



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÉDICOS E
ENFERMEIROS SOBRE DISTANÁSIA EM UTI**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Karla Cristiane Oliveira Bertolino

**Santa Maria, RS, Brasil
2009**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS
SOBRE DISTANÁZIA EM UTI**

por

Karla Cristiane Oliveira Bertolino

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, linha de pesquisa Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem.**

Orientador: Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana
Coorientadora: Profa. Dra. Elisabeta Albertina Nietzsche

Santa Maria, RS, Brasil
2009

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS
SOBRE DISTANÁZIA EM UTI**

elaborada por
Karla Cristiane Oliveira Bertolino

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:

Alberto Manuel Quintana, Dr.
(Presidente/Orientador)

Leocir Pessini, Dr. (Centro Universitário São Camilo-SP)

Margrid Beuter, Dra. (UFSM-RS)

Elisabeta Albertina Nietzsche, Dra. (UFSM-RS)

Santa Maria, 11 de dezembro de 2009.

Dedicatória

Às minhas amadas filhas Helena e Ana Clara, luzes da minha vida,
dedico este trabalho, por me ajudarem, desde que vieram ao mundo,
a compreender o verdadeiro significado das palavras "amor" e
"cuidado". Dedico a vocês porque, mesmo sem saber, vocês
sempre me incentivaram, com seus olhinhos cheios de
vida, seus abraços e palavras doces, a ser melhor
a cada dia, mesmo nas ocasiões em que tudo
parecia muito difícil ou inatingível.
Minhas queridas filhas, vocês
são abençoadas presenças
em minha vida!

Agradecimentos

"O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis" (Fernando Pessoa).

O processo de elaboração deste trabalho foi intenso, muitas vezes solitário, mas cercado de mãos amigas, fundamentais para a sua construção. Mas não é meramente agradecer o que pretendo. Gostaria de trazer para dentro da minha Dissertação aqueles que já a integram, ocultadas nas entrelinhas, por terem me auxiliado em várias etapas.

Agradeço infinitamente às pessoas que comigo compartilharam ideias, provocaram discussões, apoiaram, criticaram, arquitetaram citações espirituosas, riram ou choraram comigo. Agradeço pela ajuda de todos no difícil (mas ao mesmo tempo gratificante) percurso nesses quase dois anos de estudos do Mestrado.

Obrigada por me estimularem a seguir adiante, sem perder a vida inteira que existe nesse caminhar, uma vida e uma vontade que pulsam, que vibram, e que almejam a vitória.

Todavia, para a conclusão do Mestrado e a concretização desta Dissertação, decisivamente existiram pessoas ímpares das quais eu não poderia deixar de prestar os meus mais sinceros agradecimentos.

Dessa forma, agradeço

A **Deus**, primeiramente, e antes de tudo, curvo-me de mãos postas por alcançar mais uma conquista, porque, se eu lutei e venci, foi por Sua presença inabalável ao meu lado.

Obrigada, Senhor, pela dádiva da vida, inteligência e persistência, pela saúde e coragem que abrigo dentro de mim.

Às minhas filhas **Ana Clara e Helena**, pelo maravilhoso fato de vocês existirem e fazerem de mim uma pessoa completa e feliz. Vocês são tudo para mim, amores da minha vida.

Ao meu **pai** – amor, luz, saudade e sempre – eu sinto: você está comigo, me apoiando e guiando meus passos. Obrigada por me presentear com a continuidade do seu brilho... Amo-te para sempre, pai...

À minha **mãe** – amor, carinho, gesto e voz – que continuamente acredita nos meus ideais e me encoraja a seguir adiante. Obrigada por me ouvir, por rir minhas alegrias e secar minhas lágrimas. E por aplaudir o meu sucesso, mesmo antes dele chegar. Amo-te muito, mãezinha.

Aos meus amados irmãos, **Gui e Leo** – amor, amizade, sonho e abraço – por acreditarem em mim e dividir comigo esta vitória. Compartilho-a com vocês.

Ao **Gui**, novamente e em especial, pelo grande auxílio nos momentos em que não estive presente e pela ajuda extra na elaboração desta Dissertação.

À querida **Carmem**, um exemplo que procurei seguir, que, mais do que a amiga que é, e mesmo distante, sempre torceu pela minha vitória, me incentivando por meio de suas palavras sensatas, carinhosas e sábias.

Ao **Maurício**, porque se você está comigo, tudo é mais bonito. Obrigada pelo amor e carinho. E pelo incentivo a sempre buscar novas conquistas a partir do meu próprio esforço.

À **Maria**, que muitas vezes foi mãe para mim, ou para minhas filhas quando eu não estava em casa. Obrigada por cuidar dos bastidores da minha vida, pela dedicação ao seu trabalho comigo e pelos elogios mil...

Ao **Milber**, pela amizade e carinho que permaneceram, e por se interessar pelo meu trabalho. A você, a minha gratidão.

Ao querido **Professor Alberto**, agradeço por você ser instrutor e amigo, guia e companheiro. Por caminhar comigo no passo a passo. Por me deixar livre e segura ao mesmo tempo. Agradeço pela simpatia e amabilidade, pelos incentivos, exigências e elogios. A você, o meu carinho e minha gratidão. Somos vencedores!

À querida **Professora Beta**, modelo de dedicação e doação à docência, obrigada pela transmissão e troca de conhecimentos e pela brilhante e constante presença no meu crescimento acadêmico desde o começo. Obrigada pelos tantos incentivos e pelas nossas vitórias juntas...

À **Professora Margrid**, pela presença em minha vida acadêmica, e por acrescentar seus saberes ao meu trabalho.

Ao **Padre Leo Pessini**, um ícone para a minha pessoa, obrigada por abrilhantar, com sua honrosa e estimada presença, o momento da minha defesa. Sua presença é mais um sonho concretizado!

Aos **Professores do Mestrado** que, com excelência, transmitiram-me segredos da academia e da vida. Sem vocês, eu não me tornaria o ser humano melhor que sou hoje.

Aos queridos **Evandro, Ana Cláudia e Ellen**, que me auxiliaram, com presteza e muito boa vontade, nos momentos em que precisei. Muito obrigada pela força! Sem vocês teria sido um pouco mais difícil.

À **Universidade Federal de Santa Maria**, que me bem acolheu há cinco anos, ainda no início da graduação, e que agora me deu a chance de me despedir (ou dizer um até logo) como Mestre. Muito obrigada!

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** e, em especial, à querida **Zeli**, pela dedicação, bom humor e competência ao realizar seu trabalho, e às bolsistas, por estarem sempre disponíveis a ajudar quando precisei.

Aos **enfermeiros e médicos** sujeitos desta pesquisa, e a toda a **equipe da UTI Adulto do HUSM**, que confiaram no meu trabalho e aceitaram, de muito bom grado, a participar dele e a conviver comigo durante várias semanas. Estejam convictos de que sem vocês não seria possível a elaboração desta Dissertação. Muito obrigada, meus queridos!

Aos **pacientes** que observei e ajudei a cuidar, pela felicidade de olhar em seus olhos ou poder segurar as suas mãos, especialmente nos momentos em que a vida dava o seu adeus...

Às **colegas do Curso de Mestrado**, pela amizade e companheirismo, pelos abraços, ideias, risos, passos e contrapassos, e pelas diferenças que me aprimoraram como ser humano.

Às queridas colegas-amigas **Fê e Graci**, pela estimada presença na minha vida e auxílio no desenvolvimento do meu trabalho. Obrigada pelas conversas, sugestões, opiniões, e, de modo especial, pelos muitos sorrisos que rimos juntas. A vocês, para sempre, a minha mais sincera amizade. Amo vocês, "migas"!

Aos **colegas e amigos**, que de uma maneira ou de outra, perto ou longe, acreditaram que eu conseguiria. E eu consegui! Obrigada pela torcida!

Àqueles cujos nomes, porventura, não estão aqui listados, mas que sabem o quanto foram importantes nessa jornada, e a todas as pessoas que fazem parte da minha vida e que de tantas formas me ajudaram a desenhar o caminho para a conclusão deste Mestrado, eu agradeço de coração.

A todos vocês, o meu

Muito obrigada!

"Que estranha é a sina que cabe a nós, mortais!

Cada um de nós está aqui para uma temporada;

com que propósito não se sabe J...P.

*Os ideais que tem iluminado meu caminho,
e repetidamente me tem renovado a coragem para enfrentar
a vida com ânimo, são a bondade, a beleza e a verdade"*

(c Albert Einstein, 1936, p. 1).

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE DISTANÁSIA EM UTI

AUTORA: KARLA CRISTIANE OLIVEIRA BERTOLINO
ORIENTADOR: ALBERTO MANUEL QUINTANA
COORIENTADORA: ELISABETA ALBERTINA NIETSCHE
Auditório do Centro de Ciências da Saúde
Santa Maria, 11 de dezembro de 2009

Esta pesquisa objetivou compreender as representações sociais de médicos e enfermeiros acerca do investimento excessivo no paciente terminal durante o processo de cuidar em uma UTI Adulto. Os objetivos específicos visaram descrever como médicos e enfermeiros significam terminalidade de vida e o investimento excessivo no paciente terminal; investigar como estes profissionais avaliam a sua formação acadêmica face ao cuidado no processo de morrer; e identificar reações e sentimentos de médicos e enfermeiros frente à morte do paciente. Constatou-se de uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, fundamentada na Teoria das Representações Sociais. As técnicas de coletas de dados foram a entrevista focalizada e a observação participante. O processo de análise foi embasado na análise de conteúdo. Os princípios éticos foram respeitados, de forma a proteger todos os direitos dos participantes, com formalização da participação por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dentre os resultados, observou-se que os médicos e enfermeiros constroem as suas representações sociais sobre a distanásia em UTI sob influência de múltiplos fatores, partindo da ausência do ensino e preparação para lidar com a morte no cotidiano hospitalar durante a graduação e a residência médica; a complexidade da convivência cotidiana com a morte e o processo de morrer, juntamente com os sentimentos e mecanismos de defesa; a espiritualidade e a religiosidade; as afirmações de que a distanásia realmente acontece; os pedidos obstinados da família do paciente terminal internado na UTI; as grandes complexidades das tomadas de decisão, que se iniciam desde antes da admissão do paciente na UTI, passando pelas dúvidas em relação ao investimento, ou não, no mesmo e nos critérios utilizados para se saber até onde investir; o papel da equipe nas tomadas de decisão; o enorme receio das repercussões éticas e legais em relação às decisões tomadas, no que se refere aos códigos de ética profissional e o Código Penal brasileiro, além das ausências e eufemismos empregados nos registros de diagnóstico, prognóstico e cuidado ofertado ao enfermo terminal; e, por fim, os anseios de boa morte para o próprio profissional e seus familiares, com desejos de falecer em casa, junto com a família, como forma de aceitação da sua finitude. Concluiu-se, neste estudo, que existem necessidades de aperfeiçoamento no que tange a múltiplos aspectos referentes à morte: sua abordagem, na graduação e residência; comunicação adequada entre os profissionais durante os processos decisórios e durante o trabalho na UTI; a ponderação entre os desejos da família e as reais possibilidades de sobrevivência do doente. É importante se colocar no lugar do doente e considerar que, em uma hipotética terminalidade de vida, tudo o que o profissional dispensa ao paciente dentro de uma UTI é tão somente aquilo que não desejaria, como morte digna, para si ou familiares.

Descritores: Futilidade Médica; Morte; Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

Master's Thesis
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

SOCIAL REPRESENTATIONS OF PHYSICIANS AND NURSES ABOUT DYSTHANASIA IN AN ICU

AUTHOR: KARLA CRISTIANE OLIVEIRA BERTOLINO

ADVISOR: ALBERTO MANUEL QUINTANA

CO ADVISOR: ELISABETA ALBERTINA NIETSCHÉ

Santa Maria, December 11, 2009

This research aimed to understand the social representations of physicians and nurses about excessive investment related to the terminal patient during the health care process in an Adult ICU. The specific aims of such project were to describe how physicians and nurses mean the end of life and the excessive investment regarding the terminal patient, to investigate how such professionals evaluate their academic learning process concerning health care during the dying process, and to identify reactions and feelings of physicians and nurses related to the death of the terminal patient. It consisted of a qualitative, exploratory/descriptive research, founded on Social Representations Theory. Data collection techniques consisted on focused interviews and participant observations. Analysis was based on content analysis. The ethical principles were respected, so that the participants' rights were preserved, and an Informed Consent Document was signed as a condition to participate in the research. Among the results, it was possible to observe that physicians and nurses build their social representations about dysthanasia in the ICU under the influence of several factors, having as a starting point the absence of teaching and preparation to deal with death in the hospital context during undergraduate studies and medical residency, as well as the complexity of the daily contact with death and the dying process, together with feelings and defense mechanisms, spirituality and religiosity. Moreover, there are assertions that dysthanasia really happens, the firm pleads of the family of the terminal patient admitted in an ICU, the great complexity of decision making, that begins before admission of the patient in the ICU, decisions whether to invest on the patient or not, and the criteria used to decide when to stop investing, the role of the health professionals team on decision making, the enormous preoccupations concerning ethical and legal repercussions related to the decisions made as concerns the Code of Professional Ethics and the Brazilian Law, besides absences and euphemisms employed when registering the diagnosis, prognosis and care offered to the terminal patient, and last, the expectation of a dignified death as concerns the professional himself and the family, wishing to die at home, together with the family, having accepted the end of life. This study concludes that there are urgent needs of improvement regarding multiple aspects related to death: its approach during undergraduate studies and residency; adequate communication among professionals during decision making process and during the professional activities in the ICU, the ponderation between the wishes of the family and the real possibilities of survival of the patient. It is important to consider the situation of the patient and think that, concerning a hypothetical end of life, everything the professional dispenses to the patient in an ICU is solely what he would not desire as a dignified death, for himself or his family members.

Descriptors: Medical futility; Death; Health Professionals.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição, por sexo, de médicos e enfermeiros da UTI Adulto/HUSM participantes da pesquisa. Santa Maria, 2009	97
GRÁFICO 2 – Distribuição, por idade, de médicos e enfermeiros da UTI Adulto/HUSM participantes da pesquisa. Santa Maria, 2009	98
GRÁFICO 3 – Distribuição, por profissão e atuação, de médicos e enfermeiros da UTI Adulto/HUSM participantes da pesquisa. Santa Maria, 2009	98
GRÁFICO 4 – Distribuição, por tempo decorrido desde a formação acadêmica, de médicos e enfermeiros da UTI Adulto/HUSM participantes da pesquisa. Santa Maria, 2009	99
GRÁFICO 5 – Distribuição, por tempo de atuação em intensivismo, de médicos e enfermeiros da UTI Adulto/HUSM participantes da pesquisa. Santa Maria, 2009	99
GRÁFICO 6 – Distribuição, por tempo de atuação na unidade estudada, de médicos e enfermeiros na UTI Adulto/HUSM participantes da pesquisa. Santa Maria, 2009	100
GRÁFICO 7 – Distribuição, por religião, de médicos e enfermeiros da UTI Adulto/HUSM participantes da pesquisa. Santa Maria, 2009	100

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	214
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados – entrevista	216

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Protocolo de registro e acompanhamento de projetos e autorização institucional do Hospital Universitário de Santa Maria – Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão	218
ANEXO B – Carta de aprovação do projeto de pesquisa, emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade Federal de Santa Maria	219

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DE LITERATURA: SUSTENTAÇÃO TEÓRICA À ANÁLISE DOS DADOS	22
2.1 Um pouco de história sobre a morte	22
2.2 Negação da morte	25
2.3 O cuidado para a morte: O (des) preparo acadêmico	28
2.4 Morte e profissionais de saúde	30
2.5 Decisões frente à terminalidade de vida: eutanásia, ortotanásia e distanásia	34
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	42
3.1 Um breve delineamento sobre a construção da Teoria das Representações Sociais	43
3.2 Uma busca pela conceituação	45
4 PERCURSO METODOLÓGICO	51
4.1 Caracterização do estudo	52
4.1.1 Pesquisa qualitativa	52
4.1.2 Pesquisa exploratório-descritiva	55
4.2 Cenário da pesquisa e população	57
4.2.1 O Hospital Universitário de Santa Maria	57
4.2.2 A Unidade de Terapia Intensiva Adulto do HUSM	58
4.2.3 Escolha intencional dos sujeitos e saturação dos dados	59
4.3 Coleta de dados	62
4.3.1 Triangulação	62
4.3.2 Entrevista focalizada	65
4.3.3 Observação participante e diário de campo	69

4.4 Procedimentos metodológicos anteriores à coleta de dados e coleta de dados propriamente dita	75
4.4.1 Sobre a entrada em campo	75
4.4.2 Sobre os sujeitos e as entrevistas	76
4.4.3 Sobre a observação participante	80
4.5 Pesquisa de campo: facilidades e contratempos	82
4.5.1 Facilidades	83
4.5.2 Contratempos	84
4.6 Processo de análise, discussão e interpretação dos dados: análise de conteúdo ...	85
4.6.1 Um breve histórico: o desenvolvimento da análise de conteúdo	86
4.6.2 Definições: análise de conteúdo e análise temática	89
4.6.3 Etapas da técnica de análise de conteúdo	90
4.7 Considerações éticas: trâmites éticos e institucionais	94
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: ANÁLISE, DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO	96
5.1 Caracterização dos sujeitos	97
5.2 Categorias: ideias centrais das representações sociais de médicos e enfermeiros sobre distanásia em UTI	101
5.2.1 A escolha da profissão e a formação acadêmica	102
5.2.2 A complexa convivência com a morte e o processo de morrer: sentimentos e mecanismos de defesa	114
5.2.3 Espiritualidade de religiosidade	127
5.2.4 A distanásia acontece	131
5.2.5 Os pedidos obstinados da família... ..	141
5.2.6 As complexidades das tomadas de decisão	149
5.2.6.1 “A escolha de Sofia”	150
5.2.6.2 Na dúvida, investe-se	154
5.2.6.3 Divergências de conduta	158
5.2.6.4 Mas... Até quando investir?	163
5.2.7 “Corrida de bastões”	167
5.2.8 O receio das repercussões éticas e legais	172
5.2.8.1 Os Códigos de Ética Profissional e o Código Penal	173
5.2.8.2 Registros: ausência e eufemismos	178
5.2.9 Anseios de boa morte pra si e para a família	182

5.2.9.1 “Eu gostaria de ficar em casa. Só isso. Com a minha família...”	183
5.2.9.2 E se fosse um familiar...	189
6 CONCLUSÕES DO ESTUDO	192
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	198
APÊNDICES	213
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	214
Apêndice B – Instrumento de coleta de dados – entrevista	216
ANEXOS	217
Anexo A – Protocolo de registros de acompanhamento de projetos e Autorização institucional no Hospital Universitário de Santa Maria – Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão	218
Anexo B – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade Federal de Santa Maria	219

1 INTRODUÇÃO

A presente investigação teve como finalidade compreender as representações sociais de médicos e enfermeiros acerca do processo de morrer e morte do paciente, especialmente no que tange à obstinação terapêutica, ou, sinonimamente, distanásia, durante o processo de cuidar em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto.

Como afirma Leopardi (2002), muitas vezes, a escolha do tema a ser investigado parte de uma determinação pessoal do próprio pesquisador, ou de um problema vivenciado no campo prático, ou é originado a partir de uma determinada “curiosidade científica”, ou dos desafios descobertos em alguns estudos, dentre outras questões.

Entretanto, pode-se dizer que o anseio em estudar as situações que envolvem o contexto de terminalidade de vida desenvolveu-se por meio de uma mescla de todas essas razões, em parte ou em sua totalidade. Partiu-se de toda uma vivência teórico-prática proporcionada durante o Curso de Graduação em Enfermagem, fato que foi, gradualmente, se definindo e se intensificando, através das atividades e experiências decorrentes das aulas práticas curriculares e estágios extracurriculares efetivados no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), de modo especial na UTI e na Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) São José, em Santa Maria. Nesta ESF foram desenvolvidas atividades que buscaram a educação dos familiares para o cuidado ao paciente terminal em domicílio. Por conseguinte, o Trabalho de Conclusão de Curso culminou na pesquisa “Paciente terminal: a Bioética e a atuação dos enfermeiros nesse último processo da vida”. Ademais, a leitura constante de livros e artigos científicos que permeiam os temas “paciente terminal”, “processo de morte e morrer”, “cuidados paliativos”, “ética em medicina intensiva” e, atualmente, a respeito da “distanásia”, instigaram a pesquisadora a dar continuidade aos estudos sobre a temática em questão.

Atualmente, a morte e as condutas preparatórias no final da vida estão sendo pontos de destaque na imprensa brasileira e também na internacional. O vice-presidente da República, que vem lutando contra um sarcoma intestinal, concedeu uma entrevista em que pronuncia: “estou preparado para a morte”, pois, após diversas cirurgias e tentativas de vencer o tumor, ele não obteve sucesso (LOPES, 2009b). Outro caso recente, além de diversos outros, tratou da polêmica estabelecida nos Estados Unidos, quando veio à tona a ideia da criação de um comitê federal que decidiria o destino sobre a vida e a morte dos doentes velhos, crônicos ou terminais. As discussões foram tão intensas que o presidente do país se viu forçado a voltar atrás em suas ideias (LOPES, 2009a).

Pode-se observar um crescente interesse na abordagem integral durante a promoção do cuidado ao paciente, envolvendo os múltiplos aspectos inerentes à sua vivência como ser humano, tais como os fatores sociais, culturais e psicológicos. Todavia, embora haja conhecimento sobre a importância da promoção do cuidado em todas as fases da vida, ou seja, desde antes da concepção, até o *post-mortem*, os profissionais de saúde que vivenciam a cultura ocidental exibem atitudes que negam a morte e o processo de morrer. Dessa forma, em decorrência de um contexto sociocultural historicamente estabelecido, e consecutivamente reafirmado, e a partir da experiência subjetiva de cada profissional da saúde, a morte surge de braços dados com o sentimento de fracasso e frustração, e todos os envolvidos expõem, voluntariamente ou não, medo e desespero ocasionados pela inevitabilidade do fim.

Nesse contexto, Nascimento et al. (2006, p. 2) complementam que “o pavor de perder a salvação eterna foi substituído progressivamente pela esperança de viver mais, de postergar a morte, de ser surpreendido por uma descoberta científica capaz de cancelá-la”. Em outras palavras, controlar a morte transformou-se na finalidade da ciência médica, especialmente, em decorrência dos extraordinários avanços técnico-científicos observados nas últimas décadas.

Concorda-se com Pessini (1996), o qual assinala que em consequência dos avanços da medicina, hoje, muitos doentes se encontram “jogados” em hospitais, sobretudo em UTIs e unidades de emergência, sem quaisquer perspectivas de melhora do seu sofrimento. Comumente, esses doentes são dependentes de uma “parafernália tecnológica”, a qual não alivia nem a dor nem o sofrer, nem traz a certeza do aumento do tempo de vida. Desse modo, como salienta Horta (2002), tacitamente, a medicina gera um culto idólatra pela vida, estabelecendo a fase terminal como uma luta infatigável contra a morte.

Assim, o paciente, no seu tempo derradeiro, sofre com a tecnologia, uma vez que esta, antes instrumento de cura, agora se transformou em instrumento de sofrimento. Piva e Carvalho (2007) apontam que nas unidades altamente especializadas e equipadas existem

pacientes que, de maneira peculiar, fazem uso de numerosos recursos tecnológicos, mas que apresentam resultados irremediavelmente desanimadores: os pacientes terminais. Estes se encontram em uma fase da evolução da doença que nem mesmo todos os recursos disponíveis o salvarão. A morte é inevitável e as intervenções terapêuticas são fúteis, não acrescentando a sobrevida, mas lentificando o processo de morrer, o que pressupõe sofrimentos supérfluos.

Presume-se que nas UTIs, o convívio com o paciente grave e, inevitavelmente, com a morte e as implicações pessoais, éticas, legais e profissionais que esse árduo contexto encerra, determina que a equipe busque conhecimento sobre o assunto e construa seu próprio juízo crítico no que diz respeito aos dilemas éticos, condutas e comportamentos (in) adequados que envolvem a situação de morte no contexto hospitalar.

Os profissionais que trabalham em UTIs possuem papel imprescindível no cuidado holístico e humanizado ao paciente que está morrendo, necessitando que haja uma preocupação diferenciada na assistência a este paciente, visto que a fase terminal pode ser terrivelmente difícil tanto para o doente quanto para o cuidador, formal ou não, pois esse paciente carrega toda uma gama de sofrimentos e necessidades especiais de atenção.

Não obstante, Sgreccia (2005) refere que médicos consideram a morte do paciente como um ato falho de sua ciência, e, frustrados, encerram sentimentos de culpa por não conseguirem evitá-la. Sem perspectivas de melhora, o paciente é levado a um arrastado e sofrido processo de morrer, ou seja, à distanásia.

Cantor et al. (2003) afirmam que definir distanásia, obstinação terapêutica ou tratamento fútil, é complexo, pois os médicos recorrem a diferentes métodos qualitativos e quantitativos para determinar o prolongamento do processo de morrer. No entanto, Kipper (1999), concisamente, define distanásia como sendo a morte vagarosa, ansiosa e sofrida, decorrente de tratamentos inúteis ou fúteis para manter o paciente vivo, por meio de medidas extraordinárias, geralmente caras, invasivas e tecnologicamente complexas.

Os múltiplos fatores relacionados à terminalidade de vida dos pacientes geram distintas situações que, muitas vezes, confrontam os códigos de leis brasileiras, e também internacionais, e os códigos de ética dos profissionais da saúde. Tais fatos possibilitam questionamentos sobre quais posturas devem ser adotadas nesses casos, e essas posturas encontram-se muito além da execução rotineira e mecanicista dos procedimentos técnicos no tratamento das patologias. Assim sendo, presume-se que esses profissionais, sobretudo aqueles que integram as equipes de enfermagem e de medicina, assumem papel fundamental no cuidado e nas decisões de conduta oferecidas ao paciente terminal, a fim de proporcionar-

lhe um fim de vida digno, baseado nos preceitos da humanização, bom senso e ética profissional.

O presente estudo justificou-se porque vivenciamos um período no âmbito da saúde no qual há necessidade crescente de formação humanística de profissionais desta área (SIQUEIRA, 2005).

Torna-se importante o estudo sobre as representações sociais relacionadas à obstinação terapêutica, uma vez que esta temática se apresenta como um problema ético relevante, especialmente nos dias atuais, nos quais o progresso técnico-científico passou a interferir decisivamente na vida humana. Compreender a obstinação terapêutica e seus porquês faz-se inteiramente relevante, pois esta temática não é claramente compreendida pelos profissionais de saúde e, por outro lado, ainda menos percebida pela sociedade de uma maneira geral.

Em um estudo sobre as tendências das pesquisas de enfermagem, no período de 1979 a 2007¹, durante os créditos teóricos do Curso de Mestrado, constatou-se que apenas em 2007 há uma dissertação relativa à temática da “obstinação terapêutica”, com enfoque bioético. Para tanto, utilizou-se, como referência, o banco de dados do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEen), da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), utilizando-se os termos “morte” e “paciente terminal”.

Em outro estudo, um estado da arte² sobre a distanásia, buscaram-se trabalhos científicos na *internet* nas *webpages* da Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS/BIREME), *Service of the United States National Library of Medicine and the National Institutes of Health* (PubMed)/*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Base de Dados do Programa Regional de Bioética da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS; BIOETICA), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), dentre outras. Para efetivar este estudo, utilizou-se, exclusivamente, a busca pelo termo “distanásia” nos títulos e resumos, uma vez que este descritor não existe. Dos trabalhos localizados, apenas 12 faziam referência direta ao termo, fato que demonstra a grande carência de pesquisas, especialmente de campo, sobre o assunto, de forma peculiar nos estudos de enfermagem, os quais não produzem publicações proeminentes sobre o tema.

¹ Até o final do mês de setembro de 2009, ainda não haviam sido divulgados pelo CEPEen os dados das teses e dissertações referentes ao ano de 2008 e aos primeiros trabalhos de 2009.

