacidade e mesmo a morte, que atingiu por meio de relação de confiança com seus cuidadores.

Também comenta que o crescimento da pessoa que cuida, revela-se pela satisfação, sensação de dever cumprido, realização, melhora da autoestima, mais segurança e confiança, além de prazer e bem-estar, ainda adquire novos conhecimentos a cada nova situação vivenciada.

Ao promover uma assistência em acordo com a vontade do paciente terminal, a equipe promoverá uma assistência humanizada e compatível com o princípio da beneficência, porém há limitações de definir o que significa o bem para os pacientes, principalmente para a maioria dos pacientes em terapia intensiva em que estas decisões são tomadas pelos profissionais da saúde.

Assim, como Chaves e Massarolo (2009); Carvalho e Lunardi (2009) afirmam que é importante a conversa entre os profissionais que atuam em UTI e vivenciam situação de obstinação terapêutica, pois o diálogo estabelece comprometimento entre a equipe para promoção de uma assistência com maior benefício ao doente. A participação dos enfermeiros neste processo é essencial, pois, como afirmam Boemer e Sampaio (1997), ele trará para esta discussão a vontade do paciente e família.

Mais um aspecto que merece ser ressaltado das falas das enfermeiras entrevistadas, é a preocupação com a dor, o sofrimento e também com a dignidade não só do paciente como da família.

No trabalho de Lucena e Crossetti (2004), esta preocupação também aparece quando comentam que, ao cuidar de um paciente em um ambiente estressante como a UTI, é preciso ter em mente que a importância do cuidado está no modo humanizado, como é realizado, pois podem aliviar e diminuir sentimentos, como dor e solidão daquele que tem sua vida mantida pelo aparato tecnológico.

Agindo desse modo o enfermeiro está de acordo com seu Código de Deontologia CORENSP(2007), pois o respeito à vida e sua dignidade é ressaltado nos princípios fundamentais, na “Seção I, Art. 14.º - o aprimoramento técnico, científico, éticos e culturais em benefício da pessoa, família, coletividade e do desenvolvimento da profissão”, em que o enfermeiro deve estabelecer uma assistência de enfermagem compatível com a vontade dos pacientes e seus familiares. Assim esta prescrito que os profissionais da saúde, principalmente o enfermeiro, não esqueçam que toda a sua assistência tem como fim a pessoa, portanto devem estar compatível com sua vontade.

Não basta apenas o vínculo estabelecido com o paciente e família, pois Boemer e Sampaio (1997) relatam que é conferido ao enfermeiro o poder para defesa dos direitos do paciente e família junto à equipe, mas também neste mesmo Código de Deontologia CORENSP (2007) na Seção II – responsabilidade e deveres nos Artigos 18, 20 e 21 também estabelecem que o enfermeiro tem o dever e a responsabilidade de garantir o direito do paciente e em sua impossibilidade seu representante legal de tomar decisões sobre a saúde, tratamento, conforto e bem-estar, assim como deve colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento do paciente família à respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca de seu estado de saúde e tratamento e proteger o paciente família contra danos decorrentes de imperícia imprudência ou negligência por parte da equipe de saúde.

A insistência médica em tratar de maneira curativa pacientes sem esta possibilidade, faz com que as enfermeiras entrevistadas reconhecessem novamente a necessidade de discussões para chegar a um consenso no cuidar, pois a divergência dos profissionais na assistência desse doente gera angústias, sofrimento com alterações emocionais e físicas (Meltzer e Huckabay, 2004).

É com o enfermeiro que o paciente e a família buscam esclarecimento sobre o tratamento e os cuidados fornecidos, nos momentos difíceis. Desse modo, eles têm que lidar com o sofrimento, com a angústia e com os temores que podem surgir

em diversas situações que envolvem o cuidar desses pacientes em processo de morte e morrer.

Aceitar o cuidado, afirmam Waldow e Borges (2008), é admitir confiança em quem cuida e conhecimento, ou seja, consciência sobre o que está acontecendo. O paciente responde ao tratamento à medida em que confia, o que corresponde a ter consciência da competência, responsabilidade e da atenção dispensada por aquele que cuida.