² O “estado da arte” ou “estado do conhecimento” é desenvolvido por meio de estudos bibliográficos sobre a produção acadêmico-científica acerca de um tema e suas abordagens. É uma busca sistematizada de publicações a fim de conhecer o que já foi estudado sobre uma temática, quais as perguntas já respondidas e as aproximações possíveis com os objetivos da atual pesquisa (COELHO, EMERICK e SANTOS, 2007; LEOPARDI, 2002).

Em uma busca posterior, em setembro de 2009, observou-se a existência do descritor “Futilidade Médica”, “*Medical Futility*” ou “*Inutilidad Médica*”, como termo sinônimo de tratamento fútil, análogo à palavra “distanásia”. Todavia, na listagem de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), “Futilidade Médica” significa a falta de

um propósito ou um resultado útil no procedimento diagnóstico ou intervenção terapêutica. Situação de um paciente cuja condição não será melhorada ou casos onde o tratamento mantém uma inconsciência permanente ou não é possível interromper a dependência de cuidados médicos intensivos (BIREME, 2009, p.1).

Percebe-se que a definição do descritor acima não é exata em relação à distanásia. Todavia, foram encontrados apenas oito trabalhos brasileiros no LILACS, nenhum na BDENF e um no PubMed/MEDLINE, a maioria derivada de debates teórico-reflexivos bioéticos.

Outro descritor semelhante é o denominado “Ordens quanto à Conduta (Ética Médica)”, “*Resuscitation Orders*” ou “*Órdenes de Resucitación*”. Em português, ordens de não ressuscitar ou decisões sobre ressuscitação, com referência às “instruções dadas por um médico [...] quanto à continuação ou retirada de medidas de suporte à vida. O conceito inclui leis, estatutos, decisões, diretrizes e discussões que podem afetar a autorização de tais ordens” BIREME, 2009, p. 1). Igualmente como o descritor anterior, este não contempla o real significado da palavra “distanásia”. Todavia, foram encontrados 25 artigos brasileiros na LILACS, nenhum na BDENF e oito, no PubMed/MEDLINE.

Como se percebe, trata-se de um tema que os estudiosos brasileiros, sobretudo enfermeiros, ainda se mostram tímidos em discutir. Por ser um tema de escassa produção, de difícil abordagem, relacionado a questões bioéticas intrincadas, de produção essencialmente teórico-reflexiva e de pouca pesquisa original advinda do campo prático, dentre outras questões, é que se fazem necessários os estudos concernentes à distanásia ou obstinação terapêutica.

Assim sendo, este estudo poderá contribuir, direta ou indiretamente, para a produção de conhecimento sobre a temática em questão, ao mesmo tempo em que poderá proporcionar reflexões sobre o processo de morrer e morte, distanásia e dilemas éticos, legais, religiosos e humanísticos relacionados. Esta investigação, ao mesmo tempo, poderá ajudar na formação de julgamentos acerca do cuidado ao doente terminal por parte de profissionais de saúde e outras áreas do saber. Tais reflexões podem capacitar os profissionais de saúde para o enfrentamento dos desafios decorrentes do processo de morrer e morte, podendo ajudar, inclusive, na elaboração de perdas pessoais e na facilitação da assistência ao paciente que está morrendo (HORTA, 2002).

Considerando-se as afirmações supramencionadas, foi elencada a seguinte questão norteadora: *quais as representações sociais de médicos e enfermeiros intensivistas sobre o investimento excessivo no paciente terminal?*

Balizada por esta questão, a presente investigação apresentou, como objetivo geral, compreender as representações sociais de médicos e enfermeiros acerca do investimento excessivo no paciente terminal durante o processo de cuidar em uma UTI Adulto.

Em se tratando dos objetivos específicos traçados, estes propenderam:

- ❑ Descrever como médicos e enfermeiros significam a terminalidade de vida e o investimento excessivo no paciente terminal;
- ❑ Investigar como estes profissionais avaliam a sua formação acadêmica face ao cuidado no processo de morrer;
- ❑ Identificar reações e sentimentos de médicos e enfermeiros frente à morte.

Assim sendo, pretendeu-se, ao buscar atingir os objetivos propostos, responder à questão norteadora apontada anteriormente para o desenvolvimento da presente investigação.

2 REVISÃO DE LITERATURA: SUSTENTAÇÃO TEÓRICA À ANÁLISE DOS DADOS

O contexto de terminalidade da vida envolve múltiplas e intrincadas questões, as quais discutem, sobretudo, a assistência ao paciente terminal, morte, cuidados paliativos, dilemas éticos e condutas dos profissionais de saúde nestas circunstâncias, sentimentos desencadeados pelo processo de morrer e morte do paciente, dentre outras questões.

2.1 Um pouco de história sobre a morte

Desde os primeiros ares do século XX, a doença, a saúde e a morte, longe de serem unicamente percebidas de maneira orgânica, natural e objetiva, eram inteiramente arraigadas às vivências pessoais e dos grupos sociais, ou seja, saúde, doença e morte relacionavam-se, intimamente, às características simbólicas de cada sociedade, com suas concepções, visões de mundo, coerências e contradições, além da organização social propriamente dita (MINAYO, 2008). Cada sociedade, detentora de suas peculiaridades e culturas, vivencia, ou vivenciou, a morte de maneiras distintas. Enquanto hoje, na sociedade capitalista ocidental, este fenômeno é considerado abominável e aterrorizante, em tempos remotos a finitude era vivenciada de forma plena, pacífica e conformada.

A morte, assim como o nascimento, integra o processo vital do ser humano, é natural, biológica. Todavia, o homem caracteriza-se pelos aspectos simbólicos, pelo significado ou valores que ele fixa às coisas. Por isso o significado da morte se modifica no transcurso da história e entre as díspares culturas humanas (COMBINATO e QUEIROZ, 2006).

Zaidahft (1990) menciona que os antigos gregos compreendiam a morte como uma necessidade da natureza (*ananké*). Ariès (1977) conta que, na História Antiga, a morte era

“domada”, os cavaleiros medievais eram advertidos, através de pressentimentos íntimos ou signos naturais, de que sua morte estava próxima. Eles “sabiam que o fim era chegado” e não “faziam de conta que não viam”. Este fato era muito simples, denotando reconhecimento e conformismo espontâneos, atribuídos pela religião da época. Assim, o processo de morrer era atravessado sem qualquer precipitação nem postergação, e, consciente de que o fim estava às suas portas, o futuro morto tomava as providências necessárias e vivenciava a morte como um tempo para reviver suas proezas ou lamentações.

Para Ariès (1977, p. 20), o processo de morrer acontecia em “atos”: o primeiro seria o

lamento da vida, uma evocação triste, mas discreta, dos seres e das coisas amadas, uma súplica reduzida a algumas imagens. [...] Após o lamento da nostalgia da vida, vem o perdão dos companheiros, dos assistentes, sempre numerosos, que rodeiam o leito do moribundo. [...] A escolha da sepultura aparece nos poemas mais tardios da Távola Redonda. É tempo agora de esquecer o mundo e de pensar em Deus. [...] Neste momento, intervinha sem dúvida, o único ato religioso – ou melhor, eclesiástico (pois tudo era religioso) –: a absolvição sacramental. [...] Mais tarde, em *Les romans de La table ronde*³, dá-se aos moribundos o Corpus Christi.

A ideia da morte, como natural e familiar, era difundida na Alta Idade Média, entre os séculos V e X, durante os quais estas ideias eram compartilhadas por todos, pois tinham consciência de que a morte era certa e inevitável. Por outro lado, na Baixa Idade Média, do século XI ao XV, a consciência se individualizava. O moribundo escolhia as pessoas para estarem ao lado do seu leito de morte. Zaidahft (1990) aponta que a Igreja tornou-se presente na vigília, no cortejo e no luto. Ao mesmo tempo, um padre coletava informações sobre o testamento, e o enfermo, ciente da chegada da morte, organizava-se durante esse derradeiro período para resolver as pendências nos últimos momentos de sua vida (ARIÈS, 1977).

Chiavenato (1998), nesse sentido, aponta que a “individualização da morte”, no século XV, foi um marco para o processo de morrer. As descobertas científicas transformaram, juntamente a outras mudanças, a cultura da morte. O moribundo poderia, de certa forma, alterar seu destino *post-mortem*, com atitudes efetivadas antes dele. Assim, iniciou-se a confecção do testamento, que, a partir do século XVI, passou a ser escrito por um tabelião. Nessa época, a morte tinha dois sentidos: a religião (a Igreja se encarregava de proporcionar um “bom destino” à alma) e o temporal (o testamento garantia o legado dos bens).

A morte era aguardada no leito, sem razões para tardá-la, era uma cerimônia pública, organizada e “presidida” pelo próprio moribundo. O seu quarto convertia-se em um espaço compartilhado onde parentes, amigos, vizinhos, conhecidos, inclusive crianças, tinham livre

³ Os romances da Távola Redonda.

acesso para se despedir sem dramas ou quaisquer emoções demasiadas. Assim sendo, até o fim do século XVIII, as pessoas morriam tranquila e naturalmente, sem pressa nem desespero, não evitavam a morte nem a exaltavam, adiantavam a divisão de seus bens e preparavam a família e aqueles que continuariam ainda vivos no mundo terreno (ARIÈS, 1977).

Contudo, como afirmam Combinato e Queiroz (2006, p. 210), a partir do século XVIII, com o advento do capitalismo e da percepção do corpo como meio de produção,

uma preocupação constante foi isolar, separar e impor um conhecimento especializado e uma disciplina institucional a tipos diferenciados de fenômenos. Excluir os mortos dos vivos, neste contexto, passou a ser um empreendimento fundamental. Uma forte preocupação, em toda a época de transição para a modernidade, foi colocar os mortos, juntamente com o lixo, cada vez mais longe do meio urbano e do convívio social.

Consecutivamente, como os mesmos autores, e também Hennezel (2006), salientam, a morte, na atualidade, deixou de ser familiar e natural. Hoje, ela é amedrontadora. Seu nome, muitas vezes, nem é pronunciado, pois carrega o estereótipo de fracasso, vergonha e impotência. Morre-se no hospital, em intensa solidão, de modo asséptico, frio e desolador, em lugar do evento ocorrer em casa, no calor humano do seio da família e dos amigos queridos.

As mortes têm ocorrido cada vez mais no âmbito hospitalar, desde que se criou a obsessão em “curá-la” (ARIÈS, 1977; HENNEZEL, 2006). Dessa forma, a morte carrega a equivocada conotação de ser uma doença. O doente terminal, sobretudo pelo desejo da família, especialmente por não saber lidar com a situação, é encaminhado ao hospital tão somente para morrer ou para prolongar um pouco mais o seu resto de vida, para “fazer tudo o que for possível”. Assim, a perspectiva de vivenciar o processo de morrer, de maneira plena, tornou-se obsoleta e, na contemporaneidade, é totalmente repudiada (COMBINATO e QUEIROZ, 2006).

A partir do século XVIII, sob outra perspectiva, o homem passou a se preocupar menos com a sua morte e preocupar-se mais com a morte do outro, pois é este quem deixará saudades e lembranças. Esta atitude, verificada nos séculos XIX e XX, permanece nos dias atuais. Todavia, não se negava a morte até meados do século XIX, pois esta ainda acontecia no domicílio. No século XX, a morte torna-se um fenômeno técnico, transferindo-se para o hospital, colocando-se à mercê das decisões médicas e da equipe de saúde (ARIÈS, 1977).

Observa-se, assim, o início da obsessão de adiar a morte, concretizada no investimento terapêutico excessivo com este fim. Como salienta Zaidahft (1990), hoje em dia, já não se aceita mais morrer por *ananké*. O ideal é morrer velho, lúcido e saudável, mas de forma

súbita, sem dor nem sofrimento e sem a percepção de que se está falecendo. O doente não morre mais “em sua hora”, mas no momento em que a equipe médica “autoriza”. Dessa forma, desloca-se o quarto do moribundo para o templo da morte solitária: o hospital (HENNEZEL, 2006), e, em grande parte das vezes, para a UTI. Na necessidade de se prolongar incessantemente a vida, o tema morte é abolido do cotidiano laboral e social, pois este fenômeno, sinônimo de fracasso na atual sociedade, tende a ser evitado a qualquer custo, e quando não é sobrepujado, é escondido e negado (COMBINATO e QUEIROZ, 2006).

2.2 Negação da morte

Partindo do pressuposto hodierno de que a morte significa fracasso, vergonha e impotência, este evento é recusado, ocultado das mais diversas maneiras. Para o moribundo são negadas informações sobre seu exato estado, potencializando os tabus sobre o fim da vida. De certa forma, alimenta-se a hipocrisia da negação social e profissional. Nem mesmo os familiares conversam com o moribundo e se obrigam a demonstrar que está tudo bem e que dias melhores estão por vir. Desse modo, o moribundo, sem alternativa, engaja-se no papel de que nada sabe sobre sua condição de terminalidade (HENNEZEL, 2006).

As crianças são privadas de “ver a morte”, o defunto, o sepultamento, com mentiras não-convincentes e histórias mirabolantes, porque vivenciar este pesadelo seria uma emoção negativa muito extenuante para elas. Não se deve embaçar a vitalidade e alegria infantis com motivos tão mórbidos. Pessini (2004, p. 40-41), nesse contexto, considera que, atualmente,

é preciso evitar a emoção, tanto no hospital como na sociedade. Só se tem direito à comoção particular, às escondidas. É importante que a sociedade, a vizinhança, os amigos, os colegas e as crianças se apercebam o mínimo possível de que a morte ocorreu. Não se usam mais roupas escuras, sinais de luto. Uma dor demasiado visível não inspira pena, mas repugnância. É sinal de falta de educação, é mórbida. No círculo familiar ainda se hesita em desabafar, por medo de impressionar as crianças. O luto solitário e vergonhoso é o único recurso. O que antes era exigido, agora é proibido!

Em complemento, Combinato e Queiroz (2006) e Kübler-Ross (2008) apontam que a preparação do corpo morto não é mais realizada pelos familiares, a presença destes e dos amigos foi substituída por cortejos fúnebres rápidos e discretos, realizados por empresas funerárias neutras e higiênicas. Exageradamente, até mesmo procura-se maquilar o defunto para que este, em seu velório, esteja o mais próximo possível da sua aparência saudável de

quando ainda vivo. Ao mesmo tempo, no que se refere aos familiares, não é socialmente desejável que os mesmos demonstrem os seus verdadeiros sentimentos, para que não incomodem as outras pessoas (não envolvidas com o luto) com um assunto tão repugnante.

Entretanto, repugnantes são os filmes longas-metragens norte-americanos, cujo enredo lava a tela de sangue com gemidos, gritos, tiros, lutas e dor. Como forma de banalizar, alienar e transformar a morte em negócio lucrativo, estes filmes trazem uma imagem inteiramente “desprendida” da morte, configurando o reflexo de uma sociedade profundamente capitalista que não a compreende (e nem ambiciona tal compreensão), e não entende o sentido da vida e todas as perturbações causadas pelos acontecimentos presentes nesta.

Ademais, o morto, com o desejo desenfreado de continuar vivo após a morte, ainda pode ser criogenizado ou mumificado, por exemplo, procedimentos estes que significam um intenso desespero em conservar vivo aquele ser que já não vive mais (CHIAVENATO, 1998).

O autor também cita a *internet*, a qual, ao difundir tudo o que a mente pode imaginar, inclusive a morte, oferece visitas virtuais a múmias, fotos de pessoas mortas nas mais variadas situações, cemitérios virtuais, imagens chocantes de acidentes e assassinatos etc. Chocantes não no sentido de negação da finitude humana, mas de banalização das cenas altamente sanguinolentas e funestas. Mas é mesmo banalização? Ou reconhecimento?

Segundo Morin (1976, p. 26), o desejo pela “imortalidade pressupõe [...] não a ignorância da morte, mas, pelo contrário, o reconhecimento da sua chegada. [...] A mesma consciência nega e reconhece a morte, nega-a como aniquilamento, reconhece-a como acontecimento”. Tal fato indica quão profunda deve ser a reflexão individual (e também social), no que se refere à finitude humana.

Observa-se que o estereótipo da negação da morte não se encerra somente no contexto individual ou social. No ambiente hospitalar asséptico e despersonalizado ela, talvez, seja ainda mais densa. Segundo Rezende et al. (1996, p. 16), “o modelo biológico-racionalista, predominante entre os profissionais de saúde, procura “desritualizar” a finitude do ser humano e, assim, a insere no rol dos eventos que devem ser enfrentados através de atitudes despersonalizadas”. Dessa forma, tal atitude, deveras fria e calculista, livra médicos e enfermeiros de refletir sobre a inexorabilidade e angústia do seu próprio fim.

Todavia, Pessini e Bertachini (2004, p. 303) consideram que o luto, no âmbito hospitalar, “se não vivido, coloca o profissional em posição tão vulnerável quanto qualquer outra pessoa que tenha sofrido um luto, fora do contexto hospitalar, e que tenha se munido de mecanismos de defesa para se proteger da dor desta perda”. Logo, torna-se relevante que ao

profissional sejam proporcionados recursos a fim de que este possa usufruir de apoio proveniente tanto dos seus pares quanto da instituição na qual exerce suas atividades.

Dentro desse enfoque, para Corbani, Brêtas e Matheus (2009), o modelo biologicista, que nega o ser humano em sua totalidade, simultaneamente ao uso inadequado da tecnologia, fez com que profissionais e pacientes se afastassem uns dos outros. O profissional assumiu o papel de “ser onipotente”, detentor do saber científico, e ao doente coube o papel de “ser subjugado”, adoentado e apático, à mercê das determinações dos profissionais. O resultado quase sempre é um estado de dependência cega do doente aos profissionais, levando-o à perda de sua autonomia e dignidade. É uma aberração humana que configura o aspecto desumano.

Dessa forma, os profissionais da saúde, ao mesmo tempo em que despersonalizam e evitam a morte do outro, poupam das suas próprias emoções o contato no que se refere à sua morte e morrer. Na síndrome do esgotamento profissional, ou *burn out*⁴, o profissional da saúde, constantemente trabalhando em presença de grande sofrimento de outrem, sofre demasiadamente, porque, muitas vezes, não está (não se sente) preparado para enfrentar tal situação (SELIGMAN-SILVA, 2003). Entretanto, este preparo é psicológica e extremamente complexo de se construir, uma vez que, como assinala Kübler-Ross (2008, p. 6),

do ponto de vista psiquiátrico, [...] em nosso inconsciente, a morte nunca é possível quando se trata de nós mesmos. É inconcebível para o inconsciente imaginar um fim real para nossa vida na terra e, se a vida tiver um fim, este será sempre atribuído a uma intervenção maligna fora de nosso alcance. Explicando melhor, em nosso inconsciente só podemos ser mortos; é inconcebível morrer de causa natural ou de idade avançada. Portanto, a morte em si está ligada a uma ação má, a um acontecimento medonho, a algo que em si clama por recompensa ou castigo.

Recusando a morte, desde o próprio inconsciente, torna-se ainda mais difícil elaborar seus significados e, com isso, a sua aceitação. Kübler-Ross (2008) também afirma que, historicamente, o homem não desenvolveu grandes mudanças no que se refere à morte, visto que esta ainda constitui algo universalmente assombroso. As transformações ocorreram, mormente, nas maneiras de conviver e lidar com a morte e o morrer dos pacientes terminais.

Desde então, esta maneira de lidar com a morte mudou também os cuidados dispensados aos pacientes, sobretudo nas instituições hospitalares, nas quais os profissionais

⁴ *Burn out* se refere a um “padrão de comportamento e sentimentos que ocorre quando a pessoa está sujeita a fontes crônicas e intensas de estresse emocional que ultrapassam sua habilidade de enfrentamento. Uma das conseqüências mais acentuadas de um estado de *burn out* crônico é o da barreira que ele impõe entre o profissional e o paciente, ou seja, quanto mais sofrimento o paciente apresenta, mais indiferente o profissional parece se tornar” (COMBINATO e QUEIROZ, 2006, p. 216).

da saúde, desde a academia, são treinados a fecharem os olhos para o sofrimento derradeiro e para a inevitabilidade do fim.

2.3 O cuidado para a morte: o (des) preparo acadêmico

Para Bifulco (2006) e Moritz (2005), pouco se ensina aos estudantes de medicina e enfermagem sobre a morte, e, assim, os mesmos têm aulas nas quais há grande atenção às técnicas de reanimação cardiorrespiratória, prolongamento da vida e esperanças, muitas vezes infundáveis e desnecessárias. Bertolino e Nietzsche (2008) e Nascimento et al. (2006) apontam que o futuro profissional de saúde, quando estudante, é apresentado à morte sem um preparo efetivamente adequado. Desse modo, a vivência cotidiana, sem suporte técnico e psicológico apropriado, é apontada como ponto-chave para a reflexão e o desenvolvimento da aprendizagem sobre as atitudes pessoais e profissionais diante da morte, e, conseqüentemente, sobre sua aceitação ou seu rechaço no dia-a-dia laboral.

No mundo inteiro, as escolas de medicina utilizam um ensino homogêneo, herdeiro da tradição hipocrática, muitas vezes falho no que se refere à preparação para o cuidado ideal aos doentes (MEYER, 2002), especialmente para aqueles à beira da morte. Assim, ao invés de difundirem que as ideias relacionadas à morte devem ser construídas, priorizando-se uma profunda e verdadeira interação entre o físico, o psicológico, o espiritual e o moral, o que se observa é uma típica conformação: temor e rechaço à morte. Mas este temor, longe de ser criado na academia, é tão somente herdado do contexto sociocultural vigente em determinada sociedade. É um temor desenvolvido em progressões geométricas no ambiente de ensino-aprendizagem, culminando na total repulsa ao “deixar morrer” digna e pacificamente.

Zaidahft (1990) afirma que Hipócrates, o “Pai da Medicina”, conservou a forma grega de encarar a morte como algo inflexível (*ananké*), fato que influenciou na criação de postulados que regem a atividade médica (e, igualmente, as outras profissões afins), tais como o reconhecido “*primum non nocere*”⁵, isto é, favorecer o paciente ou, no mínimo, não prejudicá-lo a fim de não mais atuar, quando a doença se mostrar fatal.

No entanto, para não fazer mal ao paciente, é preciso, antes de tudo, reconhecer como fazer o correto diante de uma situação limítrofe. O estudante é apresentado à morte logo no início das aulas, nos laboratórios de Anatomia. Nesse momento, inicia-se a construção dos

⁵ Antes de tudo, não causar dano.

mecanismos de defesa, imperativos para a vindoura profissão. Por seu aspecto passivo e inerte, o cadáver proporciona ao aluno uma sensação de “poder absoluto”. Todavia, não são as peças cadavéricas das aulas de Anatomia que configuram as situações mais complexas para os estudantes, pois o maior problema reside na pessoa doente, ainda (e por pouco tempo) viva, à beira do fim, o “futuro morto”, o qual sofre de uma patologia fatal (ZAIDAHFT, 1990).

Durante a formação acadêmica, o estudante da área da saúde tem o dever de aprender, emocional e tecnicamente, a se comportar e a lidar com o “paciente morredor”, porque no ambiente hospitalar, sobretudo nas UTIs, as expressões emocionais provocadas pela morte, sejam de pacientes, familiares ou profissionais, devem ser mandatoriamente silenciadas, rotinizadas e reguladas (MENEZES, 2001). É regra rígida e incontestável não sofrer nem demonstrar sentimentos pela morte do outro, notadamente do paciente, visto que este é objeto de estudo e aprendizado técnico dos estudantes, a não ser que alguém espere ser ridicularizado perante os professores e os colegas, porque os sentimentos negativos não podem ser exteriorizados, mas as brincadeiras e atitudes jocosas, por exemplo, são liberados.

Dentro dessa perspectiva, Zaidahft (1990) salienta que o mais difícil não é lidar com a morte, mas sim, acompanhar o paciente vivo que está morrendo. Para complementar, Emanuel, Gunten e Ferris (2000) assinalam que os estudantes simplesmente não sabem o que fazer quando nada mais há para se fazer, nem como devem se sentir ou agir. Mas para que isso aconteça, a humanização da assistência, com início na academia, é fator importantíssimo.

Para advir à humanização da assistência à saúde, por meio da efetivação dos cuidados paliativos, torna-se importante a capacitação, resolutiva e especial, dos profissionais, e dos futuros profissionais, para saberem lidar com a situação de morte iminente e inevitável. Nesse aspecto, Pessini e Bertachini (2004) complementam que existem dois fatores a serem considerados: o informativo e o formativo. É importante fornecer as informações de cunho teórico-prático a fim de desenvolver e aperfeiçoar as habilidades profissionais, mas também, durante a formação acadêmica, há de ser considerada a criação e ampliação profunda do autoconhecimento no intuito de otimizar o relacionamento com o paciente, com os familiares deste e com a própria equipe de saúde com a qual trabalhará.

Compreende-se que, desde a formação acadêmica, há uma importante necessidade de se levar em conta o sujeito cuidador, o que somente ocorrerá quando o acadêmico de enfermagem (e, de maneira semelhante, de outros cursos biomédicos) tornar-se fruto de uma educação global, por meio da interação de fenômenos sociais e fatuais, em que seja ensinado que não se deve almejar somente cuidar da e para a vida, mas também da e para a morte,

levando em conta todo o complexo processo de adeus do ser humano (COSTELA e QUINTANA, 2004).

Nesse contexto, enquanto este fato não ocorre, os profissionais continuam “nascendo” da graduação e “crescendo” no cotidiano laboral, sem instrumentalização adequada para os enfrentamentos do processo de morrer na vida profissional. Dessa forma, os profissionais da saúde, historicamente, não foram (e não são) preparados para o cuidado efetivo em todas as fases do ciclo vital humano, já que este se inicia desde antes mesmo da concepção, se finda com a morte física e se prolonga ainda um pouco mais com os últimos cuidados *post mortem*.

2.4 Morte e profissionais de saúde

Historicamente, de acordo com Chiavenato (1998) e Zaidahft (1990), até o século XVI, a Igreja proibia os médicos de atenderem os moribundos, pois a morte era concebida como um desejo de Deus e os médicos poderiam, com uma conotação grave de sacrilégio, tentar impedi-la. O conhecimento médico, neste âmbito, era visto com sarcasmo pela população, mas, a partir do século XVI, inverteram-se os papéis. Os sacerdotes, antes “ajudantes da morte”, deram lugar aos médicos, que, menos ridicularizados e mais confiáveis, alcançaram consideração por seus estudos. Nessa época já se partilhava o reconhecimento da morte como fenômeno decorrente de causas naturais, as quais poderiam ser controladas pelo homem. Assim sendo, a Igreja consentiu aos “simples mortais” médicos que iniciassem a luta contra a morte, pois esta luta já não era mais considerada heresia.

Até o século XX, o médico era apenas um “figurante” diante do cenário da morte. Contudo, a partir da década de 30, o contexto se transformou e a morte se tornou medicalizada, ou seja, não se morria mais como antes: “o respirador era desligado” ou “a medicação era suspensa”. Assim, o médico assumiu, de vez, o “poder sobre a morte” e a equipe passou a desejar a aceitação serena da morte, por parte do moribundo, para não aumentar sua demanda de trabalho. Então, o doente, nesse triste e ambivalente contexto, se acaso demonstrasse qualquer tipo de sentimento negativo, relacionado à sua finitude, vinha a ser um empecilho para o andamento adequado do tratamento ou dos procedimentos padronizados pelas equipes hospitalares. Desse modo, atualmente, “morre-se sozinho, isolado, ou, na melhor das hipóteses, entre estranhos” (ZAIDAHFT, 1990, p. 63).

Tal fato talvez se justifique, dentre outras questões, por causa do progresso científico, o qual, além de todos os inegáveis e importantes benefícios à saúde, também trouxe consigo a

rápida rotina de trabalho, com jornadas duplas ou triplas, e a economia de tempo, de espaço e de outros recursos aplicados em benfeitoria ao homem. Apesar desta intensa mudança de paradigma, no contexto da assistência à saúde, não se conseguiu substituir a pessoa que cuida, visto que não é máquina. Com isso, o avanço do racionalismo tecnicista perdeu de vista o ser humano, acarretando uma assistência à saúde fragmentada e mecanizada, com infinitos, e muitas vezes dispensáveis, protocolos e rotinas a serem aplicados aos pacientes. De tal modo, estes se transformaram em “pessoas feitas em série” (BARBOSA e SILVA, 2007; DRANE e PESSINI, 2005; MACIAK, SANDRI e SPIER, 2009). Contudo, a fragmentação e a mecanização do cuidado são fatores intensamente complicadores na assistência àquele que está morrendo, uma vez que no processo de morrer o ser humano sente-se sozinho e carente de apoio emocional.

Refletindo sobre os modos de conduta e os sentimentos pertencentes ao indivíduo, em relação ao cotidiano do processo de cuidado, especialmente no âmbito da UTI, aponta-se que esta unidade especializada encerra situações e sentimentos muito complexos. Para o paciente, pode representar fantasias, temores e ansiedade, sobretudo advindas do medo da morte. As famílias, ao mesmo tempo, carregam uma grande carga emocional decorrente da convivência com a doença e seu progresso, a qual se torna mais aguda durante o período de internação do ente querido. A equipe de saúde, da mesma maneira, quando se depara com situações emocionalmente desgastantes, vivencia múltiplos sofrimentos, os quais, na maior parte das vezes, são encobertos com atitudes, voluntárias ou não, que perpassam os sentimentos mais variados. Tais atitudes culminam na adoção de mecanismos de proteção e defesa contra os enfrentamentos durante o processo de cuidado, tais como negação da situação, distanciamento, manutenção de relações superficiais com os doentes, instituição de rotinas e protocolos rígidos, partindo da argumentação de falta de tempo e de disponibilidade para estar com o paciente (GAMBATTO et al., 2006).

Segundo Pereira, Campos e Silva (2009), em situações em que, apesar de grande esforço promovido pela equipe, o paciente morre, o enfermeiro, por estar mais próximo deste e por não conseguir salvar a sua vida, experimenta, além da frustração e sensação de derrota, sentimentos de tristeza, impotência, estresse, angústia, medo e desconforto, dentre vários outros que demandam intensa carga emocional. Ou, então, não apresentam sentimento algum, apenas frieza e afastamento.

Nesse contexto, nas diversas unidades de internação hospitalares, sobretudo UTIs, existem pacientes com distintas patologias, graves ou não, mas nenhum deles torna o trabalho mais angustiante do que o paciente sem chances de tratamento e cura. Dessa forma, com o

objetivo de clarificar o tema em questão, o paciente terminal, como define Kipper (1999), é aquele considerado fora das possibilidades terapêuticas, o qual se encontra gravemente doente, em condição irreversível, independentemente de receber tratamento médico ou não. A probabilidade de morrer é considerada alta, e a morte é esperada em um período relativamente curto, porém variável, de tempo. Estes aspectos referentes ao processo de morrer geram intensos conflitos para todos os envolvidos na situação de terminalidade da vida.

Considerando esses conflitos, Chaves (2006) afirma que a aceitação da finitude humana, tanto pela equipe de saúde quanto pelos familiares, que já é complexa, torna-se ainda mais difícil quando acontece com pacientes jovens. Tal fato se explica à medida que permanece um consenso na sociedade, e também na consciência do ser humano, de que a morte na juventude não faz parte do curso natural da vida, visto que o fim é aguardado quando o indivíduo já se encontra em idade avançada. O autor acrescenta ainda que, apesar dessa concepção, a equipe de saúde experimenta a sensação de dever cumprido quando realiza os cuidados ao paciente que está morrendo, fato que origina alguns sentimentos positivos, tais como satisfação, prazer e desejo em dar continuidade ao cuidado ofertado.

Essa ambivalência de atitudes e sentimentos acarreta inúmeros desafios aos profissionais de saúde. Segundo Minayo (2008), ao mesmo tempo em que são criadas explicações características a respeito dos fenômenos do adoecimento e da morte, há que haver a compreensão das ações humanas e relações indivíduos-sociedade das instituições e seus mecanismos de direção e controle. Contudo tais ações nunca são fáceis nem para os profissionais nem para as famílias dos doentes terminais.

Nessa perspectiva de morte no ambiente hospitalar, as famílias confiam seu doente ao médico e à equipe, por não se sentirem aptas para tal enfrentamento, engessando os últimos momentos de vida segundo as rotinas institucionais. Nesse ambiente, a negação da morte alimenta vorazmente a hipocrisia: familiares, enfermeiros e profissionais de saúde pensam em poupar o moribundo a todo custo, omitindo os fatos, que, muitas vezes, são obviamente claros para o próprio paciente. Entretanto, o que ocorre, verdadeira e inconscientemente, é uma forma de defesa para que os profissionais se protejam da fortíssima perturbação que seria causada por uma conversa em torno da morte. Assim, o moribundo também termina por improvisar o papel de quem não sabe que está prestes a morrer (HENNEZEL, 2006).

Nesse contexto, deve-se avaliar a necessidade de abordar, claramente, o tema com pacientes terminais e familiares, fato que implicaria nas mais diversas reações, uma vez que os significados incorporados ao processo de morrer e morte são construídos e vivenciados histórica e culturalmente ao longo da vida de cada indivíduo. Para tanto, deve-se observar e

ter a sensibilidade de analisar se a discussão do tema é conveniente em um determinado momento e local.

Verifica-se que, com o advento do capitalismo, sobretudo nas últimas quatro décadas, o relacionamento profissional-paciente tornou-se algo cada vez mais impessoal, as profissões tornaram-se empregos e, com isso, foram abandonados diversos valores humanos, os quais necessitam, com urgência, de serem resgatados para que a ciência seja verdadeiramente eficiente e resolutiva (BARBOSA e SILVA, 2007; DRANE e PESSINI, 2005; MACIAK, SANDRI e SPIER, 2009). O que parece ocorrer, na verdade, é o gradativo esquecimento da humanidade.

Eis que, decorrente de múltiplas questões, surge o neologismo “humanização” ou “cuidado humanizado” para enfrentar o grave e complexo processo de desumanização vivenciado nas últimas décadas no âmbito da saúde (CORBANI, BRÊTAS e MATHEUS, 2009). Contudo, o termo “humanização” abarca múltiplos conceitos, muitas vezes, de difícil abrangência. Alguns autores entendem a humanização como sendo a importância da relação intersubjetiva entre profissional e paciente durante a invasão da tecnologia e a massificação dos hospitais. Outros estudiosos, tais como Sgreccia (2002), a percebem como a introdução de estudos humanísticos, em especial a Psicologia, nos planos de estudos dos cursos biomédicos. Mas, para este autor, o significado mais profundo da humanização consiste no reconhecimento da dignidade de pessoa em todo ser humano, desde o nascer até o morrer.

Segundo Drane e Pessini (2005), o bom médico ou o bom enfermeiro não é aquele que somente atende às expectativas sociais, mas, sim, aquele cujo comportamento focaliza as perdas que a pessoa doente sofre (u). O bom profissional empenha-se em responder como um ser humano a outro ser humano. Porque o curar é importante, mas mesmo quando a cura não é mais possível, o cuidar permanece fundamental. Portanto, destaca-se que o cuidado começa, quando o profissional da saúde dispõe-se a assistir o paciente (*ad sistere* – permanecer perto do outro), fato que pode tornar-se muito melhor do que uma infinidade de remédios.

À medida que resgata o respeito à vida humana, especialmente em situações de terminalidade, a humanização é entendida como valor, abrangendo circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber (MACIAK, SANDRI e SPIER, 2009).

Respeitar o outro na forma de ação inclui considerar os princípios bioéticos da autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência. Esses princípios são subsidiários à

dignidade humana, tornando-se um componente essencial da qualidade do cuidado (BARBOSA e SILVA, 2007; SILVA, 2000). Para este último autor, perceber o ser humano como alguém que não se resume meramente a um ser com necessidades biológicas, mas como um agente biopsicossocial e espiritual, com direitos a serem respeitados, devendo ser garantida sua dignidade ética, é fundamental. Assim, para cuidar de forma humanizada, o profissional da saúde, sobretudo o enfermeiro, que presta cuidados mais próximos ao paciente, deve ser capaz de entender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que norteiam essa ação (ROCHA e ROCHA, 2008).

Outro ponto importante a ser considerado é o processo comunicativo. O enfermeiro, ao conhecer as técnicas de comunicação terapêuticas adequadas, traz consigo mais um recurso ao seu favor, dando um enfoque mais humanístico ao cuidado para com o outro e às relações interpessoais que mantém. A comunicação alegra os pacientes, pois é uma maneira de distração, fazendo com que os mesmos focalizem menos suas doenças e, de certa forma, amenizem seu sofrimento, sobretudo quando este é intenso e denota que a morte é próxima (BARBOSA e SILVA, 2007; TAVARES e SOUZA, 2008). Assim, não restam dúvidas de que a comunicação é essencial no cuidado humanizado e na demonstração de respeito por parte dos profissionais de saúde no cuidado àquele que está morrendo.

Por consequência, o cuidado não pode estar desvinculado e descontextualizado, pois ele só pode ser exercido se o ser humano for compreendido em sua totalidade, em suas diferenças, pluralismo e diversidade. É necessário que os profissionais de saúde caminhem além das aparências, valorizando os aspectos qualitativos dos fenômenos da vida humana, relacionados com o verdadeiro significado atribuído por quem os vivencia.

2.5 Decisões frente à terminalidade de vida: eutanásia, ortotanásia e distanásia

O período atual é marcado por ambientes hospitalares pouco humanizados, frios, assépticos, repletos de desalento, com seu funcionamento quase perfeito voltado à técnica. Ademais, em se tratando dos serviços oferecidos, estes são desacompanhados de afeto, atenção, solidariedade, comunicação e outros sentimentos e atitudes tão importantes no dia-a-dia do cuidado humanizado àquele que vivencia um período de fragilidade existencial. As pessoas doentes são, muitas vezes, transformadas em “objeto” do cuidado, perdendo, assim, sua identidade pessoal, o seu eu, a sua subjetividade. Com isso, permanecem, passivamente, à

espera do poder científico atribuído aos cuidadores formais, especialmente os integrantes da equipe médica. Em suma, as pessoas são “coisificadas” e a ética do cuidado é inteiramente esquecida, ou perdida, em um cotidiano laboral de cunho predominantemente tecnicista (BETTINELLI, WASKIEVICZ e ERDMANN, 2004).

Nessas circunstâncias desumanizadas de cuidado, os profissionais da saúde adquirem posturas que culminam em atitudes paternalistas que, às vezes, vão de encontro à humanidade existente nos doentes sob seus cuidados, fatos que negam a ética assistencial e excluem o doente terminal dos processos decisórios. Dessa forma, observam-se atitudes e procedimentos atuando, algumas vezes indevidamente, sobre o tempo da morte, a hora de dizer adeus. Dentre essas atitudes, três são mencionadas, neste momento, por serem consideradas as mais comuns: eutanásia, ortotanásia e distanásia. A primeira tem grande enfoque na literatura desde tempos mais remotos, ao contrário das outras duas, as quais, somente nos últimos anos, ainda timidamente, têm contado com mais interesse por parte dos pesquisadores e estudiosos e, com isso, têm ganhado mais força nas publicações científicas.

De início, Chiavenato (1998) considera que nem mesmo os moribundos têm o direito de desejar morrer, ainda que sofram de dores terríveis e estejam totalmente desprovidos de esperanças reais. Tal fato é decorrente da sacralização da vida, como herança cultural, religiosa e legal, que faz com que o homem não tenha liberdade de tirar sua própria vida, pois estaria violando os dogmas da Igreja e as leis do Estado.

Por outro lado, se os doentes terminais não possuem o direito de desejar morrer, o médico, que, anteriormente, era testemunha da morte e, apenas humildemente, a verificava, hoje se tornou o seu arrogante senhor. Ele não só registra a hora do óbito, mas fixa-a segundo seus critérios. Trata-se de um profissional “*tanatocrata*, senhor da máquina terapêutica, e, portanto, depositário do poder intocado da sociedade mercantil, agente dessa sociedade e ator de sua racionalidade, quem decide sobre a continuação da vida reduzida ou da morte instantânea” (PESSINI, 2004, p. 49).

Essa redução da vida, a eutanásia, perpassa por uma evolução semântica ao longo da história, e, etimologicamente, o termo advém do grego: “*eu*”, boa, e “*thanatos*”, morte, significando boa morte, morte apropriada, serena, sem dor. No entanto, o conceito mais difundido de eutanásia constitui-se na retirada da vida do ser humano por questões “humanitárias” relacionadas à piedade, compaixão e ao desejo de abreviar o sofrimento do doente que está morrendo (DRANE e PESSINI, 2005; PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2007). De maneira geral, a eutanásia é realizada quando uma pessoa causa, deliberadamente, a morte de outra que está mais fraca, enferma, debilitada ou em sofrimento. Nesse último caso,

a eutanásia é considerada uma forma de evitar um sofrimento acarretado por um longo período de doença.

Segundo Goldim (2004), a palavra foi criada por Francis Bacon, em 1623, em “*Historia vitae et mortis*”⁶. Nesta obra, o autor define eutanásia como sendo o “tratamento adequado às doenças incuráveis”. Todavia, presume-se que, ao defini-la desta forma, Francis Bacon a confunde com a conceituação conferida, atualmente, à ortotanásia.

No entanto, a eutanásia pode ser classificada de várias formas, de acordo com o critério considerado, e somente a partir de distintos pontos de observação, é que se pode, segundo Sgreccia (2005), definir o termo. Para Goldim (2004), a utilização da palavra eutanásia gera confusão e ambiguidade, pois assume diferentes significados de acordo com a época e o autor que a utiliza. Palavras novas, como distanásia, ortotanásia, mistanásia, dentre outras, têm sido designadas para evitar essa situação. Apesar disso, os novos vocábulos geram determinados problemas conceituais, ao invés de auxiliar seu entendimento.

Assim sendo, Sgreccia (2005) afirma que, hoje em dia, a eutanásia é pensada não somente em relação às pessoas em estado grave ou terminal, mas também em outras situações, como nos casos de recém-nascidos que possuem doenças graves incompatíveis com a vida, cujas medidas terapêuticas necessárias para a manutenção da vida são abandonadas para evitar o sofrimento do bebê. Tal situação é chamada de eutanásia neonatal.

Goldim (2004) e Pessini (2004) afirmam que existem dois elementos básicos para se caracterizar a eutanásia: a intenção de realizá-la e o efeito desta ação. A primeira pode gerar uma ação (provocar propositadamente a morte), sendo considerada eutanásia ativa, positiva ou direta, e a segunda advém de uma omissão, isto é, a não realização de uma medida terapêutica, consistindo na eutanásia passiva ou negativa. Mas, do ponto de vista ético, relacionado à justificativa da ação, não existe diferença entre ambas, uma vez que o fim é exatamente o mesmo: provocar a morte ou deixar morrer.

Ainda há diversas outras denominações, cuja conceituação não constitui objeto deste trabalho. Entretanto, tão somente para efeito de citação, existem a eutanásia-suicídio e a eutanásia-homicídio; a eutanásia de duplo efeito; a eutanásia libertadora, eliminadora ou econômica; a cripto-eutanásia; a eutanásia não-voluntária, voluntária ou involuntária; a eutanásia súbita, natural ou terapêutica; a eutanásia estoíca; a eutanásia eugênica e econômica; a eutanásia legal etc. (GOLDIM, 2004; SOUZA, 2003).

⁶ História de vida e morte.

Por fim, concorda-se com Farell (1996), o qual afirma que a eutanásia, com todos os seus pontos e contrapontos, deve ser avaliada, sob múltiplos pontos de vista subjetivos e objetivos, tais como o aspecto moral, o religioso, o jurídico e o sociológico.

Depois de diversificados estudos referentes à eutanásia e suas distintas denominações e dimensões, hodiernamente tem-se discutido uma outra vertente sobre as condutas em terminalidade de vida: a ortotanásia. Este termo também tem origem no grego: “*orthós*”, correto, direito, reto, normal, e “*thanatos*”, morte. Na concepção de Sgreccia (2005), tem o sentido de morte no seu tempo, sem abreviação nem prolongamentos desproporcionados do processo de morrer, configurando-se na morte certa, no tempo certo para um doente terminal.

O conceito da ortotanásia oferece ao doente grave ou que já se encontra em fase irreversível de determinada patologia, e também a todas as pessoas envolvidas no processo de morrer, o enfrentamento desta ocasião de maneira relativamente tranquila, uma vez que

nesta perspectiva, a morte não é uma doença a curar, mas sim algo que faz parte da vida. Uma vez aceito este fato que a cultura ocidental moderna tende a negar, abre-se a possibilidade de trabalhar com as pessoas a distinção entre curar e cuidar, entre manter a vida quando esse é o procedimento correto e permitir que a pessoa morra quando sua hora chegou (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2007, p. 402).

Por sua vez, Goldim (2004) defende que a ortotanásia busca a utilização de meios adequados para o tratamento de uma pessoa que está à beira da morte, sendo contemplada como uma alternativa civilizada de entender e atender os doentes terminais. Neste caso, são considerados o sofrimento físico, psíquico, espiritual e social do paciente, e, conseqüentemente, da família. É utilizada a chamada “atenção integral” ao paciente terminal, através de uma ótica holística, a qual deve ser proporcionada pela equipe de saúde. Como comenta Sousa (2003), não se trata de precipitar nem postergar a morte, mas de aguardá-la no momento correto, lançando mão de meios regulares para os cuidados necessários e essenciais. Esta prática respeita os princípios da dignidade da pessoa humana, assim como os princípios da autonomia, da beneficência e da justiça, do ponto de vista ético.

Sobre os procedimentos integrantes da ortotanásia, Urban et al. (2001) interpretam que, no caso de pacientes sem possibilidades clínicas de cura, a ordem de não ressuscitar, por exemplo, além de outras decisões tomadas nesse contexto, é bastante útil na medida em que traz benefícios potenciais, tais como evitar a distanásia e o prolongamento do sofrimento, reduzir os custos com terapias desnecessárias e diminuir o número de leitos ocupados por pacientes terminais nas UTIs, além de clarificar o conceito de proporcionalidade terapêutica.

As intervenções proporcionadas, também denominadas ordinárias, realizadas ao paciente terminal, são componentes dos cuidados paliativos, os quais objetivam proporcionar alívio dos sintomas da doença, de maneira especial, a dor física e o sofrimento psíquico. No entanto, esse tipo de cuidado não atua sobre a causa e não almeja a cura ou regressão da patologia de base. Nunes (2004) assinala que os cuidados paliativos objetivam preservar a dignidade humana, e não a integridade corporal do paciente, e têm como objetivo essencial proporcionar qualidade de vida, mesmo quando esta se aproxima do fim.

Sob outro ângulo, em antítese à ortotanásia, e também à eutanásia, encontra-se a prática da distanásia. Etimologicamente, é também derivada do grego: “*dis*”, mal, e “*thanatos*”, morte, abarcando o sentido de má morte, morte com dor, morte retardada. Significa um processo de morrer vagaroso, ansioso e com muito sofrimento, é o prolongamento da vida de uma pessoa que possui uma doença incurável, através da aplicação de meios extraordinários, podendo ocasionar condições de vida lastimosas para o enfermo lúcido (PESSINI, 1996; 2008).

A expressão distanásia foi proposta em 1904, por Morache, cujo significado tratava da “agonia prolongada, morte com sofrimento físico ou psicológico do indivíduo lúcido” (SOUSA, 2003). No entanto, vários autores nacionais e internacionais (BATISTA et al., 2007; BITENCOURT et al., 2007; GOLDIM, 1997; KOVÁCS, 2003; MORITZ et al., 2009; NORTON et al., 2003; PESSINI, 2001; SHANAWANI et al., 2008; SILVA, PACHEMSHY e RODRIGUES, 2009), dentre outros, a denominam e a relacionam, de formas distintas, com outros termos, tais como obstinação terapêutica, judiação terapêutica, tratamento fútil, terapia fútil (ou inútil), desproporcionalidade terapêutica, encarniçamento terapêutico, medidas extraordinárias, terapias desproporcionais, medidas fúteis (ou inúteis), futilidade médica etc.

Não importando, necessariamente, a denominação apresentada, a distanásia constitui-se em um processo de obstinação terapêutica e se configura em um comportamento utilizador de processos clínicos que detêm um efeito muito mais nocivo do que os próprios malefícios possivelmente ocasionados pela doença. Constitui uma prática desnecessária, uma vez que a doença é inegavelmente incurável. Pessini (1996; 2001; 2004; 2008), em suas significativas contribuições aos debates sobre esta temática, assegura que a distanásia é uma atitude médica que, no intuito de salvar a vida do paciente terminal, o submete a significativo sofrimento (físico e emocional). Portanto, as ações pertinentes a este tipo de conduta não prolongam a vida, propriamente dita, apenas, lentificam o processo de morrer.

Kübler-Ross (2008), a seu tempo, no que tange aos fatores que contribuem para o crescimento dos medos e ansiedades relacionados à morte, faz o seguinte questionamento: “o

que acontece num campo da medicina em evolução em que nos perguntamos se ela continuará sendo uma profissão humanitária e respeitada ou uma nova e despersonalizada ciência cuja finalidade é prolongar a vida em vez de mitigar o sofrimento humano?” Por outro ângulo, pode-se indagar ainda: até quando a sociedade permanecerá solicitando que se “invista o máximo que se pode no paciente”, ou que “faça tudo por ele, doutor” no sentido de não permitir que o doente morra? E até quando os médicos acatarão tais pedidos inconsequentes?

Em sua importante obra, pioneira no Brasil, intitulada “Distanásia: até quando prolongar a vida?”, Pessini (2001) menciona alguns fatores que impulsionam as discussões em relação à distanásia, hoje, no mundo, tais como: a discussão entre os acontecimentos científicos e os valores morais, as grandes mudanças ocorridas no modelo conceitual de avaliação das alternativas de tratamento médico, as transformações na relação médico-paciente (paternalismo médico *versus* autonomia do paciente), e, por fim, os fatores referentes à justiça, economia e alocação de recursos na área da saúde. O estudo destes elementos é essencial para a compreensão da multiplicidade de questões que envolvem o contexto da distanásia. Por sua vez, Silva e Simões (2005) complementam que são grandes os desafios referentes à distanásia, os quais provocam, muitas vezes, além das questões éticas e bioéticas, as implicações religiosas, filosóficas e econômicas.

Em se tratando deste último aspecto, o fator econômico, o referido autor assinala que, em decorrência da grande precariedade da saúde pública brasileira, torna-se imperativo evitar-se tanto o sofrimento inútil, face à inevitabilidade da morte, quanto a exploração econômica, por meio do emprego desordenado de terapias e tratamentos clínicos, com vistas ao proveito único das instituições médicas.

Portanto, o debate corrente sobre a distanásia encontra-se muito além de simples decisões de conduta médica, sobre o que programar para os cuidados ao paciente terminal.

No entanto, uma questão é certa: apesar das diversas alternativas de condutas e múltiplas reflexões sobre o contexto de terminalidade de vida, os fatores mais complexos e angustiantes para o médico é o fechamento do diagnóstico de terminalidade e a decisão da conduta a partir deste. Silva (2005, p. 77) assinala que este profissional exerce um verdadeiro sacerdócio, cuja atividade demanda,

a par da utilização dos conhecimentos científicos já apreendidos ao longo de sua carreira acadêmica e profissional, o exercício a todo instante, de numerosas escolhas de conduta, que abrangem a indicação dos medicamentos a serem ministrados ao paciente, o intervalo de tempo a cada dose, a opção pela intervenção cirúrgica ou pelo tratamento clínico, e muitas outras. Tarefa das mais difíceis será identificar a licitude ou a ilicitude dos atos praticados pelos profissionais de saúde nas opções

terapêuticas que fazem. A situação se torna dramática quando tais opções se realizam em histórias clínicas delicadas, mormente em doentes terminais ou portadores de moléstias de difícil tratamento.

Mac Donald (2002), contudo, em uma tentativa (porque não existe “fórmula mágica” para tal) de auxiliar os médicos a decidirem como programar os cuidados terminais, elaborou um “guia para as decisões morais”. Dessa forma, o autor destaca que se deve atentar para alguns fatores importantes: reconhecer a dimensão moral da situação; analisar os interesses das partes envolvidas e as relações interpessoais no processo decisório; identificar os valores morais, religiosos, econômicos etc. presentes; medir os benefícios e os encargos das atitudes a serem tomadas; procurar por casos análogos na comunidade científica e identificar as decisões tomadas; discutir o caso com outros profissionais mais experientes; analisar se a decisão está de acordo com os códigos legais e institucionais; e, fundamentalmente, perceber como o profissional se sente ao tomar determinada decisão. Diante de tamanha dificuldade em decidir quais as condutas e cuidados a serem oferecidos ao doente terminal, a ausência do “modo de fazer” talvez explique o enorme enigma que existe entre as discussões entre investir ou não em um paciente com prognóstico de morte breve.

Diante do exposto e do surgimento de diversos conflitos e problemas éticos concernentes à temática, concorda-se, inteiramente, com os escritos de Leonard Martin, que indagou, na apresentação do livro de Pessini (2001, p. 21-22), o seguinte:

como saber se está chegando a hora de passar de terapias curativas para terapias que são puramente de manutenção e conforto? Que critérios usar? [...] Há uma obrigação de tudo fazer para prolongar a vida, mesmo quando os órgãos já estão entrando em falência múltipla e não há nenhuma esperança de reverter o quadro do doente? Será que há alguma obrigação de apelar para tratamentos caros ou raros em todo caso onde há perigo iminente de morte? Será que se deve apelar para tratamentos que acrescentam dias ou semanas à vida vegetativa, mas em nada melhoram a qualidade desta vida?

Dessa forma, as decisões de conduta, sobretudo nos casos de terminalidade em UTI, são extremamente difíceis, além de gerarem enorme desgaste psicológico à equipe, e, de modo especial, ao médico. Estes desgastes decorrem, sobretudo, das dúvidas relacionadas às decisões sobre até que ponto investir no paciente que já não conta mais com recursos terapêuticos curativos para sua doença, e também a respeito, principalmente, das imprecisões legais referentes ao que é lícito ou não nas atitudes médicas no fim da vida.

A posição do profissional intensivista é extraordinariamente complexa, pois, isolado do mundo exterior, e trabalhando com o limiar entre a vida e a morte do paciente, a vida de ambos, médico e doente, centra-se em diversos detalhes de ordem técnica, relacionados à

“competência-cuidado”, pois o processo que visa instituir decisões médicas relacionadas à vida e à morte dos pacientes internados em UTI “revela-se de extrema complexidade: na avaliação prática do intensivista sobre o enfermo, entram em jogo representações sociais mais difundidas – muitas delas estigmatizantes – e também as tensões peculiares e constitutivas da prática médica” (MENEZES, 2000, p. 45). Assim sendo, dotada de intensa dificuldade, a resolução dos dilemas decisórios, elaborada de forma serena, é inegavelmente difícil de impetrar.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Esta investigação trouxe seu arcabouço teórico-metodológico fundamentado na Teoria das Representações Sociais como pressuposto para seu desenvolvimento e análise, com vistas a compreender as representações de médicos e enfermeiros em relação à distanásia em UTI.

Como assinala Xavier (2002, p. 19), para as Ciências Filosóficas e Humanas “representar é tão antigo quanto pensar”. A representação encontra-se ligada ao ser humano, desde as circunstâncias nas quais o seu próprio pensamento, produção e exteriorização tornam-se objetos das reflexões filosóficas, desencadeando, posteriormente, a questão do papel do trabalho e da linguagem na constituição da consciência individual ou coletiva.

Uma pesquisa intitulada “*O estudo das Representações Sociais no Brasil: distribuição por Regiões e Áreas da Ciência*”, realizada por Fernandes, Santos e Tomanik (2007), efetivou um levantamento sobre o desenvolvimento dos estudos das Representações Sociais no Brasil, de 2004 a 2007, totalizando 301 trabalhos. Destes, 47 são oriundos de pesquisadores da região sul do país, distribuídos entre 20 instituições superiores de ensino. A Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) contabiliza 8,5% das pesquisas fundamentadas pela teoria em questão.