Carvalho e Lunardi (2009) complementam esta ideia, apontando que, ao prestar a assistência aos pacientes em processo de morte, as principais dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro está na esperança que é demonstrada pelos pacientes, seus familiares e profissionais, além do sentimento de impotência que todos experimentam diante da morte .

Porém Chaves e Massarolo (2009) acrescentam que o enfermeiro, ao prestarem assistência aos pacientes em situação de obstinação terapêutica, enfrenta dilemas, pois contraria seus valores e responsabilidades não só pessoais como profissionais.

Contrim; Freua; Guimarães (2003) ressaltam que o trabalho da enfermagem em UTI apresenta fatores estressantes, como lidar com o sofrimento do paciente e da família, a agilidade necessária para o cuidado do paciente grave, atenção e renovação de conhecimentos técnicos, o barulho constante dos aparelhos, além da necessidade de improvisação, questões de ordem burocrática e o inter-relacionamento com a equipe.

Vila e Rossi (2002), concordando com os autores anteriores, afirmam que o trabalho da equipe de enfermagem na UTI é estressante, devido a prestar assistência direta ao paciente e família e por necessitar lidar com suas próprias emoções e conflitos. Assim, dependendo das experiências e percepções individuais, esse profissional torna-se susceptível ao adoecimento emocional ou físico, portanto vulnerável (Hossne, 2009);(Neves, 2006).

Tal profissional, ao conscientizar-se dessa susceptibilidade busca mecanismos para proteger-se, como propor realização e participação em discussões clínicas, alinhar sua assistência com a essência de seu exercício profissional (Hossne, 2009).

Girondi, *et al.* (2010) confirmam esta idéia, comentando que a vulnerabilidade refere-se a diferentes graus de susceptibilidade que expõem os

indivíduos ao adoecimento, considerando as diferenças de cada situação, os aspectos individuais e sociais, colocando os indivíduos diante do problema e com os recursos para enfrentá-lo.

Uma das alternativas de enfrentamento dessa vulnerabilidade, que o enfermeiro vivencia, é de assistência ao paciente terminal que está de acordo com a essência do cuidado proposto pela enfermagem, como a filosofia dos cuidados paliativos descritas, a seguir. Nesta situação o enfermeiro mantém sua autonomia e independência no cuidado não só ao paciente como à família (Anjos, 2006).

Os cuidados paliativos, como modo de cuidar de pacientes e não têm mais a possibilidade de cura, estão em sintonia com a essência do exercício profissional da enfermagem. Mais do que uma transformação, é o resgate da essência da profissão, o cuidado, do qual se distanciou ao vivenciar diariamente uma prática médica sustentada pelo caráter curativo e o uso do aparato tecnológico.

Os “cuidados paliativos” contrapõem-se ao uso continuado, a qualquer preço, da tecnologia para a manutenção da vida em um paciente com doença incurável e avançada, ou seja, à prática da “obstinação terapêutica”. Portanto, parece ser uma opção ao tratamento dos pacientes terminais que se compatibiliza com aquilo que as enfermeiras entrevistadas verbalizaram ser uma assistência adequada para este paciente, além do que esta prática de cuidados não tem por meta abreviar a vida do paciente, o que para estas enfermeiras é uma alternativa menos problemática moralmente, pois verbalizaram ser contra a eutanásia.

Em 2002 a OMS definiu:

“Cuidados paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e familiares que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual” (OMS,2002 apud Pessini, 2007)

Esse tipo de abordagem do paciente terminal também reconhece a interdisciplinaridade e concorda com a vontade do enfermeiro ao vivenciar as situações de obstinação terapêutica, desse modo pode diminuir a sua

vulnerabilidade, pois, neste tipo de abordagem, a discussão prévia ao cuidado está prevista e também busca um cuidado humanizado focado na dignidade da vida.

Para Ferreira e Neves (2003), para prestar cuidado de forma efetiva ao paciente com ou sem possibilidade de cura, o enfermeiro necessita não só de conhecimento da patologia em si, mas também a habilidade em lidar com os sentimentos dos outros e com as próprias emoções, é preciso, portanto, que a sua percepção identifique e compreenda o que não é dito, desvende os sentimentos daquele que está em processo de morte para poder auxiliá-lo na sua finitude.