Especificamente, percorrendo sobre as áreas que possuem estudos baseados na Teoria das Representações Sociais, a Enfermagem se encontra em terceiro lugar, com 23 trabalhos (7,6%). A pesquisa citada demonstrou, ainda, que há predominância de estudos multidisciplinares, totalizando 40,5%, fato que vem ao encontro de uma das características da Teoria das Representações Sociais, a qual não se mantém restrita a um único campo da ciência ou a um único objeto de estudo.

A apreciação da referida teoria como arcabouço teórico-metodológico para a presente investigação encontra justificativa na confiança de que os estudos fundamentados pelas representações sociais são imprescindíveis para uma melhor compreensão da sociedade, e,

como salienta Franco (2004, p. 170), “significa efetuar um corte epistemológico que contribui para o enriquecimento e aprofundamento dos velhos e já desgastados paradigmas das ciências psicossociais”.

3.1 Um breve delineamento sobre a construção da Teoria das Representações Sociais

Serge Moscovici é o criador da Teoria das Representações Sociais, sendo referenciado nos diferentes trabalhos utilizados como referencial teórico-metodológico na presente investigação, além de ser citado por investigadores, em grande parte, das pesquisas sociais. Em se tratando dos processos de teorização que auxiliaram na fundamentação da referida teoria, outros autores são, direta ou indiretamente, importantes no seu desenvolvimento, tais como Durkheim, Wundt, Le Bon, Freud, Allport, Saussure, Mead e McDougall, dentre outros.

O conceito de representação social foi originado na Sociologia, com as contribuições de Durkheim, e também na Antropologia, através de Lévi-Bruhl, com os estudos a respeito da linguagem, de Saussure; a teoria das representações infantis, de Piaget e a teoria do desenvolvimento cultural de Vigotsky (ALEXANDRE, 2004). Dentro desse contexto, os vários níveis teóricos apresentaram-se como caminhos a serem percorridos e remodelados para a construção das representações sociais. E é exatamente estas representações o objeto de estudo de Moscovici.

Comerlato, Guimarães e Alves (2007), Farr (1995), Jodelet (2005), Moscovici (2007), Sá (1995), Santos (2005) e Silva, (1998), dentre outros autores, afirmam que a Teoria das Representações Sociais se originou na França, em 1961. Todavia, ao se recompor sua história, é obrigatório rememorar o autor de especial influência: Durkheim. Este considerava que as “representações coletivas” e as “representações individuais” coexistiam de “forma compartimentada, como se [...] não pudessem contatar; ou que, em alguns momentos, elas se negassem, ou em outros, se completassem” (DURKHEIM, 1970 apud SILVA, 1998, p. 31).

Xavier (2002) aponta que Durkheim objetivava encontrar e explicar tudo aquilo que unificasse a vida social, que unisse as múltiplas formas de como as sensações do indivíduo, enquanto fruto da realidade social, eram representadas. Em sequência, surge, inicialmente, o conceito de consciência coletiva, uma vez que Durkheim considerava que a associação

dos homens (indivíduos), sua síntese, produz um todo (realidade social) que se sobrepõe às partes que o formam. Essa realidade *sui generis* é o que Durkheim chama de consciência coletiva, na qual são eliminadas ou minimizadas as diferenças

individuais, dando lugar a uma “unidade” cuja vida se manifesta pela constituição e ação de “representações coletivas”. [...] As representações coletivas dariam sustentação a uma moral específica, “necessária ao corpo social”, *materializando-a, objetivando-a e naturalizando-a*, desempenhando, assim, o papel de amainar ou até mesmo eliminar a contradição entre o individual e o coletivo, mantendo a ordem e o equilíbrio social. O autor traça, dessa forma, uma linha rígida entre o individual e o coletivo, o psíquico e o social, com clara prevalência do segundo sobre o primeiro, na explicação dos fenômenos e da ação social (XAVIER, 2002, p. 21).

Moscovici (2007), configurando uma intensa crítica às proposições de Durkheim, enfatiza que este teórico deixou julgamentos dúbios para a Psicologia Social ao tentar estabelecer a divisão entre representações individuais e representações coletivas, as quais, no ponto de vista de Durkheim, pertenceriam, separadamente, ao campo da Psicologia ou da Sociologia, respectivamente. O autor igualmente coloca que ao passo que

Durkheim vê as representações coletivas como formas estáveis de compreensão coletiva, com o poder de obrigar que pode servir para integrar a sociedade como um todo, Moscovici esteve mais interessado em explorar a variação e a diversidade das ideias coletivas nas sociedades modernas (MOSCOVICI, 2007, p. 16).

Os conceitos durkheimianos abarcavam um campo vasto e heterogêneo de formas de conhecimento, considerando que nelas se encontravam uma parcela expressiva da história intelectual do homem. Mas, para Moscovici (2007), as representações sociais deveriam ser abreviadas a um tipo específico de conhecimento, para se compreenderem os aspectos comportamentais e comunicativos entre os indivíduos. Ao mesmo tempo, este autor considerava os ditos de Durkheim deveras estáticos, desconexos com a plasticidade, mobilidade e circulação das emergentes representações sociais presentes na época. Por fim, Durkheim apreendia as representações coletivas como dados ou elementos explicativos incondicionais e irreduzíveis por análises *a posteriori*, e não como fatos ou fenômenos passíveis de serem elucidados. Dessa forma, Moscovici tinha o intuito de “penetrar nas representações sociais para descobrir a sua estrutura e os seus mecanismos internos”, com a finalidade de aperfeiçoar as teorias existentes até então (SÁ, 1995, p. 23).

Assim sendo, Moscovici (2007) não considerava os conceitos criados por Durkheim satisfatórios para proceder, apropriadamente, aos estudos da representação social e aos dinamismos dos movimentos sociais e, para transpor esta barreira, fez-se necessária a criação de um novo paradigma sobre os estudos científicos das representações sociais. Mas, apesar desta mudança de paradigma, Farr (1995) ainda considera que a Teoria das Representações Sociais constitui, tão somente, um desenho sociológico de Psicologia Social.

Por mais de 40 anos, Moscovici e seus companheiros desenvolveram a Teoria das Representações Sociais e, como ele próprio assinala, “no coração deste projeto esteve a idéia de construção duma psicologia social do conhecimento e é dentro do contexto deste projeto mais vasto que seu trabalho sobre representações deve ser visto” (MOSCOVICI, 2007, p. 8).

As representações sociais, para o mesmo autor, encontram-se interrelacionadas com as múltiplas diferenças existentes na sociedade e, para fornecer explicações a esta interrelação e aos processos sociais, as representações sociais constituem uma maneira de criar coletivamente, em se tratando da passagem da ciência para a “modernidade” da Psicologia Social, cujo início Farr (1995) delimita no contexto imediato pós-guerra.

Posteriormente, a teoria originou-se na França, em 1961, com a obra “*La Psychanalyse: son image et son public*”⁷, elaborada por Moscovici, com uma edição revisada em 1976. Nesta obra, o autor objetivou compreender como a psicanálise, ao sair dos grupos fechados e especializados, contraiu uma nova aceção pelos grupos populares em Paris (ALEXANDRE, 2004; FARR, 1995; SÁ, 1995). Desde então, a teoria vem sendo estudada e desenvolvida por diversos autores até os dias atuais.

Salienta-se, por fim, que a Teoria das Representações Sociais, apesar de encontrar sua origem nos estudos referentes à Psicologia Social, não permaneceu circunscrita a esta ciência nem vem sendo empregada, exclusivamente, pelos profissionais da mesma, mas, em antítese, encontra-se difundida por diferentes campos das ciências, como é o caso, ainda que timidamente, da Enfermagem (FERNANDES, SANTOS e TOMANIK, 2007).

3.2 Uma busca pela conceituação

Como o próprio Moscovici (2007) considera, entender a Teoria das Representações Sociais não é tarefa árdua, contudo compreender verdadeiramente o seu conceito o é.

Filosoficamente, a representação assume três planos: o metafísico, relacionado às ideias e conceitos universais (ou não); o perceptivo, que relaciona a existência (ou não) de objetos materiais no espaço e no tempo, seja no plano discursivo ou no não-discursivo; e o epistemológico, que aborda a probabilidade de existência e operação de objetos investigáveis absolutamente (ciência natural) ou relativamente (ciência social). Inicialmente, as representações conduzem a uma reflexão cognitiva atrelada ao conhecimento de cada

⁷ No Brasil, A Representação Social da Psicanálise.

indivíduo sobre “a consciência no seu “despertar” para o mundo, [...] o momento em que a consciência se torna “sujeito cognoscente”; aqui, a subjetividade individual é a “fonte [...] da representação” (XAVIER, 2002, p. 19-20). Por este motivo, o conhecimento aparta-se da experiência individual de apreensão das coisas para assumir o enfoque da representação (signo) em relação ao seu objeto.

No que tange à historicidade das representações sociais, Minayo (1995) destaca, como fatores influenciáveis para a sua construção e aplicação, a religião, a moral, o espaço, o tempo e a personalidade, os quais traduzem a maneira como o grupo se percebe no cotidiano das suas relações, com os objetos que interagem. No intuito de compreender a maneira pela qual a sociedade se representa, para si e para o seu entorno social, torna-se necessário ponderar sobre a natureza da sociedade e, não apenas, a natureza dos indivíduos pertencentes a ela. Pois os seus símbolos transformam-se de acordo com a sua natureza e, se ela acolhe ou desaprova determinadas condutas ou atitudes, é porque se chocam com algumas emoções fundamentais, as quais pertencem à sua constituição (MOSCOVICI, 2007).

As representações sociais abarcam um grupo de múltiplos fenômenos e conceitos explicados pelos estudos psicossociológicos, configurando-se como fenômenos psicossociais dependentes de dois importantes fatores: a cultura e a história do ser humano. Dessa forma, “sua explicação deve se dar necessariamente aos níveis posicional e ideológico, [...] intrapessoal e interpessoal”, uma vez que não dissocia o indivíduo do social (SÁ, 1996, p. 22). Farr (1995) também aponta que as representações estão presentes tanto “no mundo” como “na mente” e, dessa forma, devem ser investigadas nos dois contextos.

Quanto ao nível ideológico, os dois conceitos, muitas vezes, se confundem (ou são confundidos). Para Silva (1998), enquanto as representações sociais podem se tornar ideologias, em se tratando de superioridade política ou de poder, as mesmas primam pela comunicação, dispersão de informação e conhecimento, explicação de fatos, coordenação sem formalidades do conhecimento e direcionamento para a ação. Em consequência, na ideologia, os valores e significações do indivíduo podem estar alterados, quando existe um elemento político ou socialmente dominante nos bastidores das relações interpessoais.

Conceitualmente, para Moscovici (2007), as representações sociais distinguem-se como um grupo conjugado de conceitos, suposições e elucidações decorrentes do dia-a-dia das comunicações interpessoais, equivalendo, em nossa realidade, aos mitos e crenças das sociedades tradicionais, além de poderem ser concebidas como uma variante do senso comum no mundo contemporâneo. Ademais, as representações sociais devem ser concebidas como um modo particular de compreender e compartilhar o que já é sabido, pois abordam

um sistema de valores, idéias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 2007, p. 21).

Por sua vez, Jovchelovitch (2000) afirma que as representações sociais constituem fenômenos simbólicos desenvolvidos no contexto público, nas reuniões, ambientes de trabalho, bares, ruas, enfim, é nos espaços públicos cotidianos que elas se constroem e são comunicadas e compartilhadas entre os sujeitos. Estes, na visão de Santos (2005), são sujeitos ativos, durante a assimilação de informações exteriores a eles, são formadores da sua realidade social objetiva e, ao mesmo tempo, são, subjetivamente, construídos nesta.

Nesse ponto, Moscovici (2007) aponta que existem dois conceitos necessários para a compreensão da Teoria das Representações Sociais: o universo consensual, que reconhece o senso comum e o indivíduo como detentores de conhecimento e individualidade, e o universo reificado, no qual preside o saber científico dessemelhante, restrito a apenas alguns membros da sociedade.

Assim sendo, existem dois universos que abrangem os conhecimentos perfilhados pela sociedade. Em um deles, a sociedade se observa, partindo de sua representação por especialistas de determinadas áreas do saber, cujos indivíduos abarcam o “poder” restrito, objetivo e lógico de explanar a respeito de conhecimentos e pensamentos eruditos e teorização abstrata. Em um diferente viés, o outro universo admite a existência da liberdade de cada um dos indivíduos pertencentes a uma sociedade, a fim de se expressarem nas mais diversas áreas do conhecimento com base em ideias convergentes. Dessa forma, as atividades intelectuais cotidianas de interação social (re) produzem as “teorias” do senso comum, sem levar em conta limites específicos, seguem uma “lógica natural”, não verificável, não passível a pré-requisitos de verossimilhança. Portanto, enquanto, de um lado, o saber científico é edificado como sendo um universo onde as pessoas apenas têm acesso a partir da condição individual de qualificação, o mundo no qual o senso comum tem predominância é interligado e usufruído por todas as pessoas da sociedade que compartilham dos mesmos conceitos. E é a propósito deste universo consensual que Moscovici delimita o campo de interesse da Psicologia Social (ALEXANDRE, 2004; SÁ, 1995).

Mas para Moscovici (2007), esta dicotomia existente entre os dois universos acarreta um intenso choque a nível psicológico, uma vez que os limites colocados entre ambos apartam, de certo modo, a realidade coletiva e a realidade física (individual). Para dirimir esta

dicotomia, são necessárias mudanças sociais. Todavia, como assinala Jovchelovitch (2000), as representações sociais exibem um caráter resistente às mudanças, expressado, sobretudo, pela história e tradição do indivíduo e do grupo social no qual está inserido. Tal fato impinge sobre os processos de ancoragem e objetificação.

Nesse sentido, Moscovici (2007, p. 20) argumenta que todas as representações têm o intuito de transformar em familiar tudo o que não o é. Ou seja, “tornar algo não-familiar, ou a própria não-familiaridade, familiar. A familiarização é sempre um processo construtivo de ancoragem e objetivação, através do qual o não-familiar passa a ocupar um lugar dentro de nosso mundo familiar”. Dessa forma, as representações sociais configuram um modo de compreender como o indivíduo ou o grupo social adquire habilidade de definição no desempenho de uma identidade, que é uma das formas de simbolismos (valores simbólicos) das representações sociais. Em complemento, Jovchelovitch (2000, p. 41) assinala que estas

representam, por excelência, o espaço do sujeito social, lutando para dar sentido, interpretar e construir o mundo em que ele se encontra. Para mais além das estruturas dadas da vida social, elas oferecem a possibilidade da novidade, da autonomia, daquilo que ainda não existe, mas poderia existir. Elas são, neste sentido, uma relação com o ausente e um meio de evocar o possível. [...] A relação entre o material e o simbólico é um dos problemas centrais para o edifício conceitual da teoria. Processos objetivos são sempre a contrapartida de processos subjetivos. Os processos de ancoragem e objetivação mostram claramente que a construção de representações sociais tem em estruturas históricas e sociais alguns de seus elementos principais.

Assim, como pondera Farr (1995), as representações estão presentes tanto “no mundo” (objetividade) quanto “na mente” (subjetividade), devendo ser pesquisadas nos dois contextos. Dessa forma, Moscovici (2007) apresentou a “ancoragem”, um novo processo no qual o não-familiar torna-se familiar. Este novo processo relaciona-se com a formação e o funcionamento da representação social, explicados a partir das interações e comunicações sociais, uma vez que o meio de conceber a representação social interfere diretamente na elaboração cognitiva dos sujeitos. Por sua vez, o processo de objetivação busca explicar:

a representação como *construção seletiva* [...], isto é, como um conjunto cognitivo que retém, entre as informações do mundo exterior, um número limitado de elementos ligados por relações, que fazem dele uma estrutura que organiza o campo da representação e recebe um *status* de realidade objetiva. A ancoragem, como *enraizamento no sistema de pensamento, atribuição de sentido, instrumentalização do saber*, explica a maneira pela qual informações novas são integradas e transformadas no conjunto dos conhecimentos socialmente estabelecidos e na rede de significações socialmente disponíveis para interpretar o real, e depois são nela reincorporadas, na qualidade de categorias que servem de guias de compreensão e de ação (JODELET, 2005, p. 48).

Em outras palavras, Franco (2004, p. 172) define a objetivação como a alteração de determinada ideia, conceito ou opinião em algo palpável, concretiza-se “a partir de um processo figurativo e social e passa a constituir o núcleo central de uma determinada representação, seguidamente evocada, concretizada e disseminada como se fosse o real daqueles que a expressam”. Ademais, destes dois processos sócio-cognitivos, os quais atuam de forma dialética na formação das representações sociais, dois conceitos tornam-se relevantes: o núcleo central e o sistema periférico.

No núcleo central está o componente fundamental da representação, não se restringindo a uma função genérica, visto que o mesmo se ampara

no fato de ser ele o elemento que determina o significado de uma representação e, ao mesmo tempo, contribui para sua organização interna. É preciso reiterar que o núcleo central, por sua vez, determina-se pela natureza do objeto e pelo sistema de valores e normas sociais que constituem o contexto ideológico do grupo. Ainda, é no âmbito do núcleo central que as representações sociais cristalizam-se, solidificam e estabilizam, a partir da vinculação de ideias, de mensagens de homogeneização reificadas, as quais são mediadas pela realização de ações concretas e, basicamente, resistentes a mudanças (FRANCO, 2004, p. 172-173).

Em se tratando do emprego da Teoria das Representações Sociais nas investigações científicas, tanto educadores como teóricos da psicologia tradicional pouco a têm empregado, uma vez que tem sido escassamente utilizada sob a equivocada argumentação de que “entre o que se diz” e o “que se faz” existe um abismo intransponível” (FRANCO, 2004, p. 173).

Um ponto antagônico, apontado por Moscovici (2007), aponta que a Teoria das Representações Sociais entrou em intenso choque com várias correntes de pensamento durante seu desenvolvimento, desencadeando inúmeras críticas de outros estudiosos, contemporâneos a ele, especialmente. Um dos críticos foi Gustav Jahoda, o qual considerou que “longe de elucidar os problemas da psicologia social, a teoria das representações sociais serviu antes para obscurecê-los” (JAHODA, 1988 apud MOSCOVICI, 2007, p. 23). O mesmo considera a teoria vaga na construção de seus conceitos e salienta que, com grande falha na sua retórica, esta teoria trouxe contribuições pouco significativas para a psicologia tradicional das atitudes na época.

O que, de fato, deve ser destacado na Teoria das Representações Sociais é que o sujeito não se traduz na fala nem no contexto no qual se encerra. Ao mesmo tempo, nem suas ações ou pensamentos simplesmente advêm de sua vontade, personalidade ou anseios. Entretanto, cada indivíduo é uma manifestação do total. Em outras palavras, torna-se

necessário procurar o que ele tem de comum com o grupo ao qual pertence e o que há de particular em sua subjetividade (MINAYO, 1995).

Dessa forma, a partir das considerações acerca das representações sociais, acredita-se que se trata de uma teoria apropriada para fundamentar a presente investigação e atingir os objetivos propostos, procurando-se responder à questão norteadora levantada.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico deste estudo está explicado de forma a apresentar, inicialmente, uma revisão teórica sobre as técnicas empregadas no mesmo e, em sequência, explana-se acerca dos procedimentos práticos utilizados e a forma como foi realizado o passo a passo metodológico.

Uma pesquisa somente será socialmente necessária se originar respostas a problemas amplos, e, a partir disso, desfrutar de proeminência social. Não obstante, deve-se entender a pesquisa e seu método como determinação e iniciativa, para “resolver a experiência imediata, [realizar] um corte necessário e deliberado da realidade, empregando uma abstração adequada, que se coloca como simplificação e redução do real, porque a totalidade é intransponível, se buscada num único estudo” (LEOPARDI, 2002, p. 32).

Tomando-se por base, neste momento, os dizeres acima, inicialmente, precedendo a elaboração do projeto de pesquisa, mas concomitante a todo o processo de investigação até a sua conclusão, efetivou-se um levantamento bibliográfico com documentos publicados tanto na forma impressa, quanto por meio eletrônico (*internet*), tais como livros, capítulos de livros, *e-books*, pareceres, resoluções, textos legais e periódicos (revistas e jornais), dentre outros.

O levantamento bibliográfico é de extrema relevância, uma vez que, segundo Baffi (2002) e Oliveira (2002), a localização e a aquisição de conteúdos e de diferentes formas de contribuição científica existentes subsidiam, a partir de estudos pregressos, o tema proposto para a realização do trabalho de pesquisa. Dessa forma, uma pesquisa bibliográfica é efetivada perfeita e concomitantemente a uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, com vistas a “conhecer [...] as contribuições culturais ou científicas do passado sobre um determinado assunto, tema ou problema” (CERVO e BERVIAN, 1996, p. 48).

4.1 Caracterização do estudo

A presente investigação caracterizou-se por ser uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, fundamentada na Teoria das Representações Sociais. A investigação foi assim estruturada no intuito de atingir os objetivos propostos e responder aos questionamentos e reflexões levantadas.

4.1.1 Pesquisa qualitativa

Ainda hoje, pode-se observar certa resistência de determinadas áreas de estudos para o desenvolvimento de investigações qualitativas, especialmente no que se refere à ciências da saúde, baseadas, mormente, no Positivismo e nas pesquisas quantitativas. No entanto, foram as investigações sob responsabilidade da enfermagem que colaboraram, expressivamente, para o advento dos debates qualitativos na área médica (TURATO, 2008).

O autor também menciona que, mesmo já tendo ocorrido transformações, há muitos responsáveis por publicações científicas que permanecem considerando “menos válida” a pesquisa qualitativa. O que, de fato, não é verídico. Esta concepção produz o impasse entre as “*hard sciences*”, que contam com dados objetivos, mensuráveis, matematizados e explicáveis, *versus* as “*soft sciences*”, as quais possuem dados subjetivos, compreensíveis e imensuráveis que consideram os estudos das ciências humanas.

O emprego do método qualitativo, ou abordagem qualitativa, ou ainda, método compreensivo-interpretativo, diferentemente da pesquisa quantitativa, não utiliza dados estatísticos para centralizar a análise de um determinado problema. Ao contrário, apresenta-se de forma a possibilitar a compreensão da relação entre causa e efeito de um fenômeno. Assim, explora circunstâncias de caráter reservado, peculiar, específico, com o objetivo de estudar a produção e o desenvolvimento de fatos detectáveis e observáveis (LEOPARDI, 2002; OLIVEIRA, 2002; TURATO, 2008).

A natureza qualitativa possibilita o aprofundamento “no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (MINAYO, 2000, p. 22), um mundo repleto de fenômenos sociais que devem ser apreciados através de uma visão holística (visão de algo em sua totalidade) e uma visão idiográfica (não repetível), como apontam Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998).

Este método, em consonância com Turato (2008), caracteriza-se por ser um processo multimetodológico, baseado em uma abordagem interpretativa e naturalística, através do qual

os pesquisadores qualitativistas têm o intuito de investigar as coisas em seu *setting* original e dar sentido ou decodificar fenômenos por intermédio das significações das pessoas, no momento em que o investigador estuda o fenômeno no ambiente natural em que se dá.

A pesquisa qualitativa é utilizada, dentre outros motivos, quando o tema ou fenômeno a ser investigado é escasso na literatura, fato que implica na necessidade de ser explorado (CORTES, 1998). Para Leopardi (2002), tal tipo de pesquisa é aplicável quando se deseja compreender um fenômeno subjetivo, levando-se em consideração as suas apresentações e representações, e não o número de vezes que este fenômeno surge, buscando compreender

um problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos, assim como a perspectiva do próprio pesquisador. Atenta-se, portanto, ao contexto social no qual o evento ocorre (LEOPARDI, 2002, p. 117).

Existem múltiplos sistemas perfeitamente passíveis de serem qualitativamente investigados, tais como: crença, ideologia, costume, “*ethos*” etc. Estes fenômenos demandam sua investigação através de métodos qualitativos, visto que existe, claramente, a necessidade de se investigar o particular e suas características intrínsecas, ou seja, é o homem em seu *setting* natural envolvido nas situações cotidianas e todas as suas variáveis (TURATO, 2008),

Arrazoando acerca do grupo ou contexto social, suas representações e significações, Minayo (2008) explana que a pesquisa qualitativa é perfeitamente aplicável nos estudos fundamentados pela Teoria das Representações Sociais, auxiliando nas investigações sobre as concepções e visão do mundo que os sujeitos concebem a respeito da sua realidade cotidiana.

Em se tratando dos prós e contras dos métodos qualitativos, estes possuem múltiplos elementos: “limites conceituais (como entendemos), propósitos (para que servem), paradigmas filosóficos que lhes dão embasamentos diferentes, recursos metodológicos próprios (métodos, técnicas e procedimentos) e outros” (TURATO, 2008, p. 166). Assim sendo, com uma multiplicidade de fatores determinantes, os métodos, metodologias e técnicas podem exibir várias facetas, contando com prós, no sentido de serem pontos facilitadores do processo investigativo, e contras, ao possuírem algumas limitações à sua efetivação.

Leopardi (2002) afirma que os métodos qualitativos contemplam e possibilitam grande interação entre o pesquisador e cada membro do grupo social pesquisado, firmando, idealmente, uma relação de aceitação e confiança por parte deste grupo. Então é esta, inegavelmente, a grande vantagem do método: a interação pesquisador-pesquisado.

Outro benefício da pesquisa qualitativa é possibilitar o delineamento da complexidade de um determinado problema, analisar o intercâmbio entre dados, entender e classificar as dinamicidades vivenciadas pelos grupos sociais, prover subsídios nos processos de transformação, concepção ou desenvolvimento de opiniões relativas a um determinado grupo social e proporcionar a interpretação das peculiaridades comportamentais ou atitudes das pessoas investigadas (OLIVEIRA, 2002).

A natureza das pesquisas qualitativas, segundo Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998), Leopardi (2002) e Turato (2008), exige que os pesquisadores incluam um apropriado rigor durante o desenvolvimento das atividades, para que os resultados maximizem a confiabilidade por todo o processo do estudo, com vistas a atingir credibilidade, transferibilidade, validação interna e externa, consistência, sustentação dos resultados pelos participantes da pesquisa, confirmabilidade, questionamento por pares e permanência prolongada em campo.

Em concordância com as ideias de Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998), ao se propor compreender uma realidade específica, a pesquisa qualitativa contribui, imensamente, para o incremento do conhecimento, seja qual for a sua questão de estudo, visto que o fator essencial é o pesquisador estar habituado à temática investigada, para que possa recomendar pontos ou questões expressivas e que não foram investigadas até então.

Por sua vez, Leopardi (2002, p. 198) considera que existem algumas “distorções comuns da evidência do problema na pesquisa qualitativa, que resultam de considerações parciais sobre o contexto e que geram resultados não confiáveis”. A autora explica que é preciso delimitar o problema de forma coerente, além de se ratificar que este é significativo para o estudo da realidade. Assim sendo, elementos que confundem o todo lógico da pesquisa podem provocar a perda consecutiva do rigor almejado.

A autora ainda enumera algumas possíveis imprecisões nas pesquisas qualitativas, que se referem ao problema de pesquisa, cuja formulação poderia torná-lo muito abrangente e impossibilitar a sua resolução, ou não ser relevante ou original; à revisão de literatura, a qual, se pouco extensa, retiraria trabalhos importantes à investigação, mas, se muito ampla, poderia empobrecê-lo por uso demasiado de citações em série; à coleta de dados, pelas dificuldades dos sujeitos pesquisados ou do próprio pesquisador e também do emprego inadequado de técnicas e instrumentos; à metodologia, que pode conter diversos problemas estruturais; e, por fim, ao relatório, que, se prolixo ou impreciso na linguagem, ou divergente dos objetivos, teoria e análise dos resultados, acarretaria na desestruturação do conteúdo.

Portanto, transtornos podem ocorrer. E, após explanar sobre os possíveis equívocos decorrentes de uma investigação qualitativa, realizada de maneira inadequada, é premente destacar que o pesquisador deve estar ciente dos riscos que permeiam esse método, buscando, ininterruptamente, desenvolver suas pesquisas sob o crivo da rigidez científica, no sentido de não ocasionar questionamentos sobre seus trabalhos.

4.1.2 Pesquisa exploratório-descritiva

A pesquisa exploratório-descritiva aprecia as distintas circunstâncias e relações que incidem sobre a vida sociopolítica e econômica, além de aspectos relacionados ao comportamento humano, tanto do indivíduo quanto de grupos sociais ou comunidades mais complexas. Por consequência, a pesquisa de caráter descritivo

observa, registra e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los. [...] Busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano tanto no indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas. [...] Os dados, por ocorrerem em seu *habitat* natural, precisam ser coletados e registrados ordenadamente para seu estudo [...] (CERVO e BERVIAN, 1996, p. 49).

A pesquisa descritiva pode assumir formas distintas, entre as quais se destaca o estudo exploratório, o qual pode ser designado como o primeiro passo no processo investigativo, levando-se em conta o conhecimento e o subsídio que origina a formulação de hipóteses para pesquisas posteriores. Dessa forma, “os estudos exploratórios não elaboram hipóteses a serem testadas [...], restringindo-se a definir os objetivos e buscar maiores informações sobre determinado assunto de estudo” (CERVO e BERVIAN, 1996, p. 48).

Estes autores, assim como Leopardi (2002), assinalam que este tipo de estudo tem o intuito de apreender algo ainda não conhecido para torná-lo familiar ou alcançar uma nova apreensão da realidade, além buscar novas informações, revelar novas ideias, realizando, dessa forma, acepções sucintas das circunstâncias investigadas e dos elementos que a compõem. Fato que vem ao encontro da Teoria das Representações Sociais.

A pesquisa descritiva trata do levantamento de dados de determinadas características ou elementos do fato, fenômeno ou problema, sendo, habitualmente, efetivada como levantamentos ou observações sistemáticas. Portanto, o estudo descritivo pretende expor, com precisão, os fatos ou fenômenos de uma realidade e exige do pesquisador várias informações

sobre o que almeja estudar, uma concisa demarcação de técnicas, métodos, modelos e teorias que nortearão a coleta e a interpretação dos dados (SANTOS, 1999 apud LEOPARDI, 2002).

Os estudos descritivos abarcam aspectos gerais sobre um contexto social, permitindo um grau de análise que possibilite coligar formas distintas de fenômenos, além de sua ordenação e classificação. Do mesmo modo, possibilitam explicar as semelhanças entre causa e efeito dos fenômenos, ou seja, “analisar o papel das variáveis que, de certa maneira, influenciam ou causam o aparecimento dos fenômenos [...] permite ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam determinado fenômeno” (OLIVEIRA, 2002, p. 114).

Em relação à pesquisa de caráter exploratório, o mesmo autor afirma que esta busca enfatiza as investigações de práticas ou diretrizes existentes em determinado local que, porventura, poderiam ser modificadas ou substituídas, de acordo com as alternativas geradas pelo resultado da pesquisa. Ademais, existem inúmeras significações e representações que somente poderão ser manifestadas se derivarem de uma exploração apropriada das reais extensões do problema que a pesquisa objetiva averiguar.

As pesquisas exploratórias proporcionam ao investigador um acréscimo de sua experiência em relação a uma determinada temática ou problema. Ademais, permite “explorar tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno” (LEOPARDI, 2002, p. 121).

Por sua vez, Leopardi (2002) afirma que, para a realização de uma pesquisa exploratória, faz-se necessária uma adequada revisão de literatura, além da efetivação de entrevistas, observações e utilização de questionários, dentre outras metodologias e técnicas, com vistas a elaborar um trabalho rigorosamente científico, além de auxiliar na melhoria das práticas do campo investigado, por meio da formulação de sugestões advindas da pesquisa.

Os estudos exploratórios abarcam múltiplas configurações, tais como flexibilidade e engenhosidade; estudos a partir de dados secundários, com o fim de aproveitar trabalhos já realizados; possibilidade de investigar pessoas que têm correlação com o objeto de pesquisa; e, por fim, estudo de fatos e possíveis interligações que de outra forma poderiam não se tornar conhecidos (OLIVEIRA, 2002).

Um dos pontos positivos da pesquisa exploratório-descritiva refere-se ao seu emprego quando existem poucos conhecimentos sobre a temática investigada, proporcionando um estudo mais vasto, no intuito de alcançar respostas ao(s) problema(s) de pesquisa. Pode-se, com isso, explorar, descrever e analisar diversos aspectos, características e relações de determinada comunidade, grupo ou realidade, como afirmam Cervo e Bervian (1996).

4.2 Cenário da pesquisa e população

Ao optar por um campo de pesquisa no qual serão efetivadas as atividades concernentes ao estudo, o investigador já o faz fundamentado em um objetivo e com determinadas questões em mente (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 1998). Partindo da questão norteadora da pesquisa e dos objetivos apresentados anteriormente, o espaço e os sujeitos participantes desta investigação foram selecionados devido à importância do contexto de trabalho que os envolve. Dessa forma, o presente estudo foi desenvolvido no âmbito da UTI Adulto do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), juntamente com médicos e enfermeiros desta unidade. A opção por tal instituição foi estabelecida pela sua importância referencial para a região central do Rio Grande do Sul, além dos diversos tipos de pacientes assistidos por seus profissionais.

Com base na experiência e observação informais da pesquisadora, realizadas durante as aulas práticas e atividades extracurriculares no decorrer do Curso de Graduação em Enfermagem, no âmbito do referido hospital, pôde-se notar que a instituição recebe, interna, trata e cuida de pacientes com as mais diversas patologias, agudas ou crônicas, curáveis ou terminais, ações estas de suma importância para o desenvolvimento deste estudo.

4.2.1 O Hospital Universitário de Santa Maria

O HUSM é um hospital geral, público, certificado como instituição de ensino pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura, vinculado à UFSM como órgão suplementar central. Foi fundado em 1970, com sede no Centro de Santa Maria e, a partir de 1982, instalou-se no Campus Universitário da UFSM. Este hospital-escola busca desenvolver atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência em saúde, com preservação do meio ambiente, introduzindo-se de forma cidadã na sociedade. Em se tratando do gerenciamento do HUSM, este é realizado pelas direções Geral, Clínica, Administrativa, de Enfermagem e de Ensino, Pesquisa e Extensão (HUSM, 2009; PAGLIARIM et al., 2002).

O HUSM apresenta-se como um hospital de referência regional para a região centro-oeste do Rio Grande do Sul, com capacidade para cerca de 300 leitos. Configura-se no maior hospital público do interior do estado, com abrangência assistencial que inclui a população de 46 municípios, atendendo, inclusive, pacientes de outras regiões do país e ultrapassando fronteiras geográficas nacionais (PAGLIARIM et al., 2002).

Segundo informações divulgadas no *website* da instituição⁸, os atendimentos à comunidade são realizados em vários setores: 291 leitos das unidades de internação, 37 leitos das unidades de terapia intensiva, 53 salas ambulatoriais, 11 para atendimento de emergência, seis do Centro Cirúrgico e duas do Centro Obstétrico. Além de serem diagnosticadas e tratadas inúmeras patologias, são realizados diversos procedimentos e tratamentos de saúde, aliando a tecnologia a uma grande equipe formada por profissionais e estudantes.

A equipe docente atuante no HUSM é integrada por 166 professores das áreas de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina e Odonto-Estomatologia. Ademais, 1.355 funcionários, em nível de apoio médio e superior, 443 funcionários de serviços terceirizados e 342 alunos-estagiários de graduação da UFSM, bolsistas, residentes, mestrandos e doutorandos permanecem em constante atividade na instituição (HUSM, 2009).

As médias trimensais dos atendimentos prestados à demanda populacional, entre 2008 e 2009, foram em torno de 10.371 internações, 5.688 cirurgias, 1.888 partos, 128.094 consultas ambulatoriais, 4.285 consultas no Pronto-Atendimento, 19.704 seções de fisioterapia e 730.118 exames. Com tantos atendimentos e procedimentos efetivados, o HUSM é um dos poucos hospitais do centro do Rio Grande do Sul, que atende, inteiramente, a sua clientela pelo SUS, fato que ocasiona uma demanda superior à sua capacidade física e de pessoal (HUSM, 2009), inclusive gerando listas de espera para a realização de exames complexos e para a internação de pacientes nas UTIs, por exemplo.

No que tange a alguns dos Indicadores Hospitalares Totais, fornecidos pelo Setor de Estatística da instituição, do período que corresponde aos meses de janeiro a outubro de 2009, foram internados cerca de 5.800 pacientes e, por meio de transferências, foram recebidos por volta de 3.400. Dentre outros dados, a mortalidade variou de dois a seis por cento (FERREIRA FILHO e LORENZONI, 2009a).

4.2.2 A Unidade de Terapia Intensiva Adulto do HUSM

A UTI Adulto do HUSM localiza-se no quinto andar do referido hospital. Quanto ao espaço físico, possui um amplo salão com seis leitos, além de um isolamento com um leito e outro, que contém dois leitos. O quadro de recursos humanos disponíveis, de acordo com consulta realizada nas escalas de serviço dos profissionais, em outubro de 2009, conta com 14

⁸ Vide links “Histórico” e “Visão e Missão”, no endereço <http://www.husm.ufsm.br>.

médicos e oito enfermeiros pertencentes ao quadro efetivo⁹. Ao mesmo tempo, encontram-se sucessivamente atuantes na unidade, como parte integrante das atividades relacionadas à residência médica, dois ou três médicos residentes¹⁰, os quais se alternam mensalmente. Ou seja, os residentes permanecem na UTI durante 30 dias e, depois disso, trocam a clínica de atuação, passando, por exemplo, para a Cardiologia ou Medicina Interna, todas externas à UTI. São residentes da Clínica Médica (geralmente um ou dois) e da Anestesiologia (comumente um). Alguns residentes passam pela UTI mais de uma vez, como é o caso daqueles que estão estudando Anestesiologia. Estes passam pelo intensivismo no primeiro e no terceiro anos.

De acordo com o Setor de Estatística do HUSM, de janeiro a outubro de 2009, na UTI Adulto foram internados 31 pacientes. A média mensal da taxa de mortalidade perfaz cerca 46,5%. Esta média, em se tratando dos limites inferior e superior, variou entre 17% no mês de julho e 59% em maio, motivo pelo qual se faz deveras interessante um estudo que envolve a temática “processo de morrer e morte” nesta unidade. De janeiro a outubro de 2009, a média mensal de óbitos nas primeiras 48 horas de internação foi de 2,5% dos pacientes e, em mais de 48 horas, 2,8%. A média de permanência dos pacientes na unidade constou de 11,7 dias e a taxa de ocupação perfaz 99% dos leitos (FERREIRA FILHO e LORENZONI, 2009b).

4.2.3 Escolha intencional dos sujeitos e saturação de dados

Quando há intenção de coletar dados sobre um ou mais aspectos referentes a um grupo quantitativo numericamente, torna-se, muitas vezes, quase impraticável levantar os dados em relação a cada indivíduo. Assim, emerge a necessidade de estudar somente uma parcela desta população ou universo. Para tanto, é realizado um processo que trata de eleger uma parcela, com a finalidade de que ela possa ser representativa do todo. Além disso, posteriormente, aos dados fornecidos por esta parcela, poder-se-á deduzir, da forma mais fidedigna cabível, os resultados relacionados à população (ou universo) total (MARCONI e LAKATOS, 2008).

Em referência aos indivíduos eleitos para representarem um determinado grupo social, Bourdieu (2002, p. 180) afirma que todos aqueles que pertencem a um mesmo grupo ou classe

⁹ O quadro efetivo engloba os profissionais contratados via concurso público ou via Fundação de Apoio à Tecnologia e Ciência (FATECIENS), uma fundação privada, sem fins lucrativos, vinculada à UFSM para gerenciar recursos de projetos públicos e privados, no intuito de, entre outras funções, atender às necessidades por meio de qualificação de recursos humanos, em apoio às atividades da universidade (FATECIENS, 2009).

¹⁰ No ano de 2009, ingressaram, no HUSM, 44 médicos residentes, de maioria recém-formada. São quatro vagas disponíveis para a área de Anestesiologia e dez, para a Clínica Médica. O período de residência tem duração de três e dois anos, respectivamente (UFSM, 2009).

“são produtos de condições objetivas idênticas. Daí a possibilidade de se exercer na análise da prática social, o efeito de universalização e particularização, na medida em que eles se homogeneízam, distinguindo-se dos outros”.

É importante salientar que ao proceder à amostragem nas pesquisas qualitativas, o pesquisador deve “preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, seja de grupo social, de uma organização, de uma instituição [...] ou de uma representação” (MINAYO, 2008, p. 197). Dessa forma, não se configura em um critério baseado em números, mesmo havendo a necessidade de se explicar a delimitação do número de sujeitos entrevistados. O que se busca perceber, aqui, é o conjunto das múltiplas dimensões coligadas ao objeto investigado.

Ao propor que médicos e enfermeiros fossem os sujeitos desta pesquisa considerou-se que estes profissionais são os principais responsáveis pela execução dos cuidados ao paciente terminal. Sendo assim, a população do estudo foi selecionada, de forma intencional, entre a equipe multiprofissional em exercício na UTI Adulto, escolhendo-se os sujeitos instituídos nos cargos de enfermeiros assistenciais do quadro efetivo, médicos contratados e médicos residentes. Em antítese ao que, porventura, poder-se-ia compreender pelo termo “escolha intencional”, salienta-se que esta não se encontra vinculada à mera seleção proposital do pesquisador em preferir um ou outro membro da equipe para se tornar sujeito da pesquisa, visto que, segundo Turato (2008), esta intencionalidade faz referência às pessoas que têm importância em relação ao tema eleito para a pesquisa, sendo consideradas, dessa forma, portadoras de representatividade social em uma circunstância específica.

Na concepção do referido autor, diferentemente da pesquisa quantitativa, a amostragem intencional, também denominada proposital ou deliberada, é uma escolha particular para a inclusão de sujeitos no estudo, ou seja, o investigador determina quais serão

os sujeitos que comporão seu estudo, segundo seus pressupostos de trabalho, ficando livre para escolher entre aqueles cujas características pessoais (dados de identificação biopsicossocial) possam, em sua visão enquanto pesquisador, trazer informações substanciais sobre o assunto em pauta (TURATO, 2008, p. 37).

O autor também salienta que não existe uma maneira correta ou incorreta de elencar amostras nos estudos qualitativos. Dessa forma, a decisão deveria ser tomada, coerentemente, com base nos problemas ou questões de pesquisa e não apenas pela mera conveniência.

Neste caso, foram entrevistados médicos e enfermeiros, os quais aceitaram, de antemão, participar da pesquisa, até o momento em que, levando em consideração a técnica de

saturação dos dados, as ideias centrais dos depoimentos começaram a se repetir. Alguns pesquisadores também denominam esta técnica de “redundância”, visto que os dados obtidos em certo período passam a não apresentar novidades sobre o problema estudado. Assim sendo, aproximada a redundância das falas, chega-se no momento de parar e analisar o que já foi alcançado (PADAK e PADAK, 2008).

Esta técnica, segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), Guest, Bunce e Johnson (2006) e Turato (2008), trata do estabelecimento ou fechamento do tamanho da amostra em estudo, com a suspensão da inclusão de novos sujeitos, pois, quando os dados obtidos passam a representar prolixidade ou repetição, ou não apresentam inovação, não há mais acréscimo ou contribuição significativa para o estudo. Assim, novas entrevistas passariam a apresentar, tão somente, a reprodução dos conteúdos, já alcançados anteriormente. Nesse caso,

o grupo estudado deve guardar, em seu interno, indivíduos reunidos pelo critério [...] de homogeneidade ampla, situação correspondente a uma soma de características/variáveis em comum a todos os sujeitos que compõem a amostra. [...] Nesse modo de processar a amostra, a opção por uma maior homogeneidade de características individuais [...] implica numa restrita escolha de entrevistado por entrevistado, e valendo-se de sujeitos que, num certo campo [...] apresentem as características que foram definidas no princípio (TURATO, 2008, p. 363).

Tal procedimento é complexo, uma vez que não existem orientações concretas sobre os tamanhos das amostras de pesquisas qualitativas. As amostras intencionais são comumente empregadas, tomando como base justamente o conceito de saturação dos dados. Todavia, apesar de esta ideia ser muito útil em um plano conceitual, ainda há orientações insuficientes para auxiliar o pesquisador a estimar a extensão dessas amostras.

Assim sendo, o critério de saturação dos dados abrange o conhecimento desenvolvido pelo pesquisador durante toda a sua estada em campo, que, no decorrer da coleta de dados, permitiu-lhe compreender a lógica interior do grupo analisado (MINAYO, 2008).

Sob esta perspectiva, os critérios de inclusão estipulados para a participação no estudo foram: ser enfermeiro assistencial do quadro efetivo ou médico contratado da UTI Adulto do HUSM ou ser médico exercendo a residência na unidade no período da coleta dos dados. O critério de exclusão foi, apenas, não ser médico ou enfermeiro assistencial na mesma unidade.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados é considerada uma fase intermediária de grande valor durante uma investigação, uma vez que envolve distintos passos os quais devem bem delineados e adequadamente seguidos, com vistas a proporcionar resultados úteis e fidedignos ao problema de pesquisa (CERVO e BERVIAN, 1996).

Anteriormente, no início do trabalho de campo propriamente dito, como salienta Minayo (2008), torna-se relevante efetivar uma etapa exploratória, durante a qual se elege o espaço e o grupo da pesquisa, os critérios de amostragem e o estabelecimento de estratégias de entrada no campo.

Contemplada esta etapa primária, as técnicas selecionadas para coletar os dados, com vistas ao alcance dos objetivos desta investigação, constaram da entrevista focalizada e da observação participante, porque, como salienta Minayo (2008, p. 263), além da fala proveniente da entrevista, que “é seu material primordial, o investigador terá em mãos múltiplos elementos de relações, práticas, cumplicidades, omissões e imponderáveis que pontuam o cotidiano” do grupo pesquisado. E para seu registro, a observação participante, juntamente com o diário de campo, torna-se essencial. Para tanto, procedeu-se à triangulação a fim de aproximar os dados provenientes de técnicas de pesquisa distintas.

4.3.1 Triangulação

Cortes (1998) afirma que na pesquisa qualitativa, as técnicas mais empregadas são a entrevistas e a observação, a fim de possibilitar a elaboração de categorias ou tipologias como respostas ao problema de pesquisa. Por sua vez, Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998) apontam que a entrevista tanto pode ser a forma central de coletar os dados, quanto pode se vincular à observação participante, tamanha é a integração e interatividade entre ambas.

Comparadas entre si, estas duas técnicas podem fornecer dados que ratifiquem, mutuamente, os dados alcançados por uma delas e vice-versa. Este procedimento é reconhecido por Duarte (2009) como uma inovação no campo metodológico, como uma maneira de extrapolar a “guerra de paradigmas” existente no mundo científico. Devido a esta e outras questões, emergiram as noções de “triangulação”, “métodos mistos”, “modelos mistos” ou “métodos múltiplos”. Porém, diversos autores nomeiam este novo paradigma de triangulação dos dados e o conceituam como uma

tentativa de fortalecer a validade das evidências [...] através do emprego de mais de um tipo de abordagem ao tratar dados. Quando a hipótese pode sobreviver à confrontação de uma série de métodos complementares para a sua testagem, ela tem um grau de validade que não pode ser obtido por uma hipótese testada no contexto restrito de um único método (BULMER, 1973 apud CORTES, 1998, p. 15).

Concordando com a citação acima, Adorno e Castro (1994), Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998) e Turato (2008) complementam que, quando se buscam distintas maneiras de estudar uma questão, sobrevém a triangulação, a qual se dá partindo-se da associação e comparação de dados por diferentes técnicas, com a utilização de duas ou mais abordagens ou métodos de forma simultânea e sequencial, numa perspectiva que propõe a “sobreposição de uma análise unidimensional, alicerçada em índices da realidade, a uma análise multidimensional, ou do contexto. A triangulação [...] prescreve que a utilização de multimeios garantiria uma maior validade aos dados” (ADORNO e CASTRO, 1994, p. 175).

O processo de triangulação está fortemente ligado ao escopo de confirmar a confiabilidade e validade dos dados obtidos por meio da

combinação de procedimentos ou metodologias, no estudo do mesmo fenômeno, sendo usados múltiplos pontos de referência, para determinar características de um objeto de estudo com maior confiança, buscando maior precisão nos julgamentos, pela busca de diferentes tipos de dados, ou em diferentes fontes, relacionados ao mesmo fenômeno, assegurando que a variância reflita aquilo de que se trata e não do método [em si] (LEOPARDI, 2002, p. 219).

Duarte (2009) e Neves (1996) explicam que, em 1959, na área da Psicologia, o procedimento de triangular métodos para coletar dados foi proposto por Campbell e Fiske, com outra denominação: “validação convergente” ou “multimétodo”, especialmente em se tratando de mesclar duas ou mais técnicas. A triangulação pode instituir correlações entre dados obtidos por diversas formas, com a finalidade de torná-los mais compreensíveis, permitindo também “conduzir a paradoxos, dando uma nova direção aos problemas a serem pesquisados” (NEVES, 1996, p. 2).

Triangulação é um conceito proveniente do interacionismo simbólico, desenvolvido por Denzin, nos idos de 1979, que significa, segundo Minayo (2008), o ajuste e a interseção de múltiplos pontos de vista; o trabalho conjugado de pesquisadores com formação distinguida; a visão de múltiplos informantes e a utilização de uma variedade de técnicas de coleta de dados que segue o trabalho de investigação. Essa gama de possibilidades permite a interação, a crítica intersubjetiva e a comparação dos dados alcançados, acontecendo por motivos práticos, especificamente quando há de se processar e analisar dados decorrentes de vários instrumentos, ou provenientes de disciplinas diversas.

Por outro lado, a triangulação reside no saber escolher e mesclar as técnicas com o objetivo de alcançar dados que respondam ao problema de pesquisa, porque, como pronuncia Leopardi (2002), o método envolve a comparação cruzada de técnicas tentando alcançar confiabilidade. Nesse sentido, existem algumas limitações, visto que a simples triangulação *per se* não ampara a variabilidade dos dados nem os legitimam automaticamente.

Quanto às vantagens deste procedimento, Leopardi (2002) enumera algumas, tais como: maior confiabilidade dos dados obtidos; desenvolvimento de novos métodos em comparação aos tradicionais para coletar dados; descobrimento de possíveis irregularidades em relação ao fenômeno investigado; produção de fatores desencadeantes de uma teoria ou modelo, consentindo inovações em relação aos modelos preexistentes; e, por fim, a possibilidade de elucidar de maneira enriquecida, o problema de pesquisa.

Mas, em antítese, a triangulação também sofre críticas. A principal trata da impossibilidade da replicação dos dados. Turato (2008) assinala que a triangulação não se configura em uma ferramenta ou tática de validação, mas em uma opção à validação, pois o que realmente importa é alcançar uma compreensão profunda do fenômeno, já que a realidade objetiva pode ser capturada.

Outra crítica diz respeito ao próprio termo “triangulação”. Duarte (2009) e Turato (2008) salientam que o uso deste é impreciso, dificultando o entendimento do seu significado, pois descende da trigonometria, navegação, topografia, agrimensura. Nas ciências sociais e humanas, “triangulação” é um termo utilizado de forma menos literal e mais ambígua.

Entretanto, metodologicamente, o termo ganhou novas definições, indo além da acepção primária, pelo fato de se ampliar a múltiplos campos do trabalho científico. Dessa forma, quando um investigador menciona a triangulação, ele pode estar abordando, dentre outros aspectos, o emprego de

1^a) múltiplas amostras de sujeitos para pesquisar um mesmo assunto/tema; 2^a) múltiplos pesquisadores atrás dos “dados” no mesmo empreendimento científico; 3^a) diferentes abordagens teóricas para apreensão e discussão do problema escolhido; 4^a) e ainda diferentes métodos e técnicas para a coleta dos “mesmos” dados (TURATO, 2008, p. 393).

Em outras palavras, há muito mais na triangulação do que uma simples sobreposição de técnicas ou métodos de pesquisa com vistas à confirmação dos dados.

Entretanto, face às fraquezas e virtudes que cada método encerra, a triangulação consiste em um processo intrincado que confronta dois ou mais métodos ou metodologias para maximizar a sua validade com base em um problema de investigação. Neste sentido, para

Duarte (2009), o principal objetivo desta integração seria a convergência de resultados de investigação, resultados que seriam válidos se conduzissem às mesmas conclusões. Mas nem sempre isso ocorre, pois diferentes métodos ou técnicas podem originar dados paradoxais.

Ao mesmo tempo, Fielding e Schreier (2008) alertam para outras falhas se a questão de validade for considerada a mais relevante nesse caso, ou seja, recorrer a múltiplos recursos como forma de suplantar os possíveis erros pode ser enganoso, porque, se cada um dos métodos contiver erros (pelo menos um determinado tipo de erro), estar-se-á favorecendo a duplicação dos próprios erros metodológicos. De fato, é impossível admitir, exclusivamente, que os resultados derivados de distintos métodos confirmem-se reciprocamente.

Numa concepção mais “aberta”, “realista” e “pragmática”, algumas percepções remetem tanto para a triangulação validando a pesquisa, de forma cumulativa, quanto para a triangulação com vistas a associar e complementar diferentes aspectos no fenômeno em estudo, configurando uma maneira de descobrir paradoxos e contradições, ou como uma forma de desenvolver a pesquisa no sentido de empregar, subsequentemente, os métodos para que o emprego de um método inicial informe o uso do segundo método (DUARTE, 2009).

Por fim, Adorno e Castro (1994, p. 176) salientam que a ideia de triangulação, tomada como um mecanismo metodológico estratégico para a análise de um determinado contexto, “tem como princípio a noção de que as ações sociais, assim como as falas, têm que ser referenciadas a uma situação específica, local ou histórica, em que se expressam os conflitos, as demandas, as representações em torno das relações sociais”.

4.3.2 Entrevista focalizada

Para perpetrar uma entrevista, o entrevistador convém dispor-se a escutar mais do que falar, pois não se trata apenas de realizar uma simples conversa. É efetivar uma conversa norteada por problemas e objetivos de pesquisa. Ademais, por meio das perguntas feitas ao informante, obtêm-se os dados necessários à investigação (CERVO e BERVIAN, 1996).

A técnica de entrevista é considerada, talvez, como a maneira mais difundida de se obterem informações discursivas não documentadas, podendo constituir-se em uma conversa principiada pelo entrevistador com um ou mais sujeitos entrevistados. Os dados conseguidos podem se referir a fatos objetivos, palpáveis, os quais o próprio pesquisador poderia conseguir por meio de outras fontes ou técnicas, ou se referir à obtenção de dados originais, partindo da manifestação espontânea (atitudes, valores, crenças, opiniões, vicissitudes etc.) do indivíduo pesquisado (CERVO e BERVIAN, 1996; CORTES, 1998).

Esta técnica de coleta de dados pode ser definida como um processo de intercâmbio, ou interação social, no qual o entrevistador objetiva recolher informações partindo do que pronuncia o entrevistado. Com vistas a buscar estas informações, a entrevista compõe uma “conversa interessada”, no intuito de obter dados especialmente subjetivos. Nesse sentido, realiza-se a entrevista “porque acredita-se que o entrevistado detém informações que, transmitidas ao entrevistador, podem elucidar questões” concernentes aos problemas ou questões de determinada pesquisa (COLOGNESE e MÉLO, 1998, p. 143).

Quanto às variações das entrevistas, os autores supracitados enumeram três aspectos, pautados na padronização, na natureza das informações e nos informantes. Assim sendo, fazendo-se uma inferência sobre as afirmações dos autores, a entrevista focalizada é, segundo a padronização, uma entrevista não-diretiva ou não-estruturada; segundo a natureza das informações, é uma entrevista oral; e, finalmente, segundo os informantes, ela é uma entrevista individual. Habitualmente realizada de forma individual, possui, em sua essência, a finalidade exploratória, cuja estruturação é minimizada ao máximo e, a partir do momento em que o entrevistado inicia a sua fala, o entrevistador permanece em escuta atenta, sem interromper ou arguir, a fim de não exercer qualquer influência. Ao mesmo tempo, é efetivada sem rigidez metodológica pré-fixada, proporcionando ao entrevistado o papel de informante, e participante ativo, que produzirá dados importantes por meio de sua fala e expressões.