Nortvedt (2003) comenta que a sensibilidade é a vulnerabilidade própria da pessoa que se sensibilizou; assim, a consciência do corpo vulnerável de um paciente é uma vulnerabilidade admitida como própria para o enfermeiro, portanto esta inquietação da vulnerabilidade pode tornar este cuidado humanizado.

Conseqüentemente o cuidado humanizado, seguindo a filosofia dos cuidados paliativos, diminui as susceptibilidades dos profissionais que atuam em terapia intensiva, dentre eles o enfermeiro, que vivencia a situação de terminalidade da situação de vulnerabilidade, pois permite a autonomia dos envolvidos (Hossne, 2009); (Neves, 2006) e (Anjos, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais que atuam em UTI devem ter destreza, raciocínio e julgamento clínico rápido, pronta intervenção quando necessário e domínio das novas tecnologias. No entanto, devem também reconhecer o outro lado do cuidar, percebendo-o como um ato relacional entre pessoas, no qual deve permitir que a singularidade dos envolvidos esteja presente.

Assim, este trabalho buscou compreender como os enfermeiros percebiam e posicionavam-se diante das situações de obstinação terapêutica; e por que esses enfermeiros tornavam-se vulneráveis ao vivenciarem a terminalidade ou mais especificamente a situação de obstinação terapêutica.

Como o cuidar técnico especializado, sempre esteve inserido no contexto do profissional de enfermagem, procurou-se desenvolver a pesquisa no âmbito das questões éticas e bioéticas que estão envolvidas neste cuidado e pouco são percebidas por tais profissionais.

Buscaram-se na pesquisa qualitativa descritiva, as respostas das ações humanas, envolvidas quando o enfermeiro está diante de situações que envolvem questões bioéticas atuais, como a obstinação terapêutica.

Este trabalho fornece dados sobre o conhecimento dos enfermeiros sobre distanásia, tratamento fútil ou obstinação terapêutica e a vulnerabilidade destes profissionais diante de tal situação; desse modo poderá contribuir pela elucidação desta problemática, além dos resultados possibilitarem discussões e reflexões sobre o tema que, apesar de muito prevalente nas Unidades de Terapias Intensivas, ainda é muito pouco conhecido pelos profissionais que atuam neste ambiente e principalmente pelo enfermeiro.

Também o conhecimento adquirido pelo enfermeiro com base neste estudo facilitará a identificação das situações de obstinação terapêutica, promovendo discussões e reflexões multidisciplinares para a promoção de um cuidado humanizado e promoção da dignidade humana.

Com o desenvolvimento deste trabalho, compreendeu-se como as enfermeiras se comportaram diante da situação de obstinação terapêutica. Percebeu-se também o seu desconhecimento sobre o conceito de obstinação terapêutica, distanásia e a confusão destes com o termo eutanásia. Os processos

reconhecidos nas narrativas ofereceram compreensão dos significados dessas experiências às enfermeiras que fazem pós-graduação e atuam em UTI, uma vez que as entrevistadas demonstraram dificuldades em lidar com a terminalidade, assim, tais dificuldades, durante esse processo, foram pautadas nos significados atribuídos nas interações e nas visões de mundo que adquirem ao longo de sua vida pessoal, utilizando-as para posicionar-se diante da situação de obstinação terapêutica, devido à falta de preparo profissional para este enfrentamento, ou assistem passivamente a decisão médica diante dos pacientes que estão em processo de morte.

A formação do enfermeiro e profissional, integrante da equipe de saúde, sempre foi focada para a promoção e preservação da vida; a morte é entendida como algo contrário; portanto, a obstinação terapêutica leva até as últimas consequências a tentativa de afastar a morte e, nessa tentativa de afastamento indefinido, emerge a desumanização do atendimento àquele que está em processo de morte.

Diante do exposto surge a necessidade de se repensar e reavaliar os conteúdos que estão sendo ministrados durante a graduação e pós-graduação, quanto à qualidade do ensino oferecida aos profissionais que estão sendo formados e encaminhados para o campo de trabalho. É imprescindível que recebam uma formação em relação aos aspectos éticos e bioéticos, relevantes para sua prática geral e específica de acordo com a sua especialização, mas objetivando a humanização, pois as enfermeiras da população revelaram a necessidade de conhecer o que o paciente e a família gostariam que fosse realizado, mostrando que existe uma necessidade de colocar-se no lugar do outro.