Com relação à configuração do roteiro, este, na entrevista focalizada, caracteriza-se por ser contextual, uma vez que não contém perguntas específicas, mas tópicos norteadores com vistas ao alcance dos objetivos da investigação (COLOGNESE e MÉLO, 1998).

Portanto, a entrevista focalizada, por definição, é livre e espontânea e se destina a elucidar um problema específico, e na qual o entrevistador dá voz ao entrevistado, partindo de orientações proporcionadas *a priori*, mas no momento em que este se desvia do tema original, o entrevistador retoma e centraliza a conversação sobre o assunto-chave, sucessivamente, no intuito de explorar experiências vividas em circunstâncias específicas (BECK, GONZALES e LEOPARDI, 2002; CERVO e BERVIAN, 1996; MINAYO, 2008).

Todavia, para tanto, faz-se imprescindível que o pesquisador reconheça as três características desta técnica, segundo Beck, Gonzales e Leopardi (2002, p. 176): “intersubjetividade, que é fundamental, pois há a busca do que está no íntimo da pessoa informante; a intuição, que é uma forma de contemplação da experiência com um olhar não descritivo; a imaginação, que é a representação do real”.

Cortes (1998) considera que na entrevista focalizada, distinta das demais, e não obedecendo a um roteiro de questões previamente delimitado, o entrevistador concentra o

diálogo, ou a conversa, no aprofundamento da temática que investiga. Com isso, o entrevistado usufrui liberdade de discorrer, abertamente, sobre o assunto. Ademais, o entrevistador pode conduzi-lo, de forma sutil, a discorrer sobre o tema do estudo.

O depoimento do sujeito apresenta uma mistura do subjetivo, do peculiar, delineados pelos valores estruturados socialmente. Dessa forma, “ele é revelador do caráter histórico e específico das relações sociais que este indivíduo realiza e das variadas “subculturas” das quais ele participa em um contexto de classe social, [...] de pertinência a uma geração, a uma etnia etc.” (CORTES, 1998, p. 19).

Na medida em que traz à tona modelos culturais interiorizados, a entrevista também reflete o caráter histórico mais genérico, e também o mais específico, respectivos ao grupo ao qual o sujeito permanece integrado. Dessa forma, “cada ator social se caracteriza por sua participação, no seu tempo histórico, num certo número de grupos sociais, informa sobre a cultura e sobre uma “subcultura” que lhe é específica e tem relações diferenciadas com a cultura dominante de seu tempo”, experimentando e conhecendo os fatos sociais de maneira subjetiva (MINAYO, 2008, p. 209).

A mesma autora adiciona que a fala expõe inúmeras facetas, tais como “condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e, ao mesmo tempo, [tem] a magia de transmitir, por meio de um porta-voz, as representações grupais, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas” (MINAYO, 2008, p. 204). E, como forma de comunicação, a fala consente compreender o intersubjetivo e o social, constituindo-se, dessa forma, um fato social.

De forma complementar, Colognese e Mélo (1998) declaram que a entrevista é prevalentemente um processo de interação social e não somente um intercâmbio de comunicação verbal, uma vez que entrevistador e entrevistado são reciprocamente influenciáveis, agindo e reagindo de distintas maneiras ao andamento do diálogo estabelecido e às reações demonstradas (comunicação não-verbal e para-verbal).

Mas não há comunicação (verbal) sem conversação. Para Moscovici (2007), pela conversação as pessoas expressam suas opiniões, revelam seus pontos de vista, constroem significados e tornam consensuais as suas percepções e visões de mundo. Para tanto, este

estado de coisas exige certa cumplicidade, isto é, convenções lingüísticas, perguntas que não podem ser feitas, tópicos que podem, ou não podem, ser ignorados. [...] O que eles [os indivíduos] fazem prosperar é a arte declinante da conversação. É isso que os mantém em andamento e que encoraja relações sociais que, de outro modo, definhariam. Em longo prazo, a conversação (os discursos) cria nós de estabilidade e recorrência, uma base comum entre seus praticantes. As regras dessa arte mantêm

todo um complexo de ambigüidades e convenções, sem o qual a vida social não poderia existir. Elas capacitam as pessoas a compartilharem um estoque implícito de imagens e de idéias que são consideradas certas e mutuamente aceitas. O pensar é feito em voz alta [...]. E o motivo é profundo (MOSCOVICI, 2007, p. 51).

Nesse sentido, a conversação, configurando-se como fator central de uma entrevista, torna-se fundamental para a coleta de dados qualitativos que visam, essencialmente, à captação de ideias, visões de mundo, significações e representações dos indivíduos enquanto sujeitos integrantes de um grupo socialmente definido.

Assim, a entrevista, como importante e amplo elemento de comunicação verbal, é estrategicamente fundamental nas pesquisas de campo. Esta técnica, por si só, na medida em que possibilita que os próprios sujeitos forneçam dados relativos às suas condutas, opiniões, anseios e perspectivas, promove uma importante interação social entre pesquisador e pesquisado. Com isso, estabelece-se a interação do investigador com as dinâmicas peculiares do grupo social investigado (BECK, GONZALES e LEOPARDI, 2002; MINAYO, 2008).

Em relação a outras técnicas de coleta de dados, a entrevista possui a grande conveniência de possibilitar a

captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos. [...] pode permitir o tratamento de assuntos de natureza estritamente pessoal e íntima, assim como temas de natureza complexa e de escolhas nitidamente individuais. Pode permitir o aprofundamento de pontos levantados por outras técnicas de coleta (LÜDKE e ANDRÉ, 2007, p. 34).

Para Beck, Gonzales e Leopardi (2002) e Cervo e Bervian (1996), a entrevista, além de capturar a fala, abarca a grande vantagem de permitir o registro das observações relativas à aparência, comportamento e atitudes do entrevistado, uma vez que possibilita uma conversa de caráter mais profundo e enriquecedor em detalhes. Dessa forma, apreende os dados mais complexos, abrangendo tanto questionamentos, quanto sentimentos das pessoas pesquisadas.

Contraditoriamente, por carregar e sofrer os efeitos paradoxais e conflituosos da fala, Minayo (2008, p. 205) pondera que na entrevista “ao mesmo tempo em que a fala aproxima, carrega contradições sendo por isso um mecanismo de intransparência”. A autora, em concordância com Bourdieu (2002), cita um questionamento frequente sobre a utilização da técnica da entrevista em pesquisas sociais: em que dimensão a fala de um sujeito é representativa da fala de tantos outros?

A representatividade do grupo investigado, vislumbrada na fala de cada indivíduo, ocorre porque os comportamentos individual e social seguem modelos interiorizados, mesmo que as expressões pessoais variem em relação às tradições do grupo. Portanto, entender o

indivíduo como “representativo” segue variáveis históricas que determinam as relações sociais próprias de cada grupo (MINAYO, 2008). Ou seja, deve-se levar em conta a validade da fala dos sujeitos entrevistados, uma vez que pode existir imprecisão na confiabilidade dos dados e a generalização destes. Igualmente, a maneira pela qual se poderia conferir a validade dos dados seria compará-los com outros já existentes ou obtidos por meio de outras entrevistas ou outras técnicas de pesquisa, como é o caso da observação (CORTES, 1998).

Tratando-se da interação entre pesquisador e pesquisado, ou grupo social, devido à relação de influência mútua entre ambos, esta, se inadequada, pode comprometer intimamente a natureza do encontro, ou seja, pode configurar-se em uma troca desigual entre os mesmos. Nesse sentido, pode-se formar uma situação de desigualdade, se o entrevistador exercer um maior domínio sobre o encontro, determinando toda a conversação, fato que abalará uma das principais relações que devem existir entre entrevistador e entrevistado: a igualdade e a comparabilidade (CORTES, 1998; MINAYO, 2008).

Outro ponto colocado por Minayo (2008) é o de que, com frequência, depara-se com uma dicotomia entre a preparação usual, por meio da representação interior, e a apresentação exterior desta representação. O acesso a essas regiões é controlado com o fim de impedir que a plateia veja os bastidores e que estranhos tenham acesso a uma representação que não se dirige a eles. Em outras palavras, os sujeitos podem se fechar ao pesquisador, ocultando fatos ou simplesmente omitindo-os, com base em um esquema do tipo “jogo de cena”, que sinaliza domínios proibidos, segredos e conflitos do grupo, controle das ações e comportamentos, dentre outras situações, no intuito de controlar as impressões do pesquisador. Ademais, ainda existem as falas desenhadas para abordar “aquilo que o pesquisador deseja ouvir” do pesquisado, as quais geram, muitas vezes, conteúdos destoantes da realidade social.

Por fim, uma última questão negativa relacionada à entrevista refere-se à falta de confiança e “senso de ocasião” por parte do entrevistado. Com isso, o entrevistador poderá se tornar inoportuno, interromper as atividades do entrevistado, fazer a entrevista em um momento de irritação, fadiga ou impaciência deste (CERVO e BERVIAN, 1996).

4.3.3 Observação participante e diário de campo

O ato de observar é utilizar atentamente os sentidos em direção a um objeto para que este ganhe um conhecimento inequívoco e exato. Nas ciências, é uma técnica de grande relevância na coleta de dados, visto que em sua ausência, o estudo da realidade e de suas leis seria reduzido a apenas um estado de aparência ou adivinhação (CERVO e BERVIAN, 1996)

e, em se tratando de um estudo qualitativo, “o observador se constitui no instrumento de captação do fenômeno” (TURATO, 2008, p. 30).

A observação é uma extraordinária forma de coletar dados às vezes não alcançados por meio de entrevistas ou outras técnicas de pesquisa, uma vez que considera os momentos reais da vida no cotidiano. Estes dados são registrados de maneira cuidadosa, sistemática e detalhada. Na observação participante, os pesquisadores envolvem-se, diretamente, com o contexto no qual o estudo é desenvolvido, ao mesmo tempo em que os sujeitos pesquisados têm informação sobre o que o pesquisador está investigando em campo (CORTES, 1998; LANKSHEAR e KNOBEL, 2008).

Por sua vez, Becker (1999, p. 47) considera que, ao utilizar esta técnica, o pesquisador “observa as pessoas que está estudando para ver as situações com que se deparam normalmente e como se comportam diante delas”, além de originar diálogos com os pesquisados, com o propósito de descobrir suas interpretações concernentes aos fatos observados em campo. Desse modo, o pesquisador relaciona-se com o campo, tal como um observador que participa, ativamente, das atividades habituais, mas tal fato não o impede de desempenhar suas atividades, por meio da proximidade com os fatos relevantes (segundo seus objetivos de pesquisa) e do seguimento dos costumes cotidianos.

Turato (2008) assegura que a observação participante, inicialmente desenvolvida para a coleta de dados em pesquisas de cunho etnográfico, é extremamente útil em investigações sociológicas e psicológicas. Esta técnica foi desenvolvida por Malinowski, todavia há correntes que conferem à Escola Sociológica de Chicago a concepção da referida técnica.

No entender de Cortes (1998) e Leopardi (2002), o observador participante, se caracterizado como um observador total, participa das atividades junto aos sujeitos pesquisados e se relaciona, ativamente, com eles, representando, inclusive, determinados papéis no grupo social investigado. Ele toma parte das situações pesquisadas, inclusive intervindo, transformando, sugerindo, adota a função de um dos integrantes do grupo (até certo ponto), com a finalidade de analisar a experiência, tendo como ponto de partida o seu próprio interior (GIL, 1999). Desse modo, as etapas da observação participante contemplam:

imersão no campo para definição dos temas e objetivos; explicação da(s) hipótese(s) de trabalho ou questões; indicação dos elementos de observação: local, período, meios e técnicas; indicação dos informantes; registros de campo; organização dos dados e redefinição das hipóteses sempre que um caso negativo¹¹ for encontrado;

¹¹ Casos negativos constituem-se em “evidências que entram em contradição com as relações hipotéticas do modelo” de sistema social surgido no estágio final de análise de campo (BECKER, 1999, p. 58).

análise final dos dados e conclusões sobre as hipóteses (BECK, GONZALES e LEOPARDI, 2002, p. 172-173).

Para complementar, Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998, p. 166) assinalam que a observação participante permite que o observador se torne “parte da situação observada, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação”. Mas, para tanto, Cervo e Bervian (1996) assinalam que devem ser seguidas algumas condições, quais sejam: físicas; intelectuais (curiosidade e sagacidade) e morais (paciência, coragem e imparcialidade). Igualmente, reafirmam que a observação deve ser atenta, exata, completa, precisa, sucessiva e metódica.

Com base nas considerações do antropólogo Florence Kluckhohn (1946), citadas por Gil (1999), a observação participante possui diversas vantagens, tais como promover o rápido acesso a dados sobre o cotidiano dos pesquisados; permitir a obtenção de dados considerados particulares pelos sujeitos e perceber expressões verbais que acompanham suas condutas. Assim, o próprio observador obtém informações no momento em que ocorrem os fatos, de forma direta, sem intermediações ou artificialidades e, em consequência, “a subjetividade, que permeia o processo de investigação social tende a ser reduzida” (GIL, 1999, p. 110). Esta relação direta entre o pesquisador e os eventos investigados

pode visar uma descrição da situação, dos sujeitos, do local, dos conflitos, das relações interpessoais e sociais, das atitudes e comportamentos diante da realidade; pode-se usar recursos como fotografia, filmagem, anotações, além de anotar as circunstâncias dos acontecimentos, o desenrolar do cotidiano, as reflexões originárias das observações (BECK, GONZALES e LEOPARDI, 2002, p. 170).

Ainda, dizem as autoras supracitadas, a observação deve ser atenta, para que o investigador não afaste sua atenção para eventos não objetivados na pesquisa; deve ser precisa, minuciosa quanto aos detalhes observados (falas, gestos, relações interpessoais etc.), os quais carecem ser descritos com objetividade, sem interferências ou julgamentos; deve ser exata e completa, com o propósito de delinear o fato observado precisamente da maneira como ocorreu, ponderando sobre o próprio fato, tempo, local, pessoas envolvidas etc.; deve ser sucessiva e metódica, para sequenciar ordenadamente os dados e coligar vinculações entre os acontecimentos presenciados. Para tanto, o observador precisa exercer seu trabalho de campo de forma complexa e atenta, uma vez que, no momento em que coleta seus dados, igualmente pratica interferências e influências junto ao grupo, participa das várias situações, intervém, altera, sugere e/ou recomenda algo no âmbito do campo de estudo.

Para o trabalho de campo, conforme Minayo (2008), não se pode pensar em um trabalho neutro, porque a forma de executá-lo demonstra os objetivos do pesquisador, o qual seleciona os fatos que almeja entender, observar, coletar. Tal fato evidencia que o trabalho em campo pode não ser transparente, uma vez que tanto pesquisador, quanto sujeitos de pesquisa interatuam de forma a interferir de modo dinâmico na realidade investigada.

Alves-Mazzotti e Gewandszajder (1998) delineiam algumas vantagens da utilização da observação participante na pesquisa qualitativa, quais sejam: esta técnica pode ser usada independentemente do grau de conhecimento ou da aptidão do pesquisado para se comunicar verbalmente; proporciona a “checagem”, em campo prático, da franqueza de algumas respostas que, porventura, podem ser apresentadas apenas para “causar boa impressão” ao pesquisador; admite a assimilação de “comportamentos não-intencionais ou inconscientes”, dando liberdade para que sejam estudadas questões que os pesquisados não se sentem abertos para abordar; e proporciona o registro de falas e atitudes dentro de um espaço temporal-espacial.

A observação participante oferece uma intensa valorização do “instrumental humano”, decorrente das características tradicionais das pesquisas etnográficas, à medida que até mesmo utiliza a sua própria pessoa como instrumento de observação, seleção, coordenação e interpretação das informações (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 1998).

O investigador almeja uma aproximação com os indivíduos em seu cenário habitual (LEOPARDI, 2002). Para tanto, ao executar a observação participante, o mesmo deve, essencialmente, desenvolver algumas habilidades, tais como:

- a) ser capaz de estabelecer uma relação de confiança com os sujeitos; b) ter sensibilidade para pessoas; c) ser um bom ouvinte; d) formular boas perguntas; e) ter familiaridade com as questões investigadas; f) ter flexibilidade para se adaptar a situações inesperadas; e g) não ter pressa de identificar padrões ou atribuir significados aos fenômenos observados (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 1998, p. 167).

Por outro lado, ao coletar dados por meio da observação, o investigador pode se deparar com algumas desvantagens e obstáculos, notadamente relacionadas ao seu papel em campo. Beck, Gonzales e Leopardi (2002) e Gil (1999) afirmam que a simples presença do observador já pode modificar os comportamentos dos sujeitos estudados, extinguindo sua espontaneidade, fato que geraria resultados pouco confiáveis.

Outro contraponto a se comentar, mas que, sob outro ponto de vista, pode também ser considerado uma vantagem, é a grande quantidade de dados e descrições detalhadas sobre os

fatos observados. Em consequência, “o pesquisador enfrenta o problema de como analisá-los sistematicamente e, então, apresentar suas conclusões de tal modo que convença os outros cientistas de sua validade” (BECKER, 1999, p. 48).

Este autor ainda considera que existem outros problemas nas investigações realizadas por meio de observação participante, tais como: credibilidade dos informantes, relacionada a mentiras ou omissões por parte dos sujeitos (*real versus boato*), alterando acontecimentos que ocasionem distorções de informações por vaidade ou conveniência, por exemplo; declarações espontâneas ou dirigidas, referentes às conversas em grupos e em diálogos entre observador e observado, as quais estão sujeitas à espontaneidade da fala do indivíduo ou a uma pergunta dirigida pelo pesquisador. Por conseguinte, surgem questões sobre o grau de veracidade da declaração, se esta é a mesma na presença e na ausência do observador; e, por fim, sobre a equação grupo-informante-pesquisador, se o comportamento de um membro do grupo pode ser um, quando sozinho com o observador, e outro, na presença do grupo.

Quando Cortes (1998) afirma que o observador participante compartilha, ativamente, das atividades com os sujeitos pesquisados e se relaciona com eles, igualmente salienta que neste ponto há o risco de o observador ser absorvido pelo objeto observado. Diante disso, alguns autores questionam tal técnica investigativa, visto que pode haver mais intervenção no campo do que pesquisa, pois o observador encontra-se completamente inserido em campo.

Esta mesma autora do mesmo modo considera que, “além das dificuldades óbvias de acesso e aceitação pelo grupo a ser estudado, um sério problema que a observação participante enfrenta é a relação de “objetividade” do pesquisador” (CORTES, 1998, p. 24). Em outras palavras, quanto maior a participação, maior é o risco do pesquisador se envolver em demasiado com o grupo.

Por sua vez, Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998) atribuem outros problemas relacionados à observação, tais como abarcar somente determinado limite temporal e espacial, já que vão existir fatos que incidirão externamente ao período de coleta de dados, e, com isso, não serão registrados; trata-se de uma técnica que gera ônus econômico, uma vez que do pesquisador é exigida uma grande carga horária em campo; e requer acuidade para proceder à interpretação dos dados observados. Todavia, os autores também revelam que nenhuma destas desvantagens oferece grandes riscos à execução das pesquisas qualitativas, levando-se em conta seus pressupostos e características.

Os dados oriundos da observação são alcançados por meio do acesso a documentos, narrações de acontecimentos, visualizações de fatos ocorridos ou diálogos estabelecidos com

os indivíduos do grupo social analisado, além de conterem anotações referentes às manifestações subjetivas do pesquisador, sejam emoções ou ideias suscitadas pelo campo.

Sendo assim, durante as atividades da pesquisa participante, o investigador, concomitantemente à coleta de dados em campo, deve proceder ao registro minucioso de todos os fatos presenciados por meio de escrita detalhada, tanto dos fatos objetivos, quanto das impressões e reações relacionadas àquilo que foi observado (LEOPARDI, 2002). Em outras palavras, todos os dados obtidos por meio de observação devem ser anotados em um instrumento denominado, convencionalmente, diário de campo, o qual, mais comumente, se configura na forma de um caderno em que o pesquisador faz anotações de próprio punho.

O diário de campo contempla duas partes, segundo Lüdke e André (2007): a descritiva e a analítica. A primeira contempla a descrição dos sujeitos, a reconstrução dos diálogos, a descrição do local, dos eventos especiais e das atividades, e o comportamento do observador. A segunda parte considera as reflexões analíticas e metodológicas, dilemas éticos e conflitos, mudanças na perspectiva do observador e esclarecimentos que vierem a ser necessários.

Segundo Malinowski (1975, p. 40), é necessário observar e anotar cuidadosamente:

(a) como os processos investigados se organizam na prática e como funcionam; (b) quais as incongruências entre o que é dito ao pesquisador nas entrevistas [...] e o que é feito; (c) como se processam as relações hierárquicas, as relações entre pares e entre opostos; (d) quais são os símbolos e sinais significativos para a pesquisa, que estão sendo emitidos e naturalizados no cotidiano da observação.

Em relação ao exposto, nota-se a intensa complexidade em se colocar em prática, de forma correta e livre de equívocos, os métodos e metodologias de pesquisa, especialmente, quando se trata dos estudos de caráter qualitativo, e, sobretudo, pela diversidade no processo de *modus operandi*, concernentes a estes estudos. Consequentemente, é preciso que o investigador qualitativista esteja atento ao rigor científico, mas, antes de tudo, desenvolva competência intelectual e operacional para lidar, coerentemente, com os meios selecionados para efetivar seu estudo e capacidade relacional para com os sujeitos os quais farão parte dele. Tudo isso é demonstrado pela forma como o pesquisador realiza as entrevistas, as observações em campo, as anotações dos dados e a relação que mantém com os indivíduos que aceitam integrar o *corpus* da investigação.

4.4 Procedimentos metodológicos anteriores à coleta de dados e coleta de dados propriamente dita

Múltiplas são as minúcias do trabalho de campo desde a elaboração do projeto até a finalização da pesquisa. Assim sendo, após os apontamentos teóricos acerca da metodologia empregada nesta investigação, em seguida, são tecidos comentários respectivos ao passo a passo dos trâmites bioéticos e institucionais, além da descrição dos procedimentos referentes à coleta de dados na UTI Adulto do HUSM.

4.4.1 Sobre a entrada em campo

De posse das autorizações necessárias, referentes aos trâmites éticos e institucionais¹², iniciou-se o contato com os integrantes da equipe da UTI Adulto. Depois da fase exploratória, ou seja, após os primeiros impactos do trabalho de campo, estabelecimento dos primeiros contatos e primeiras visitas à equipe da unidade, deu-se início à entrada no campo.

É relevante mencionar que a pesquisadora já possuía contato anterior com o campo e alguns sujeitos, visto que realizou estágios curriculares e extracurriculares na UTI Adulto durante o curso de graduação, além de ter desenvolvido outra pesquisa no mesmo ambiente.

Em um momento inicial, tentando-se impetrar uma nova aproximação com os sujeitos que trabalham na unidade, de maneira pessoal e individual, foram explanados os objetivos da pesquisa e a metodologia a ser aplicada, sobretudo para médicos e enfermeiros. Ao mesmo tempo, foram deixadas uma cópia do projeto de pesquisa e uma da Carta de Aprovação fornecida pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/UFMS no arquivo da secretaria da unidade, para que os membros da equipe pudessem acessá-lo, se assim o desejassem.

Como preconiza Minayo (2008), a entrada em campo seguiu, basicamente, os seguintes passos: apresentação da pesquisadora; menção do interesse e importância da pesquisa; apresentação da credencial institucional¹³; explicação dos motivos da pesquisa; justificativa da escolha do entrevistado e garantia dos seus direitos, dentre outras questões. Igualmente foram sanadas as dúvidas que, ocasionalmente, surgiram em relação à pesquisa.

Turato (2008) destaca que o modo como o pesquisador entra no campo é fundamental para a realização do estudo, pois, se feito de maneira adequada, poderá amenizar possíveis

¹² Os aspectos éticos e institucionais são explicados, detalhadamente, no item 4.9.

¹³ Foi fornecido um crachá de pesquisadora pelo setor de Recursos Humanos do HUSM, a fim de permitir a livre entrada desta no hospital.

resistências dos sujeitos. Durante a fase de aculturação e ambientação, como denomina o autor, é mandatório que o pesquisador frequente, por algumas vezes, o campo a fim de se ambientar com a dinâmica do *setting*, onde, *a posteriori*, será desenvolvida a coleta de dados. Assim foi feito.

Dada, pois, a reaproximação com o campo e com os sujeitos de pesquisa, evento que transcorreu por cerca de oito dias alternados, do final do mês de abril ao início de maio de 2009, foram iniciadas as etapas subsequentes para a realização da coleta de dados propriamente dita: a observação participante e as entrevistas focalizadas.

4.4.2 Sobre os sujeitos e as entrevistas

O convite à participação na pesquisa foi realizado por meio de contato pessoal, com cada um dos médicos e enfermeiros, durante o período de entrada no campo, e também concomitantemente à realização da observação. Neste primeiro momento, no intuito de obter a concordância dos sujeitos em integrar o *corpus* da investigação, foi explanado o projeto e a maneira como as atividades seriam desenvolvidas.

O convite à participação de médicos e enfermeiros na pesquisa foram efetivados aleatoriamente, seguindo as escalas de serviço, a partir do momento no qual os sujeitos já se sentiam à vontade com a presença da pesquisadora em campo. Ademais, levaram-se em conta as idades e tempos de serviço dos profissionais, visto que seria interessante pesquisar aqueles que possuíam tempos de serviço variados em intensivismo. Não foi seguida nenhuma ordem rígida pré-estipulada para convidá-los, mas, sim, levou-se em consideração o andamento das atividades, o cargo exercido pelos profissionais, a disponibilidade para integrar o *corpus* do estudo e a sua manifestação de interesse pela pesquisa. No entanto, não foi possível contatar a totalidade da população de estudo, uma vez que alguns profissionais, por questões de escalas de plantão (alguns faziam somente plantões eventuais) e períodos de férias.

As entrevistas foram efetivadas por meio de agendamentos, feitos, pessoalmente ou por telefone com os profissionais, para ajustar os melhores horários e datas, com vistas a não prejudicar o fluxo das atividades laborais da UTI. Cabe, no momento, salientar que as entrevistas foram realizadas em locais distintos, os quais preservaram a privacidade dos sujeitos, tais como a sala de reuniões da UTI (oito entrevistas), quarto de estar médico da unidade (duas), sala de prescrições médicas da Unidade de Clínica Médica I (uma), sala de atendimento da Clínica da Dor (uma) e sala anexa à Unidade de Cardiologia Intensiva/UCI (uma), todas situadas nas dependências do HUSM.

Momentos antes da realização das entrevistas foram explicitados, novamente, de forma breve, os objetivos da pesquisa, bem como o porquê do uso do gravador de voz. Sobre a gravação das entrevistas, Turato (2008) defende que tal procedimento permite ao entrevistador estar completamente livre para prestar total atenção ao que o entrevistado fala, registrando, integralmente, todas as palavras, frases, entonações de voz e todo o conteúdo presente na fala. Além disso, este procedimento parece não afetar, significativamente, a naturalidade e a espontaneidade do sujeito, não gerando problemas quanto à coleta dos dados durante as entrevistas.

Por conseguinte, com a prévia autorização do entrevistado, as falas foram armazenadas em gravador digital do tipo *mp3 player* e transcritas logo em seguida, visando à manutenção da integralidade das falas e à privacidade dos sujeitos.

Ao aceitarem se integrar à pesquisa, os sujeitos tiveram, de forma clara e objetiva, os seus principais direitos enumerados. São eles: anonimato; privacidade; sigilo; livre escolha (autonomia) em participar ou não do estudo; direito de retirar o seu consentimento em qualquer período do desenvolvimento deste sem sofrer represália ou quaisquer prejuízos pessoais ou institucionais à sua pessoa; e direito de receber respostas a todas as dúvidas relacionadas à pesquisa que, ocasionalmente, viessem a aparecer. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; APÊNDICE A) especificou todas estas questões, além de outras tão relevantes quanto. Este instrumento foi assinado pela pesquisadora, seu professor orientador e o sujeito pesquisado, configurando-se em duas vias: uma que permanece de posse da pesquisadora e a outra, do sujeito participante.