Após ter realizado este estudo a pesquisadora considera importante que estas questões éticas e bioéticas estejam contempladas no ensino e na prática de enfermagem, pois é evidente a necessidade de se assegurar o cuidar como habilidade técnica na dimensão biológica, mas é fundamental contemplar, também, agregando às ações de enfermagem, a atenção pelo outro, o comprometimento para com o outro, o respeito e a empatia.

Identificou-se a necessidade de diálogo, por meio das enfermeiras entrevistadas, entre os profissionais da equipe de saúde que atuam em UTIs, para promover o alinhamento da assistência prestada ao paciente.

Uma boa estratégia para a atualização das enfermeiras formadas seria que nas instituições, em que trabalham, promovam discussões interdisciplinares de casos clínicos, nos quais existam dilemas éticos envolvidos para que possam exercitar a colocação de seus pontos de vista, e desse modo coloquem seus sentimentos e angústias em relação às situações.

A vulnerabilidade do profissional é influenciada pelo desconhecimento do conceito, que provoca dificuldade de identificação de situações de terminalidade e suas diversas particularidades, desse modo, a impossibilidade de argumentar diante da equipe é constante. Ao prestar cuidado a estes pacientes percebe a dor e o sofrimento não só deles como da família, mas surge as dificuldades em ajudá-los, assim afastam-se e com o passar do tempo tornam-se insensíveis, frios como maneira de proteger-se quase que instintivamente e diminuir a sua vulnerabilidade.

Ao considerar a integração do ser humano, juntamente com a família, nas funcionalidades dos sistemas do corpo, que os profissionais enfermeiros sejam preparados, desde o início de sua formação, para relacionarem-se não somente com o paciente, mas com a família também, reconhecendo-a como parte do contexto do cuidar.

Esses pontos de vulnerabilidade do enfermeiro discutidos anteriormente, necessitam de uma solução, pois de outro modo acarretam prejuízo ao profissional e conseqüentemente à assistência prestada ao paciente e sua família.

A permanência constante de situações de vulnerabilidade pode provocar doenças, de ordem emocional e física, neste profissional e conseqüentemente prejuízo para a instituição, pois uma vez que tais doenças podem levá-lo ao afastamento de suas atividades.

É importante ressaltar que as modificações na formação deste profissional, devem ser assumidas pelas instituições de ensino, assim como as instituições de saúde devem se preocupar também com a atualização o enfermeiro que atua em suas dependências, mas cabe também ao próprio enfermeiro buscar este desenvolvimento para realizar uma prática de acordo com os preceitos de sua profissão, ou seja, um cuidado humanizado para a promoção da dignidade do paciente sob sua responsabilidade.

Também constatou-se neste estudo uma necessidade das entrevistadas em discutir à assistência destes pacientes em processo de morte e morrer, para obtenção de consenso no cuidado com a equipe multidisciplinar, pois desse modo

pode-se estabelecer cuidados com os quais toda a equipe concorda. Esta necessidade é uma maneira de os enfermeiros estabelecerem mecanismos conscientes de proteção e, portanto diminuir sua vulnerabilidade à medida que mantêm sua autonomia que é perdida quando realizam cuidados com os quais não concordam.

No cuidado humanizado, a tecnologia terá seu cuidado dependendo da relação que os profissionais estabelecerem com ela, pois à medida que conseguem estabelecer limites em sua utilização, o fazer técnico é limitado pelo agir ético, portanto é possível o estabelecimento de uma assistência humanizada.

Identifica-se a filosofia dos cuidados paliativos como opção de assistência ao paciente terminal para evitar a obstinação terapêutica, em que estabelece uma assistência humanizada ao paciente e família, com controle da dor, diminuição do sofrimento com qualidade de vida e com atendimento de problemas de ordem física, psicológica e espiritual, por meio do consenso da equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ANJOS, M. F. A. vulnerabilidade como parceira da autonomia. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 173-185, 2006.
- AYRES, J. R. C. M et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. **American public health association**, Washington, v. 96, n. 6, p. 1001-1006, June 2006
- AYRES, J. R. C. M. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa de DST/AIDS. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. **Boletim epidemiológico**, São Paulo, v.15, n. 3, p. 2-4, 1997.
- BALDESSIN, A. Morrendo bem equipado. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 38, n. 1, p.55-59, 2005
- BALLA, A.; HASS, R. E. Percepção do enfermeiro em relação à ortotanásia. **Bioethikos**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 204-213, 2008.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BELLATO, R.; CARVALHO, E. C. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.99-104, janeiro-fevereiro 2005.
- BERMEJO, J. C. Tradução de Guilherme Laurito Summa. **Humanizar a saúde: cuidado, relações e valores**. Petrópolis; Rio de Janeiro: Vozes, 2008.
- BERVIAN, P. A.; CERVO, A. L. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- BOEMER, M. R.; SAMPAIO, M. A. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 33-38, 1997.
- BOWLBY, J. **Apego e perda**. v. 3. São Paulo: Martins Fontes, 1985.
- BREVIDELLI, M. M. et al. **Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos**. São Paulo: Iátria, 2006.
- CARVALHO, K. K.; LUNARDI, V. L. Obstinação terapêutica como questão ética: enfermeiras de unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, 308-313. Junho 2009.
- CAVALHEIRO, A. M.; MOURA JUNIOR, D. F.; LOPES, A. C. Stress in nurses working in intensive care units. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 29-35, 2008.
- CHAVES, A. A. B.; MASSAROLO, M. C. K. B. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidade de Terapia Intensiva, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 30-6, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Aprova o código de ética médica. Resolução CFM nº 1931/2009. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 24 set. 2009, Seção I, p.90. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 13 out. 2009. Seção I, p.173.

CORENSP – Conselho Regional de Enfermagem-SP. **Código de Ética dos profissionais de enfermagem**. In: _____. Principais legislações para o exercício de enfermagem. São Paulo: CORENSP, 2009.

COUTRIN, R. M. G. S.; FREUA, P. R.; GUIMARÃES, C. M. Estresse em enfermagem: uma análise do conhecimento produzido na literatura brasileira no período de 1982 a 2001. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 486-494, 2003.

COSTA, J. C.; LIMA, R. A. G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p.151-7, março-abril 2005.

DINIZ, D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1741-1748, 2006.

FERREIRA, S. S.; NEVES, E. P. Ser enfermeira vivenciando o cuidado ao cliente com câncer em tratamento quimioterápico. **RECENF**, v. 1, n. 1, p. 49-54, Jan-Fev, 2003.

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2128p.

FERREIRA, B. W. **Análise de conteúdo**. Alethéia, Canoas, v. 11, p. 13-20, jan/jun 2000.

GIRONDI, J. B. R. *et al.* Risco, vulnerabilidade e incapacidade: reflexões com um grupo de enfermeiras. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiana, v. 12, n. 2, p. 20-7, 2010.

GOMES, R. Desafios éticos do mundo técnico e tecnológico: entre recurso e vulnerabilidade. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 4, n.1, p.75-85, 2010.

GUTIERREZ, B. A. O.; CIAMPONE, M. H. T. O processo de morte e morrer no enfoque dos profissionais de enfermagem da UTIs. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 660-7, 2007.

HOLOTIK, G. Responsabilidad. In: Rotter H; Virt G. (Org). **Nuevo Diccionario de Moral Cristiana**. Barcelona: Herder, 1993. p.504-505.

HOSSNE, W. S. Dos referenciais da bioética: a vulnerabilidade. **Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, São Paulo, v.3, n.1, p.41-51, jan./jun. 2009.

KIPPER, D. O Problema das decisões médicas envolvendo o fim a vida e propostas para nossa realidade. **Bioética**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 59-70, 1999.

KOVÁCS, I. Como hacer visible el trabajo que el discurso dominante oculta.