Como preconiza a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS; BRASIL, 1996), é preciso, para garantir o devido respeito à dignidade do ser humano, formalizar o TCLE, pois toda pesquisa apenas poderá ter andamento depois do consentimento livre e esclarecido dos sujeitos que, por si e/ou por seus representantes legais, exprimam concordância em participar do estudo. Como assinala Goldim (2000), a assinatura do referido termo é um processo que propende, prioritariamente, proteger o respeito à pessoa humana, com base no reconhecimento de sua autonomia e na garantia de sua livre escolha, após ter sido, apropriadamente esclarecida e informada a respeito de todas as opções disponíveis em relação à pesquisa.

Para nortear a entrevista focalizada foram preparados eixos norteadores que guiaram o seu desenvolvimento, tais como: paciente terminal e investimento excessivo; relato de experiências profissionais com pacientes terminais; experiências pessoais em relação à

terminalidade da vida; boa morte ou morte digna; o “SPP”/“SIR”/“ONR”¹⁴; tomada de decisão em relação às situações de conflito entre investir e não investir; legislação pertinente ao tema; registro das decisões; papel da equipe nesse contexto; paciente terminal, morte e formação acadêmica; e uma hipotética situação sobre o que pensariam ou fariam se um parente próximo estivesse fora de possibilidades terapêuticas (APÊNDICE B).

Em relação às entrevistas, no contexto das pesquisas clínico-qualitativas aliadas aos estudos das representações sociais, Turato (2008, p. 276-277) afirma que desde a criação do instrumento de coleta de dados até a elaboração da pergunta ao sujeito, o investigador que emprega a representação social faz questionamentos ao entrevistado acerca de um tema de

contornos restritos, esperando que este traga idéias que lhe foram interiorizadas a partir do material processado no grupo, enquanto o investigador da pesquisa clínico-qualitativa interroga sobre a vivência referente a um fenômeno que comporta uma amplidão de significações referidas pelo entrevistado, considerando de modo enfático ter havido uma livre associação de idéias processadas no seu interno pessoal. No primeiro caso, o entrevistador se atém ao estudo de questões de interesse seu, enquanto pesquisador, apresentando-lhe teoricamente a quaisquer pessoas com o objetivo de saber o que elas pensam [...], sem que necessariamente elas sejam acometidas diretamente pelo problema-alvo do estudo. Na segunda situação, as questões são levadas ao entrevistado à medida que ele vivencia e lida pessoal e diretamente com o fenômeno investigado [...], trazendo ansiedades e angústias.

No transcorrer das entrevistas, e anteriormente a elas, constatou-se que alguns profissionais demonstraram grande interesse em dialogar sobre a temática. Até mesmo foi possível identificar depoimentos emocionados pautados em histórias pessoais e profissionais sobre a conflitante coexistência com o paciente terminal.

As entrevistas foram realizadas de modo a possibilitar aos entrevistados exporem suas ideias livremente, sem perguntas pré-estabelecidas, visto que se baseou nos eixos norteadores anteriormente explicitados. Além disso, como explicita Jodelet (2005), nos fenômenos relacionados às representações sociais, a comunicação, ou a fala, é primordial, visto que a própria transmissão da linguagem é portadora de representações e significações.

A duração das entrevistas foi variável e dependeu do desejo do sujeito em discorrer mais, ou menos, sobre o assunto. Levaram, em média, 55 minutos, variando entre 25 e 85 minutos. Os enfermeiros desenvolveram menos o assunto, por meio de entrevistas mais sucintas, perfazendo em torno dos 30 minutos, enquanto que os médicos falaram por cerca de 60 minutos, em média. Tal fato se deve, talvez, à menor disponibilidade de tempo dos enfermeiros, claramente verbalizada por eles antes das entrevistas, uma vez que permanecem

¹⁴ Estas siglas, comumente utilizadas em instituições hospitalares, significam “Se Parar, Parou”, “Sem Indicação de Ressuscitação” ou “Sem Investimento Recomendado” e “Ordem de Não Ressuscitar”, respectivamente.

grande parte do tempo dedicados a afazeres técnico-administrativos, sobretudo quando há apenas um enfermeiro na unidade. Portanto, praticamente limitados às atividades obrigatórias, dispõem de pouco tempo disponível para outras atividades.

Outro possível fator limitante do tempo de duração das entrevistas pode estar preso às incertezas em relação ao conhecimento sobre terminalidade de vida e distanásia, uma vez que determinados enfermeiros demonstraram ansiedade em abordar o assunto, especialmente porque o mesmo também seria perguntado aos médicos. Nesse ponto, presumidamente, teriam vindo à tona elementos que denotam questões do saber médico *versus* o saber da enfermagem, e suas diferenças e divergências, fato que não é alvo da presente investigação.

Por outro lado, a dinâmica diurna do trabalho médico na UTI Adulto do HUSM é distinta da enfermagem, pois sua presença é solicitada quase que somente em momentos de intercorrências com os pacientes ou em se tratando de alguma questão administrativa. Isto porque, durante os dias de semana, os residentes estão presentes na unidade e realizam seu trabalho sob supervisão do médico plantonista. Por sua vez, o médico plantonista noturno, que não conta com o auxílio dos residentes, permanece sozinho na unidade.

Como esclarecido anteriormente, utilizou-se a técnica de saturação de dados oriundos das entrevistas. Nesse ponto, após terem sido efetivadas 10 delas, observou-se o início da repetição das ideias centrais dos dados coletados. No entanto, para efeito de ratificação das informações, ainda foram realizadas mais três entrevistas. Dessa forma, de posse de conteúdo satisfatório, proveniente de 13 entrevistas, oito de médicos e cinco de enfermeiros, deu-se por encerrada a coleta de dados.

Em se tratando do processo de triangulação dos dados, este procedimento ocorreu da seguinte maneira: de posse das informações obtidas durante as observações em campo, juntamente com as das entrevistas, buscou-se cruzar os dados alcançados por ambas as técnicas a fim de relacioná-los tanto em suas convergências, quanto divergências. As primeiras, sem dúvida, foram significativamente maiores. Em sequência, durante e após a finalização da coleta de dados, tanto por meio das observações quanto pelas entrevistas, iniciaram-se as fases referentes à análise de conteúdo, explanada mais adiante. Nesse processo, inicialmente foram categorizados e subcategorizados os conteúdos das falas dos sujeitos. Em seguida, depois de delimitadas as categorias, a estas foram incorporados exemplos de acontecimentos observados na UTI. Em consequência, os resultados da presente investigação são apresentados, discutidos, analisados e interpretados conjuntamente, a fim de aproximar as falas dos médicos e enfermeiros com os fatos observados, ou, em antítese, evidenciar possíveis ambivalências entre o que foi dito e o que era realizado.

4.4.3 Sobre a observação participante

Após a reaproximação inicial com o campo, iniciaram-se os procedimentos associados à observação participante, com início na manhã do dia 26 de maio de 2009 e término na manhã do dia 24 de agosto do mesmo ano.

A observação foi realizada antes, durante e depois das entrevistas, nos três turnos de trabalho da unidade, ou seja, matutino, vespertino e noturno, em todos os dias da semana, em dias consecutivos, ou ocasionalmente alternados, perfazendo um total de 76 turnos e completando, aproximadamente, 450 horas de observação. Este procedimento foi desenvolvido em períodos de tempo variáveis, na dependência da dinâmica de trabalho e qualidade dos dados fornecidos durante o período de coleta. Ou seja, nos dias em que os dados se mostravam mais ricos, na dependência do estado de saúde (gravíssimo, com risco iminente de morte) ou avançado processo de morrer de um determinado paciente, a pesquisadora permaneceu em campo por até cerca de dezoito horas ininterruptas.

Os fatos a serem observados foram delineados de acordo com os objetivos desta investigação, ou seja, reações e sentimentos da equipe frente ao paciente terminal e morte do paciente; reações e sentimentos frente à obstinação terapêutica; convívio profissional com os pacientes terminais e com aqueles em estado grave, com prognóstico de morte em breve; conflitos e discussões durante as tomadas de decisão sobre investir ou não no doente terminal; registro das decisões e papel da equipe neste contexto, dentre outras questões pertinentes à temática em estudo que, por acaso, surgissem.

Assim sendo, tendo em vista os temas que constituem o objeto desta investigação, como afirma Minayo (2008), foram efetivadas observações referentes a conversas informais, comportamentos, gestos, expressões, crenças, hábitos, usos, costumes, os quais, dentre outros fatores, constituem o quadro das representações sociais.

Dessa forma, foi metodicamente observada a equipe que desempenhava seu trabalho na UTI, como forma de complementar os dados obtidos durante as entrevistas. Dentre os profissionais observados, além de médicos e enfermeiros, estavam os fisioterapeutas, nutricionistas, técnicos de enfermagem, funcionários da limpeza e manutenção da unidade, secretária, alunos da graduação (cursos de Medicina, Enfermagem e Fisioterapia), que estavam presentes durante os estágios ou no desempenho das atividades de bolsa de trabalho. E, também, foram observados os próprios pacientes internados na UTI, de modo especial aqueles fora de possibilidades terapêuticas. Estas pessoas (outros profissionais, estudantes, pacientes etc.) não foram delimitadas, *a priori*, como sujeitos da pesquisa, contudo foram

observadas a partir do momento em que interagiam com médicos e enfermeiros e abordavam questões que se relacionavam com o presente estudo.

Assim sendo, eventualmente, foram observados pacientes, sobretudo durante os cuidados proporcionados pela equipe, e também familiares durante os horários de visitas. Nesse ponto, atentou-se para os diálogos mantidos entre estes e os membros da equipe, especialmente durante a comunicação do óbito. Nesta última ocasião, a pesquisadora solicitava, previamente, o consentimento do médico para que pudesse participar desse processo. Por vezes, já acostumados com a presença da pesquisadora na UTI, os próprios profissionais tomavam a iniciativa de convidá-la a participar de determinadas situações relacionadas ao tema do estudo.

O caráter participante da observação produziu-se de diversas formas. A pesquisadora procurou envolver-se (até certo ponto) com o trabalho da equipe, a fim de aumentar a sua aproximação com os membros desta, auxiliando, muitas vezes, os enfermeiros e a equipe de enfermagem nos seus afazeres técnicos.

Durante o período de observação, também se participou, de modo frequente, dos *rounds*¹⁵ realizados pela equipe, mas compostos, mormente, pelo médico plantonista e pelos residentes, ocasiões, durante as quais se pôde obter grande quantidade de dados referentes às decisões e conflitos de conduta para com o paciente terminal. Os *rounds* são reuniões que, além do caráter técnico, possuem um caráter educacional e são chefiados pelo médico de plantão do turno. Os médicos residentes avaliam e evoluem os pacientes que estão sob seus cuidados, no princípio da manhã, e, por volta das 11 horas, o *round* inicia-se, terminando cerca de uma hora depois. Raramente é realizado à tarde, ou não é realizado, visto que é um procedimento imprescindível para o bom andamento da rotina de cuidados na unidade. Nessas reuniões são apresentados todos os casos dos pacientes internados na UTI e sua evolução clínica diária a fim de serem discutidas, iniciadas, reavaliadas ou retiradas as condutas terapêuticas adotadas *a priori*.

Normalmente, quando há três médicos residentes na UTI no mês, cada um se responsabiliza por três pacientes. Dessa forma, o residente apresenta cada um dos seus casos e os discute com o restante da equipe, especialmente com o médico de plantão, o qual, por vezes, é chamado de “professor” pelos colegas recém-formados. São discussões enriquecedoras, à medida que possibilitam que todos os participantes possam discorrer a respeito das decisões sobre a conduta que será realizada. As discussões mais acaloradas são,

¹⁵ *Round*, neste contexto, não foge muito da tradução original da palavra (rodada), porque diz respeito à sequência de reuniões realizadas pela equipe da UTI.

certamente, aquelas vinculadas ao fim da vida, ocasiões nas quais, eventualmente, ocorrem algumas discordâncias entre investir, ou não, no paciente terminal. Este fato será detalhado, posteriormente, durante a apresentação dos resultados.

Assim sendo, participou-se, de forma ativa, ora como pesquisadora, ora como enfermeira, ora como ambas, do cotidiano laboral da UTI no intuito de desenvolver uma adequada integração com a equipe e, sobretudo, com os sujeitos que seriam entrevistados.

Quanto ao registro dos dados observados, este foi efetuado em um diário de campo, que se configurou em um caderno com cerca de 160 páginas manuscritas. Neste diário de campo, como afirma Minayo (2008), são registradas todas as informações não advindas das entrevistas formais, como já explanando.

As anotações se basearam em visualizações de fatos ocorridos e narrações de acontecimentos, diálogos, atitudes e comportamentos dos membros da equipe, acessos a documentos e registros, todos descritos detalhadamente. As anotações contemplaram as partes descritiva e analítica, conforme já mencionado, segundo Lüdke e André (2007). Na primeira parte foi contemplada a descrição dos sujeitos, local, acontecimentos e atividades presenciados, além do comportamento e sentimentos da própria observadora. A segunda parte, de cunho analítico, considerou as reflexões relacionadas aos fatos notados, mudanças na perspectiva da pesquisadora e esclarecimentos que, acaso, fossem necessários.

4.5 Pesquisa de campo: facilidades e contratempos

Durante o trabalho de campo, os sujeitos desenvolvem uma intensa relação de intersubjetividade e integração social com o pesquisador, como afirma Minayo (2008). No seu decorrer, especialmente no que se refere aos procedimentos técnicos para a sua operacionalização, surgiram diversas questões, sobretudo interpessoais, que ora facilitaram a coleta de dados, ora a dificultaram. Entretanto, como acontecimentos plausíveis de acontecer, estas questões não acarretaram problemas significantes na elaboração deste estudo.

Vivenciaram-se momentos de intensas dificuldades, mas também momentos de grata satisfação, de maneira especial pela integração com a equipe, mesmo que por um período curto e passageiro de tempo. Mas também existiram períodos nos quais se observaram tensões, especulações, curiosidades e risos, que, por vezes, tomaram conta do ambiente e cujo motivo era, justamente, o objeto da presente investigação.

4.5.1 Facilidades

No início, logo na entrada no campo, pôde-se contar com enorme receptividade, devido ao bom acolhimento propiciado pelos membros da equipe, de modo geral. Esta receptividade aumentou com o passar do tempo na UTI e perdurou para além da finalização das observações na unidade.

Como foi explicitado anteriormente, já se trazia conhecimento prévio do campo e sua dinâmica, além da maior parte dos sujeitos a serem estudados. Este foi o principal ponto facilitador para a efetivação da observação, uma vez que a pesquisadora permaneceria uma considerável parte da pesquisa em campo. Dessa forma, o bom relacionamento interpessoal foi positivamente relevante para a coleta dos dados durante as semanas que se passaram.

Outro ponto importante a ser destacado é o fato de a equipe, salvas algumas exceções, mostrar-se envolvida na pesquisa ou interessada pelo assunto. De modo especial, os médicos contratados, os quais se mostraram, muitas vezes, disponíveis espontânea e voluntariamente a abordar a temática estudada. Por vezes, até mesmo solicitavam a realização da entrevista. Apesar de ser considerado um assunto de poucas palavras, alguns profissionais, eventualmente, abordavam a temática concernente à morte e processo de morrer com a pesquisadora nas mais diferentes situações. A dúvida era: isso seria demonstração de interesse pelo tema ou seria, tão somente, um desejo de poder falar, abertamente, sobre angústias ou desabafos com alguém externo ao local de trabalho?

Como pesquisadora, sentia-se satisfação pela realização deste estudo quando tais fatos aconteciam, uma vez que se podia notar que a sua presença em campo não estava, pelo menos explicitamente, embaraçando a dinâmica da unidade ou incomodando a vida dos profissionais que lá trabalham. Outro exemplo: quando a pesquisadora se ausentava por um ou dois dias, logo em sua chegada, um ou outro profissional aproximava-se para indagar: “por que você não veio ontem?”, “esqueceu da gente?”, “achei que você não ia mais voltar!”, e assim por diante. Estas perguntas advinham, sobretudo, dos médicos e técnicos de enfermagem.

A flexibilidade de horários dos médicos também foi um ponto positivo. Tal fato ocorre porque a dinâmica do seu trabalho dentro da UTI do HUSM é distinta da enfermagem, como antes comentado.

O período de observação foi ricamente repleto de dados. Este fato foi até mesmo comentado, declaradamente, pelos profissionais, como algo positivo para a pesquisa, visto que proporcionou a obtenção de um número considerável de informações. As discussões geradas, as atitudes, as conversas e as situações vivenciadas compuseram-se em fatos que colaboraram

densamente para a aquisição de dados sobre elementos que pudessem responder à questão norteadora desta pesquisa.

4.5.2 Contratempos

Um dos fatores que tolheram, de certo modo, a coleta de dados foi o período de férias dos profissionais no qual as entrevistas foram realizadas. Dessa forma, tornou-se deveras complicado realizá-las em momentos que, por exemplo, havia um único enfermeiro no turno em que, se não fosse período de férias, haveria dois. Cabe salientar que foi oferecido aos profissionais realizar a entrevista em local externo à UTI. Todavia, os mesmos preferiram que tudo fosse feito na unidade, como forma de facilitar o andamento das atividades.

Com os médicos contratados, aconteceu, relativamente, a mesma coisa. Devido a esses fatores, ocorreu um significativo atraso na execução das entrevistas, retardando a análise de alguns dados. Quanto aos médicos residentes, há, durante o segundo ano de residência, o período de estágio optativo fora do HUSM, comumente realizado em Porto Alegre, no qual os residentes já iniciam um contato mais íntimo com a próxima residência, da subespecialidade. Estes contratempos dificultaram o contato com alguns dos profissionais, e, com isso, foram postergadas algumas entrevistas.

Por sua vez, a escassez e/ou impossibilidade de horários de alguns enfermeiros limitou bastante a coleta de dados, fato que, em um determinado momento, tornou-se impossível proceder a algumas entrevistas. Desse modo, houve enfermeiros, que, mesmo afirmando aceitar integrar o *corpus* dos entrevistados, ou mencionando que ainda tinham dúvidas sobre sua participação, não conseguiram disponibilizar tempo para tal.

Contemporaneamente, um fato inédito ocorrido em pesquisas de campo, acredita-se, foi o surto de gripe *Influenza A H1N1*¹⁶, que incidiu sobre a cidade de Santa Maria, com o primeiro caso confirmado do Brasil. Este fato gerou enorme estresse entre a equipe (e também na pesquisadora), devido às muitas interrogações relativas à doença, ao grau de transmissibilidade e altos índices de mortalidade em adultos jovens. A equipe encontrava-se

¹⁶ A epidemia brasileira de gripe *Influenza A H1N1* teve início em junho de 2009, quando uma jovem proveniente do interior do Rio Grande do Sul foi internada na UTI Adulto do HUSM com grave insuficiência respiratória e piora progressiva do quadro. Ela permaneceu um mês internada. O estresse gerado pelo contato frequente das autoridades da Secretaria Estadual de Saúde, por exemplo, acarretou grande inquietação na equipe e modificou, a olhos vistos, a dinâmica de trabalho na unidade. Poucos dias depois da internação, a menina completou seus 15 anos na UTI, fato que comoveu a equipe, fazendo-a refletir, em alguns momentos, sobre os sofrimentos e angústias gerados pela morte da criança e do jovem, especialmente em um momento no qual a imprensa fazia tanto sensacionalismo com base no caso.

bastante apreensiva, nervosa, ansiosa, e, durante as entrevistas, inclusive, apareceram falas que identificaram a jovem internada em estado grave e o seu risco de morte.

Com isso, obrigatoriamente como medidas de controle de contaminação e transmissão do vírus *Influenza A H1N1*, por determinação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) do HUSM, foi requerido que se diminuísse o fluxo de pessoas circulantes na UTI. Tal fato fez a pesquisadora refletir e reavaliar a necessidade de sua presença tão constante na unidade. No início do surto, continuou-se em campo, mas, no decorrer dos dias, com o aumento da epidemia, após a chegada de novos casos na UTI e pelo perigo iminente de contágio e transmissão, optou-se por diminuir a frequência da presença em campo. O que, de fato, sucedeu, mas sem provocar prejuízos maiores à coleta de dados.

Estes acontecimentos geraram na pesquisadora certa consternação pelo atraso na coleta de dados, sobretudo nas entrevistas, além do receio de se adoentar. Ao mesmo tempo, pelo ritmo de coleta de dados em campo, evidenciou-se uma relativa fadiga, que se deu gradativamente, após as várias horas e semanas de presença durável em campo.

4.6 Processo de análise, discussão e interpretação dos dados: análise de conteúdo

As pesquisas qualitativas, caracteristicamente, originam um montante acentuado de dados a serem organizados e analisados. Este difícil processo é elaborado por intermédio de uma contínua busca, com vistas a identificar, segundo o objeto de estudo, as dimensões, categorias, tendências, convergências e divergências, além de padrões e/ou relações entre os dados obtidos, no intuito de revelar-lhes seu significado. Este é um processo “complexo, não-linear, que implica um trabalho de redução, organização e interpretação dos dados que se inicia já na fase exploratória e acompanha toda a investigação”, como afirmam Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998, p. 170).

O processo de análise de dados, juntamente com a discussão e a interpretação destes, foi orientado pela técnica de análise de conteúdo, de Bardin (2008). Esta técnica é considerada por vários autores como, talvez, a mais utilizada em investigações qualitativas, sendo a “expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa” (MINAYO, 2008, p. 303).

Como a análise de conteúdo considera, essencialmente, as falas dos sujeitos, segundo Bardin (2008), pode-se dizer que qualquer tipo de comunicação, configurando-se como um veículo que é transmitido de um emissor para um receptor, pode ser analisado pela técnica de

análise de conteúdo. Todavia, em se tratando da análise da representação da fala, Moscovici (2007) aponta que para representar alguma coisa ou situação não basta meramente repeti-la, devendo-se reconstituir suas características originais, aprimorar as imperfeições ou modificar seu texto para instituir um diálogo transposto entre o conceito e a percepção construídos, criando a conotação de ‘realismo’, considerando-se o psiquismo individual e social.

Em complemento, Bardin (2008) pondera que para proceder ao estudo da representação de um fato deve-se apreender o que está nas entrelinhas, o não dito é considerar a fala além da (muitas vezes enganosa) veracidade das palavras e das atitudes do interlocutor. Ademais, é preciso ir além, analisar o social e o individual e a mútua relação e interposição entre ambos. Não satisfaz apenas distinguir o indivíduo, é preciso considerá-lo dentro um grupo social, em um contexto de múltiplas facetas e variáveis.

Nesse sentido, para Turato (2008, p. 442), “embora todas as ações humanas, incluindo o *setting* da entrevista clínico-psicológica, sejam sempre originais e únicas, isto não impede a identificação de elementos, ali ocorrentes, que guardem um grau de homogeneidade entre si e que se repetem com mais frequência”, pois o fator indivíduo não desvia o fator social e vice-versa. Assim sendo, o emprego da técnica de análise de conteúdo foi definido no intuito de não simplesmente duplicar ou reproduzir as falas dos sujeitos, mas de analisá-las de forma a reconstituir as suas significações e representações relacionadas à distanásia em UTI.

4.6.1 Um breve histórico: o desenvolvimento da análise de conteúdo

Desde que estudiosos começaram a lidar com as comunicações, busca-se compreender algo que se encontra além dos seus significados imediatos. O início da análise de conteúdo teve seu palco nos Estados Unidos e perpassa pelo desenvolvimento de instrumentos que visavam ao estudo das comunicações em alguns contextos. Ao mesmo tempo, acompanhou o crescimento dos estudos quantitativos e qualitativos de investigações empíricas e, posteriormente, observou a otimização material e operacional das suas técnicas de análise de conteúdo, as quais persistem por mais de 50 anos (BARDIN, 2008; TURATO, 2008).

Segundo Minayo (2008), em um primeiro momento do século XIX, esta técnica trouxe suas raízes e influências da hermenêutica, da retórica e da lógica. Nesse sentido, a análise de conteúdo herdou: da hermenêutica, a arte de interpretar símbolos e sinais intrínsecos à cultura e religião; da retórica, o estudo da eloquência e das modalidades de interpretação das práticas persuasivas; e da lógica, a análise do discurso e seu encadeamento, além das regras formais de raciocínio correto e coerente.

No início do século XX, até por volta de 1940, a análise de conteúdo desenvolveu-se, nos Estados Unidos, a partir dos estudos jornalísticos, de cunho quantitativo, realizados, sobretudo, na Escola de Jornalismo de Colúmbia. Com o advento da Primeira Grande Guerra, as propagandas ganharam espaço como objeto dos estudos analíticos. Nesta época, Lasswell realizou análises de imprensa e propaganda que culminaram com a obra *Propaganda Technique in the World War*¹⁷, em 1927. Ao mesmo tempo, o deslumbramento pretensioso pelo rigor matemático como parâmetro científico veio influenciar a origem da análise de conteúdo (BARDIN, 2008; MINAYO, 2008; PEREIRA, 1998).

Como descrevem Bardin (2008), Minayo (2008) e Pereira (1998), por volta de 1940, 1950, a Segunda Grande Guerra levantou vários problemas que aguçaram o desenvolvimento da análise de conteúdo, visto que nesta ocasião, foram efetivados diversos estudos (pragmáticos) de investigação política. Diversos pesquisadores, de distintas áreas, tais como Ciências Políticas, Sociologia, Psicologia etc., especializados em análise de conteúdo apareceram: Laswellk, Leites, Fadner, Goldsen, Gray, Janis, Kaplan, Mintz, Sola Pool, Yakobson, White, Baldwin, Allport, Paige, Lazarsfeld e Berelson, dentre outros. Este último autor definiu, epistemologicamente, que a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que objetiva descrever, objetiva, sistemática e quantitativamente, o conteúdo manifesto da comunicação (BERELSON, 1952 apud BARDIN, 2008; MINAYO, 2008; TURATO, 2008). Em outras palavras, os primeiros momentos da análise de conteúdo estavam engajados em pesquisas de caráter, predominantemente, quantitativo, normativo e limitado. Nesse sentido,

os marcos distintivos da técnica desenvolvida nessa época foram as análises estatísticas de valores, fins, normas, objetivos e símbolos. A preocupação da objetividade e da sistematicidade solidificou-se tendo como foco o rigor quantitativo, para se contrapor ao que os cientistas denominavam “apreensão impressionista”, numa crítica permanente às escolas etnometodológicas e interacionistas (MINAYO, 2008, p. 305).

Assim, trabalhava-se com amostras agrupadas sistematicamente e com o rigor obsessivo dos processos de validação de procedimentos, resultados e produtividade das análises elaboradas.

Em 1950, abriu-se o leque de utilização desta técnica para diversas disciplinas e nasceram várias interrogações metodológicas. Mas, no início desta década, com a convocação de diversos congressos para a realização do *Committee on Linguistics and Psychology*¹⁸, foram discutidos os problemas da época sobre a Psicolinguística. Para tanto, diversos

¹⁷ Técnicas de Propaganda na Guerra Mundial.

¹⁸ Comissão de Linguística e Psicologia.

pesquisadores e técnicos começaram a demonstrar interesse pela análise de conteúdo e novas perspectivas metodológicas começaram a aparecer, uma vez que os antigos problemas da técnica ainda não haviam sido sanados. Dessa forma, a análise de conteúdo adentra uma nova etapa em que a Etnologia, História, Psiquiatria, Psicanálise e Linguística ligam-se à Sociologia, Psicologia, Ciências Políticas e aos jornalistas no intuito de questionar as técnicas e propor novos caminhos (BARDIN, 2008). Mas, ainda, persistiram algumas divergências.

Epistemologicamente, dois “modelos” de comunicação confrontavam-se: o “instrumental”, em que o essencial não seria o que a mensagem remete à primeira vista, mas sua relação com as circunstâncias e o contexto, e o “representacional”, no qual o relevante da comunicação seria o conteúdo lexical e o pesquisador analisaria a fala por meio da mensagem que ela transmite (BARDIN, 2008; PEREIRA, 1998).