- Sociología del Trabajo. **Nueva Época**, n. 45, 2002.
- LIMA, C. Medicina High Tech, obstinação terapêutica e distanásia. **Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**, v. 13, n. 2, 2006.
- LUCENA, A. F.; CROSSETTI, M. G. O. Significado do cuidar na unidade de terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 25, n. 2, p. 243-56, ago. 2004.
- MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. Nurses' work in intensive care units: feelings of suffering. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 52-58, 2009.
- MELTZER, L.S.; HUCKABAY, L. M. Critical care nurse' perceptions of futile care and its effect on burnout. **American Journal of Critical Care**, Aliso Viejo, v. 13, n. 3, May 2004.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; O MINAYO, M. C. S (orgs). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- MONTEIRO, M. A. A. et al. Ethical dilemmas experienced by nurses presented in nursing publications. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 1054-1059, 2008.
- NEVES, M. P. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição e princípio. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 157-172, 2006.
- NEVES, M. C. P. Sentidos da vulnerabilidade. In: BARCHIFONTAINE, C.P.; ZOBOLI, E. (orgs). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. Aparecida, São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Idéias e Letras, 2007.
- NORTVEDT, P. Subjectivity and vulnerability: reflections on the foundation of ethical sensibility. **Nursing Philosophy**, Oxford, v. 4, p. 222–230, 2003.
- OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Tomson Learnig, 2002.
- OLIVEIRA, J. R, BRÊTAS, J. R. S e L. YAMAGUTI, L. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. **Revista Escola da Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 386-94, 2007.
- PADILHA, M. I. C. de S. et al. Enfermeira - a construção de um modelo a partir do discurso médico. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, p.437-51, dez 1997.
- PESSINI, L. Distanásia: até quando investir sem agredir? **Bioética**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 31-43, 1996.

_____. **Distanásia: até quando prolongar a vida?**. 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola. 2007.

_____. **Distanásia: até quando prolongar a vida?**, São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola. 2001.

_____. BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de Bioética**. 8. ed. rev. e ampl. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola. 2001.

PINHO, L. B.; SANTOS, S. M. A. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Revista Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 66-72, 2008.

POLES, K.; BOUSSO, R. S. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 207-13, março-abril 2006

PONTES, T. R. **Código penal**. Curitiba: Guaira, 1940. 334p

QUINTANA, A. M. et al. Sentimentos e percepção da equipe de saúde frente o paciente terminal. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 35, p. 415-425, 2006.

SANTANA, N.; FERNANDES, J. D. O processo de capacitação do enfermeiro intensivista. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 809-815, 2008.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidade Intensiva em um hospital-escola. **Revista Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 148-155, 2002.

SIBBALD, R.; DOWNAR, J.; HAWRYLUCK, L. Perceptions of “futile care” among caregivers in intensive care units. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 177, n. 10, p. 1201-1208, 2007.

SPÍNDULA, T.; MACEDO, M. C. S. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 47, n. 2, p.108-17, 1994

TOFFOLETTO, M. C. et al. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 307-312, jul.-set. 2005.

ULLER, A. R. **“Até onde investir no paciente grave?”: decisões envolvendo a prática médica na UTI**. 64f. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: .muito falado e pouco vivido. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p.137-44, março-abril 2002.

WALDOW, V. R; BORGES, R. F. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4 jul.-agos.2008.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Dados de Caracterização:

Sexo: _____ Idade: _____ Tempo de formado(a): _____

Tempo que trabalha em Unidade de Terapia Intensiva: _____

2. O caso descrito a seguir será apresentado ao entrevistado em cartão para que ele realize a leitura.

Paciente de 47 anos, internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com quadro clínico degenerativo, incurável, que exige intervenções diárias para mantê-lo vivo, sem mudança no quadro clínico do paciente ou qualquer possibilidade de conter o avanço da doença. Foi iniciada ventilação mecânica, no momento em que apresentou insuficiência respiratória devido à crescente e incontrolável perda da capacidade muscular, característica de sua doença. Também foi iniciada hemodiálise contínua, pois o paciente entrou em insuficiência renal aguda; quadro previsto devido à utilização de vários antibióticos para conter as diversas infecções e vários episódios de hipoperfusão que o paciente enfrentou nos 90 dias de UTI, porém essas medidas invasivas não reverteram ou modificaram seu quadro clínico. Houve o reconhecimento por parte da equipe médica da incapacidade técnica em oferecer qualquer recurso terapêutico para aliviar o quadro clínico em progressão. A família é participativa no tratamento do paciente e consciente da gravidade da situação e da impossibilidade terapêutica de reversão do quadro instalado. A ventilação mecânica e a hemodiálise têm garantido a sobrevida do paciente, mas não interrompe o avanço da síndrome. Ele se manteria vivo, porém permanentemente ligado à máquina para respirar, piorando continuamente e sem qualquer experiência de vida independente. Baseado no artigo Diniz (2006) publicado no caderno de Saúde Pública.

3. Qual sua opinião sobre a situação descrita?

4. Você sabe o que é obstinação terapêutica?

No caso afirmativo para questão 4, seguir para a questão 6.

No caso negativo para questão 4, apresentar a definição de obstinação terapêutica em um cartão, após seguir para a questão 7.

5. Oferecer cartão com definição, segundo Lima (2006), de obstinação terapêutica: Recurso ou forma de tratamento cujo efeito é mais nocivo que o efeito da doença, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado é menor do que os inconvenientes previsíveis.

6. O que é obstinação terapêutica?

7. Com base na sua vivência, como você percebe o enfermeiro nessa situação?

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “A Vulnerabilidade do Enfermeiro diante da obstinação terapêutica” que será desenvolvido pela pesquisadora Cláudia D’Arco, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Luciane Lucio Pereira e co-orientação da Prof.^a Dr.^a Margareth Rose Priel, com o objetivo de investigar a percepção do enfermeiro de Terapia Intensiva diante da obstinação terapêutica. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora, sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Sei que serei entrevistado e que minha entrevista será gravada em dispositivo próprio para a utilização apenas neste estudo. Tenho a garantia que meu anonimato será preservado. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Recebi a informação que, ao aceitar participar da pesquisa, não terei nenhum gasto, assim como nenhum ônus.

Qualquer dúvida entra em contato com a pesquisadora Cláudia D’Arco, pelo telefone (11) 3785-3975, ou pelo e-mail claudia.darco@terra.com.br.

Em caso de qualquer problema ético entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo pelo telefone (11) 3465-2669.

Local e data _____, _____/_____/_____.

Nome do sujeito ou responsável: _____


Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

ANEXO

ANEXO

ANEXO 1 - Termo de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Camilo para realização da pesquisa, respeitando os aspectos éticos.



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO

São Paulo, 03 de novembro de 2009.


À Pesquisadora
Claudia D' Arco

Proposta de Pesquisa

Pela presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa (CoEP) do Centro Universitário São Camilo **analisou e aprovou**, em sua 8ª Reunião Ordinária realizada em 21 de outubro de 2009, conforme os requisitos da Resolução CNS nº 196/96, o Protocolo de Pesquisa nº **149/09**, intitulado **"A vulnerabilidade do enfermeiro frente a obstinação terapêutica"**, apresentado pela pesquisadora **Claudia D' Arco**.

Atenção:
Qualquer alteração no protocolo de pesquisa encaminhar ao comitê, ficando o mesmo interrompido até a aprovação.
O pesquisador responsável deverá encaminhar relatório parcial e final ao CoEP anualmente ou até o término do estudo. Previsão de entrega do 1º Relatório 03/11/2010.

Atenciosamente,



Prof. Adriana Aparecida de Faria Lima
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa (CoEP)
Centro Universitário São Camilo

Campus Pompéia 1 • Rua Raul Pompéia, 144 – Pompéia – São Paulo – SP • CEP 05025-010 • Fone: (11) 3465-2600
Campus Pompéia 2 • Rua Padre Chico, 688 – Pompéia – São Paulo – SP • CEP 05008-010 • Fone: (11) 3465-2700
Campus Ipiranga 1 • Av. Nazaré, 1.501 – Ipiranga – São Paulo – SP • CEP 04263-200 • Fone: (11) 2588-4000
Campus Ipiranga 2 • Av. Nazaré, 900 – Ipiranga – São Paulo – SP • CEP 04262-100 • Fone: (11) 3206-9700
Colégio São Camilo – Cardeal Motta • Rua Paulo Bregaro, 400 – Ipiranga – São Paulo – SP • CEP 04261-000 • Fone: (11) 2588-4500
Estação Ambiental • Rua do Cano, s/nº – Suarão – Itanhaém – SP • CEP 11740-000 • Fone: (13) 3422-1135

www.saocamilo-sp.br