Do ponto de vista metodológico, sempre existiu polêmica entre os pesquisadores adeptos à análise quantitativa, preocupados com a frequência do aparecimento de determinadas características do conteúdo, e os favoráveis à análise qualitativa, empenhados em estudar a presença ou ausência de uma ou mais características de um fenômeno. Por outro lado, tecnicamente houve algumas mudanças depois das quais a objetividade, antes requerida, se tornou menos rígida e a combinação entre compreensão clínica e estatística, mais aceitável. Então, os investigadores passaram a compreender a análise de conteúdo com o objetivo da inferência e a formalização de categorias *standard* (BARDIN, 2008; MINAYO, 2008).

As autoras igualmente assinalam que até o início dos anos 70, a análise de conteúdo sofreu forte influência de três fatores: a informática, o interesse pelas pesquisas concernentes à comunicação não verbal e a inexecutabilidade de exatidão dos trabalhos linguísticos. Assim, o computador e o surgimento dos *softwares* possibilitaram analisar com maior rigor técnico todas as etapas dos procedimentos investigativos, especialmente das propostas quantitativistas, além de estimular a superação da dicotomia análise quantitativa *versus* análise qualitativa, impulsionando o emprego da análise de conteúdo para diversas disciplinas.

A partir da década de 1970, com a expansão ainda maior do uso de computadores e as decorrentes inovações tecnológicas, multiplicaram-se as aplicações da análise de conteúdo, alargando seu campo de atuação nas comunicações, enunciações linguísticas, conversações, documentações etc. (BARDIN, 2008).

Por sua vez, Minayo (2008) considera que, atualmente, têm-se fortificado as propostas compreensivas para a análise das falas e dos discursos, revelando, especialmente, uma nova dinâmica nos estudos das significações e representações.

4.6.2 Definições: análise de conteúdo e análise temática

De maneira geral, a análise de conteúdo apresenta a necessidade de descobrir aquilo que vai além das aparências, abordando um conjunto que reúne múltiplas técnicas para analisar as conversações, partindo-se de metodologias sistemáticas e objetivas para descrever os conteúdos das mensagens. Assim sendo, “não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações” (BARDIN, 2008, p. 33).

No campo prático, esta técnica pode, complementarmente, coexistir com duas peculiaridades: a função heurística (“para ver no que dá”) e a função de administração de prova (“para servir de prova”), a fim de se interagirem uma reforçando a outra. Ademais, a análise de conteúdo objetiva a “inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)” (BARDIN, 2008, p. 40).

Os objetivos dos pesquisadores não são uniformes, apresentando inúmeras diferenças quanto aos processos de análise e discussão dos resultados obtidos. Bardin (2008, p. 32) considera que “não existe pronto-a-vestir em análise de conteúdo, mas somente algumas regras de base, por vezes, dificilmente, transponíveis. A técnica de análise de conteúdo adequada ao domínio e ao objetivo pretendidos tem de ser reinventada a cada momento”, exceto diante de algumas questões particulares, que, neste momento, não vêm ao caso.

Mas, nesse sentido, a referida autora enfatiza que esta técnica, para ser válida, deve seguir algumas regras básicas, as quais preconizam que a análise de conteúdo deve ser homogênea (“não se mistura alhos com bugalhos”), exaustiva (exaurir a soma do “texto”), exclusiva (um componente não pode pertencer a duas categorias díspares), objetiva (codificadores distintos devem alcançar resultados análogos), adequada ou pertinente (ajustadas ao conteúdo e ao objetivo).

Além do comprometimento em observar estas regras durante a utilização desta técnica análise, segundo Minayo (2008), o investigador deve ter ciência que ainda existem distintas modalidades de análise de conteúdo para trabalhar os dados, tais como: análise lexical, análise de expressão, análise temática (ou categorial), análise de relações e análise de enunciação.

Sobre a presente investigação, esta lançou mão da análise temática para analisar os dados. Esta modalidade da análise de conteúdo relaciona-se com a afirmação referente a um determinado tema ou assunto, abarcando um conjunto de relações e podendo ser representada

por meio de uma palavra, frase ou resumo. Na concepção de Bardin (2008), o tema versa sobre a unidade de significação que, naturalmente, é enunciada através de um documento analisado, de acordo com critérios concernentes à teoria que atua como orientação à leitura. Em outras palavras, analisar um texto, tematicamente, significa descobrir os núcleos de sentido que integram a conversação, na qual a frequência, ou a ausência, de uma característica possuem algum significado para o objeto a ser analisado. No aspecto operacional, a análise temática se divide em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos/interpretação (MINAYO, 2008).

A análise temática é o tipo mais generalizado e utilizado nas pesquisas qualitativas, configurando-se, cronologicamente, como a primeira técnica transmitida pelos seus fundadores. Este tipo de técnica dá-se por meio de operações de fracionamento do texto em diversas unidades, ou “em categorias, segundo reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação do tema [...] é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos directos (significações manifestas) e simples” (BARDIN, 2008, p. 199).

4.6.3 As etapas da técnica de análise de conteúdo

Para analisar uma fala ou um documento, através de seu conteúdo, ao pesquisador cabe um “trabalho de poda”, como refere Bardin (2008), no qual é necessária a delimitação das unidades de codificação, ou de registro, ou de contexto, dependendo das condições de referência dos sentidos dos elementos a serem codificados. Desse modo, tomando como ponto de partida o *modus operandi*, a análise de conteúdo tem origem na

leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção de mensagem (MINAYO, 2008, p. 308).

Dessa forma, a técnica de análise de conteúdo estabelece três etapas cronológicas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação, como consideram Bardin (2008), Minayo (2008), Pereira (1998) e Turato (2008).

Na pré-análise, Bardin (2008) refere que são organizados os resultados obtidos, configurando-se em uma etapa intuitiva na qual objetiva-se operacionalizar e sistematizar os conceitos ou ideias iniciais, na busca de um desenho conciso das operações subsequentes do

plano de análise. Para tanto, são necessárias três missões, as quais poderão ou não seguir uma sequência cronológica: selecionar os documentos a serem estudados, estabelecer as hipóteses e objetivos e preparar os indicadores que embasarão a interpretação final. Minayo (2008, p. 316) complementa que, neste ponto, “o investigador deve se perguntar sobre as relações entre as etapas realizadas, elaborando alguns indicadores que o orientem na compreensão do material e na interpretação final”.

A “leitura flutuante” consta da primeira atividade e promove os contatos iniciais do pesquisador com os documentos obtidos em campo, a fim de conhecê-los, permitindo-se invadir pelo seu conteúdo. Consecutivamente, a leitura vai configurando-se com maior precisão, à medida que as hipóteses forem emergindo (BARDIN, 2008; MINAYO, 2008).

Estas autoras preconizam que a seleção dos documentos pode já estar delineada anteriormente ou, com base em um objetivo pós-determinado, pode ser efetivada *a posteriori* formando um *corpus* de documentos a serem analisados. Este passo deve seguir algumas características, tais como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Em seguida, a formulação e reformulação de hipóteses configuram-se na retomada da fase pré-exploratória, tratando da elaboração de uma “afirmação provisória” (ou mais de uma) que o pesquisador propõe-se a confirmar durante a análise dos dados. Todavia, não é mandatório que se possuam diversas hipóteses anteriores à análise dos dados, visto que algumas análises são efetivadas “às cegas”, sem quaisquer ideias pré-formadas.

Por fim, a preparação do material trata da “edição” do mesmo, a qual pode ocorrer desde o “alinhamento dos enunciados intactos, proposição por proposição, até à transformação linguística dos sintagmas, para padronização e classificação por equivalência” do material obtido (BARDIN, 2008, p. 127). Na etapa seguinte, de exploração do material, é cumprida a implementação sistemática das determinações adotadas, *a priori*, desde que a pré-análise tenha sido construída de maneira coerente e clara. Esta etapa pode se tornar extensa, exaustiva, maçante, visto que são numerosos os procedimentos de codificação, decomposição ou enumeração.

No processo de codificação, ocorre a “transformação” dos dados brutos do documento analisado, através de recorte, agregação e enumeração, proporcionando ao pesquisador “uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices” (BARDIN, 2008, p. 129). A autora afirma que a codificação se organiza com base em três passos: o recorte (seleção das unidades de registro), a enumeração (a seleção das regras de contagem dos índices e unidades de registro) e a classificação e agregação (eleição das categorias).

Nesta etapa pré-analítica, como consideram Bardin (2008) e Minayo (2008), são apontadas as unidades de registro ou as unidades de contexto. As primeiras constituem-se em unidades de significação correspondentes a um determinado conteúdo a serem codificadas, com vistas à categorização. Estas unidades de registro podem ser baseadas em palavras, temas, frases, objetos ou referentes, personagens, acontecimentos ou os documentos em si. Por outro lado, as unidades de contexto correspondem a segmentos da mensagem que exibem dimensões (que se encontram além das unidades de registro), as quais permitem compreender a significação exata da unidade de registro.

Bardin (2008, p. 131) complementa que “fazer uma análise de conteúdo consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” pelo pesquisador. Em sequência, o passo seguinte da segunda etapa da análise de conteúdo configura a categorização, procedimento que não se faz mandatório, porém é empregado na maioria dos estudos que utilizam esta técnica. A categorização constitui-se na disposição dos elementos em grupos, com base em características semelhantes (unidades de registro), identificados por meio de títulos que sintetizam, de certa forma, as características presentes nestes elementos. Em complemento, Minayo (2008) assegura que nesta etapa procede-se à classificação do conteúdo do documento, no intuito de atingir seu núcleo de compreensão, reduzindo-o a palavras e expressões significativas.

A categorização, para Bardin (2008), pode obedecer aos seguintes critérios: semântico (fundamentado em categorias temáticas), sintático (fundamentado em verbos, adjetivos etc.), léxico (distinção das palavras de acordo com seu sentido, a sinonímia e os sentidos aproximados) e expressivo (como, por exemplo, quando se trata de algum elemento expressado pelo sujeito). A presente investigação, depois de seguir todos os passos anteriormente descritos para proceder à análise dos dados obtidos, utilizou-se da categorização semântico-léxica, a fim de delinear suas categorias.

A última etapa, demonstrando, ainda, as raízes positivistas da análise de conteúdo, caracteriza o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Nesse ponto, os dados brutos são tratados a fim de se tornarem válidos e significativos, para que o pesquisador possa sugerir inferências e dar início às suas interpretações, de acordo com os objetivos da investigação ou com base em achados inesperados (BARDIN, 2008; MINAYO, 2008).

Em se tratando da inferência, Bardin (2008, p. 41) enfatiza que

se a *descrição* (a enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária e se a *interpretação* (a significação concedida a estas características) é a última fase, a inferência é o procedimento intermédio, que vem permitir a passagem, explícita e controlada, de uma à outra.

A autora também assinala que a inferência, também conhecida como dedução ou operação lógica, pode buscar respostas a dois padrões de problemas: o que causou ou desencadeou determinado enunciado? E quais as consequências ou efeitos que este enunciado, possivelmente, poderá originar? Assim sendo, pode-se inferir, tomando por ponto de partida a procedência (emissor e seu contexto) ou o receptor (destinatário da comunicação).

Nessa última etapa, a inferência promove a intercessão da descrição e características das falas e da interpretação e significação concedida a estas características. Em outras palavras, nesse momento, “não se trata de atravessar significantes, para atingir significados, [...] mas atingir através de significantes, ou de significados [...], outros significados de natureza psicológica, sociológica, política, histórica etc.” (BARDIN, 2008, p. 43).

Entretanto, a técnica de análise de conteúdo pode ser falível. Para Minayo (2008), a análise de conteúdo clássica apresenta uma tímida competência explicativa, pois sua principal crítica reside no foco no discurso do sujeito, o que poderia restringir a elucidação dos dados. O grande realce atribuído à fala como material de análise acabaria por modificar a questão da descoberta e da validade em uma forma de manejar os instrumentos utilizados. Assim sendo,

o material [...] é arranjado como um *corpus*, isto é, como um conjunto sistematizado e fixo, privilegiando-se tudo o que pode se constituir em sistema de signos a serem decifrados. Dessa forma, não entram em pauta o processo de tomada de decisão no campo e nem no contexto da ação analisada. As entrevistas (ou comunicações em geral) costumam ser vistas em bloco, perdem sua autoria, e o jogo dos “significantes em cadeia” passa a ser o foco da compreensão (MINAYO, 2008, p. 352).

A seu tempo, Turato (2008, p. 445) adverte os pesquisadores quanto ao número de categorias e, sobretudo, de subcategorias, para que os mesmos se limitem neste aspecto, uma vez que, de maneira equivocada, “o autor poderá partir megalomaniacamente a querer contemplar o maior número possível de assuntos abordados nos discursos dos entrevistados”, ou seja, o pesquisador deve conter-se a uma quantidade adequada de categorias, no intuito de promover a compreensão da análise dos resultados do seu estudo.

Dessa forma, há uma disposição natural de o pesquisador emaranhar diversas categorias e subcategorias, podendo desencadear uma complexa e árdua operacionalização da análise e discussão dos resultados. E quanto mais detalhistas forem as categorizações, mais riscos o pesquisador poderá ficar “paralisado” diante de tantos dados, pois “se o autor se

dispuser a discutir tudo, o trabalho de tese não terá fim” (TURATO, 2008, p. 448). Ademais, as ideias originadas das categorias e sua interligação com o objeto de estudo poderão se tornar de difícil compreensão para aquele que ler o trabalho.

4.7 Considerações éticas: trâmites éticos e institucionais

Para dar início à operacionalização do presente estudo, foram necessários diversos procedimentos sequenciais e imperativos à sua efetivação. Primeiramente, após o exame de qualificação do projeto¹⁹, realizado em dezembro de 2008, o mesmo foi registrado junto ao Gabinete de Projetos (GAP), do Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH) da UFSM.

Em seguida, apresentou-se o projeto na Direção de Ensino Pesquisa e Extensão (DEPE), dando entrada ao protocolo de registros de acompanhamento de projetos e autorização institucional no HUSM (ANEXO A). Posteriormente, este protocolo foi pessoalmente conduzido às chefias médica e de enfermagem da UTI Adulto para a obtenção de suas autorizações, com o objetivo de iniciar a coleta de dados na unidade. Obtidos os seus consentimentos, retornou-se à DEPE, a fim de dar continuidade ao processo protocolar.

Em seguida, após a aprovação da DEPE, o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, através do processo nº 23081.003329/2009-11. O projeto de pesquisa foi aprovado sob o registro CAAE²⁰ de número 0031.0.243.000-09, expedido no dia 20 de abril de 2009 (vide Carta de Aprovação do CEP – ANEXO B).

Os princípios éticos foram inteiramente respeitados e embasados nos ditos da Resolução nº 196/96, do CNS (BRASIL, 1996), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Dessa forma, pretendeu-se, de maneira íntegra e lícita, proteger os direitos dos participantes envolvidos na pesquisa, considerando-se os aspectos apontados pelo *Council for International Organizations of Medical Sciences*²¹, tais como: respeito pela pessoa, beneficência, justiça, participação voluntária, recusa a participar do estudo ou retirar seu consentimento sem sofrer prejuízos, fornecimento de explicações acerca de todas as fases da pesquisa e sua duração, comprometimento de *feedback* dos resultados para a unidade pesquisada, dentre outras questões (CIOMS, 2002).

¹⁹ A banca de qualificação do projeto foi composta pelo professor Dr. Alberto Manuel Quintana, professoras Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck e Dra. Maria de Lourdes Denardin Budó e pelo professor Dr. Leocir Pessini.

²⁰ Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.

²¹ Conselho para Organizações Internacionais de Ciências Médicas.

Os entrevistados receberam informações sobre o objeto e os objetivos da pesquisa e suas participações somente integraram este estudo mediante o consentimento livre e esclarecido, formalizado, individualmente, por meio do TCLE (APÊNDICE A), conforme determina a Resolução nº 196/96, do CNS (BRASIL, 1996). Este documento foi entregue em duas vias: uma permanecerá de posse do participante e outra, dos pesquisadores, ambas assinadas pelo sujeito e pelos pesquisadores, como já explicitado.

Entende-se que os sujeitos contemplam o benefício de serem pessoas e profissionais capazes de fornecer dados relevantes para a concretização do estudo, contribuindo, assim, para uma nova edificação de conhecimento. Saliencia-se que os mesmos não sofreram, ou sofrerão, repercussões institucionais ou danos pessoais ou profissionais por integrarem esta pesquisa, não gerando, dessa forma, riscos importantes em relação à sua participação. Contudo, poderiam sentir-se desconfortáveis ao rememorar e falar sobre situações emocionalmente desgastantes de sua vida, ou sentirem-se cansados, constrangidos ou incomodados ao serem observados durante seu trabalho na UTI.

Por outro lado, a participação nesta investigação não trouxe (e talvez não trará) benefício direto ao participante, mas contribuirá para os estudos referentes à fase terminal da vida, de modo a suscitar reflexões sobre esse período tão complexo.

O sigilo dos sujeitos está preservado por meio da adoção de códigos para identificação das falas, a fim de manter sua privacidade, através das siglas ENF, MED e RES para enfermeiros, médicos e residentes, respectivamente, seguidos de números, os quais auxiliarão na identificação das falas dos sujeitos, como, por exemplo, MED1, MED2, ENF1, ENF2, RES1, RES2, e assim sucessivamente.

Os arquivos contendo as entrevistas, no formato de áudio *mp3*, estão armazenados em mídia digital e permanecerão arquivados em CD-ROM até a data de defesa da presente Dissertação e entrega do relatório final ao CEP, ocasião na qual serão deletados. As transcrições serão guardadas por mais cinco anos, a partir da data citada, sob responsabilidade do professor orientador e da pesquisadora. Após esse período, serão definitivamente destruídos. Para os fatos observados durante as atividades rotineiras da UTI, registrados no diário de campo, foi também garantido o anonimato e a confidencialidade dos participantes. Este diário também será destruído em cinco anos.

Os dados, depois de analisados, serão divulgados em periódicos e eventos científicos, ficando os pesquisadores comprometidos com a entrega do relatório final para a instituição que forneceu o campo de estudo.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: ANÁLISE, DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO

A presente investigação proporcionou a compreensão sobre as representações sociais de médicos e enfermeiros sobre a distanásia em UTI. Observaram-se múltiplos fatores que levam médicos a insistirem na terapêutica curativa do paciente terminal e enfermeiros a continuarem prestando o cuidado intensivo a estes pacientes.

Os elementos mais potentes na construção das representações sociais da distanásia, nesse sentido, relacionam-se à negação e ao afastamento da morte, de maneira geral, e conseqüentemente, à falta de um preparo acadêmico adequado para o cuidado paliativo; às dificuldades de tomadas de decisão sobre diagnóstico e prognóstico do paciente fora de possibilidades terapêuticas e às divergências entre os profissionais sobre até que ponto deve-se investir, ou não, no paciente com mau prognóstico.

Dentre os fatores decisivos sobre a conduta frente à terminalidade de vida estão as atitudes dos familiares. Estes, mesmo conscientes das condições reais dos pacientes e dos prognósticos desanimadores, relutam contra a morte do ente querido e, com isso, promovem discursos insistentes para que a equipe ofereça tratamento excessivo no âmbito da UTI, diante de pedidos para se “fazer tudo o que possível”, no sentido de não deixar que a morte ocorra.

Ao mesmo tempo, a distanásia acontece pela ausência de uma legislação específica sobre os limites de tratamentos, que podem ser dispensados ao paciente que sofre de uma patologia incurável.

Esta pesquisa proporcionou a percepção de que, durante o processo de morrer e morte, os profissionais de saúde, motivados pelos objetivos intrínsecos a cada profissão, significam diferentemente este processo, uma vez que seus afazeres e sua maneira de proporcionar o cuidado são realizados de forma distinta. Isto, se pensado tecnicamente. Por outro lado, os profissionais estudados, enquanto seres humanos, significam e constroem suas representações

sobre o processo de morrer, morte e investimento excessivo no paciente terminal de forma semelhante, quando estas significações e representações são meditadas à luz de sentimentos, vivências e reações que tais eventos desencadeiam.

Nesse sentido, Jodelet (2005) afirma que estas variáveis relacionadas às representações são amparadas em valores socialmente mutáveis, uma vez que são formadas a partir de significações pertinentes a determinados grupos sociais. Igualmente são construídas com base em conhecimentos pregressos, intensificados por circunstâncias, ao mesmo tempo, sociais e particulares, processos estes essenciais durante a elaboração representativa. Tais circunstâncias encontram-se diretamente integradas aos sistemas de pensamento mais amplos, tanto ideológicos quanto culturais, a uma determinada condição dos conhecimentos científicos, à categoria social e à experiência privada e afetiva atinentes a cada pessoa.

5.1 Caracterização dos sujeitos

Como apontado anteriormente, oito médicos e cinco enfermeiros concederam entrevistas à pesquisadora, e, com base nos elementos constantes da primeira parte do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE B), os profissionais caracterizam-se da seguinte maneira, como demonstram os gráficos que se seguem.

Os sujeitos integrantes do *corpus* da pesquisa, os quais totalizam 13, caracterizam-se por serem sete do sexo masculino e seis, do feminino, e suas idades variam entre 21 e mais de 51 anos, conforme ilustram os gráficos 1 e 2, respectivamente. Como se pode observar, no quesito sexo dos sujeitos há uma quantitativa semelhança. No entanto, as suas idades variam consideravelmente, de modo específico, de 24 a 55 anos.

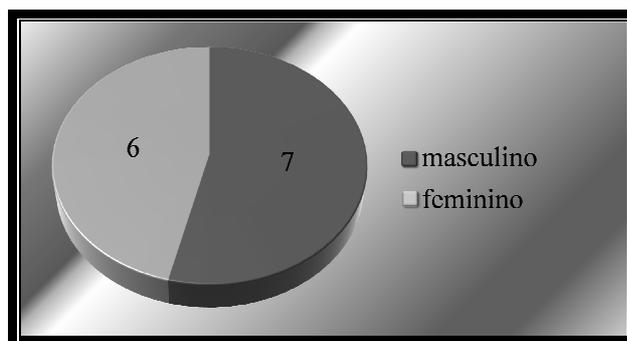


Gráfico 1 – Distribuição, por sexo, de médicos e enfermeiros da UTI Adulto/HUSM participantes da pesquisa. Santa Maria, 2009.

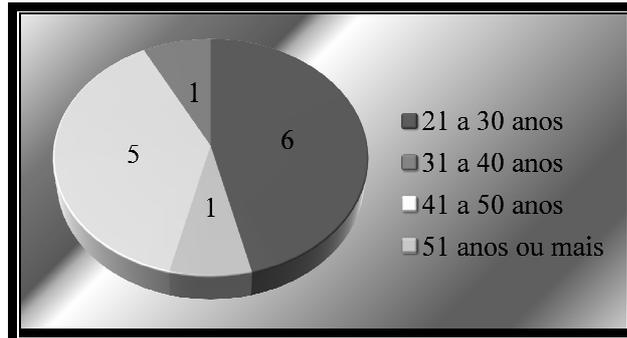


Gráfico 2 – Distribuição, por idade, de médicos e enfermeiros da UTI Adulto/HUSM participantes da pesquisa. Santa Maria, 2009.

Com relação à profissão, os médicos totalizam oito dos sujeitos e os enfermeiros são cinco. A atuação dos médicos na UTI apresenta o caráter “médico contratado”, que são cinco, e o de “médico residente”, que são dois, conforme observado no gráfico 3, a seguir.

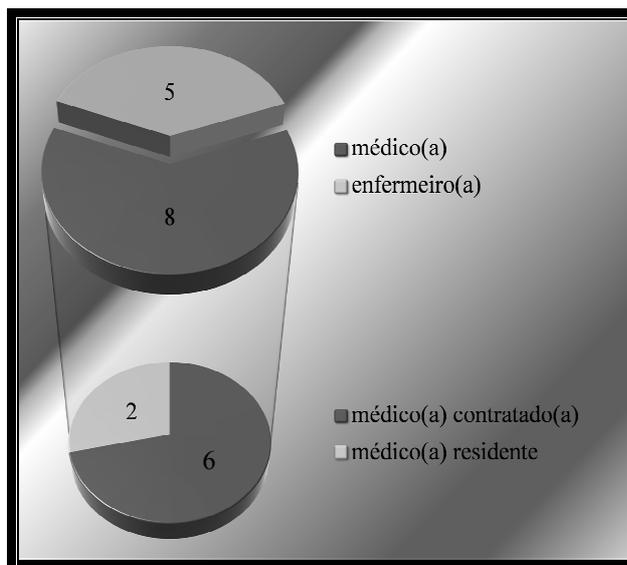


Gráfico 3 – Distribuição, por profissão e atuação, de médicos e enfermeiros da UTI Adulto/HUSM participantes da pesquisa. Santa Maria, 2009.

Quanto ao tempo decorrido desde a formação acadêmica, os profissionais exibem as seguintes características: três formaram-se há menos de cinco anos (um deles, há menos de um ano); três, entre cinco e dez anos; um formou-se há cerca de dez a 15 anos; dois concluíram a graduação entre 15 e 20 anos; dois, entre 20 e 25 anos; e, por fim, dois profissionais formaram-se há mais de 30 anos, conforme demonstra o gráfico 4.

Em se tratando do tempo durante o qual os médicos e enfermeiros trabalham no âmbito intensivista, seis deles exercem este tipo de atividade há menos de cinco anos; três, entre cinco e dez anos; um, entre dez e quinze anos; dois, de 15 a 20 anos; e, por fim, um profissional trabalha em intensivismo há mais de 30 anos (gráfico 5), o que mostra ampla variedade de tempo, no que diz respeito à experiência em UTI dos profissionais entrevistados.

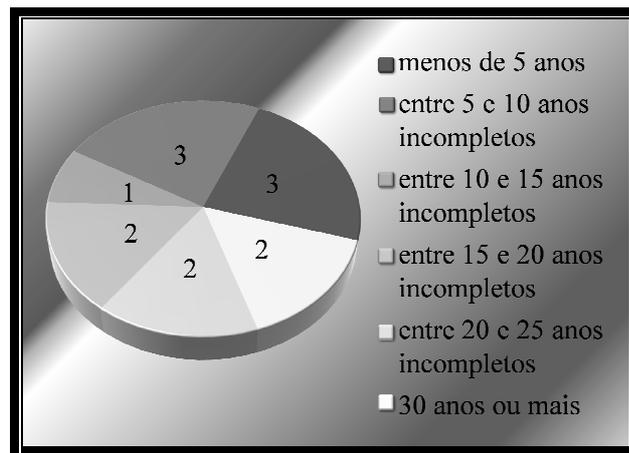


Gráfico 4 – Distribuição, por tempo decorrido desde a formação acadêmica, de médicos e enfermeiros da UTI Adulto/HUSM participantes da pesquisa. Santa Maria, 2009.

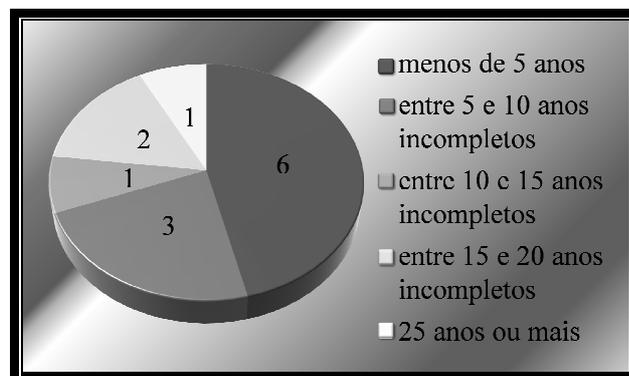


Gráfico 5 – Distribuição, por tempo de atuação em intensivismo, de médicos e enfermeiros da UTI Adulto/HUSM participantes da pesquisa. Santa Maria, 2009.

Por sua vez, com relação ao período de tempo que os profissionais trabalham na UTI Adulto do HUSM, sete integram esta equipe há menos de cinco anos; três, de cinco a dez anos; dois trabalham na unidade há cerca de dez a 15 anos, e apenas um profissional exerce suas atividades no referido local há mais de 15 anos, como se observa no gráfico 6.

No que diz respeito ao quesito religião dos médicos e enfermeiros respondentes, declaram-se católicos sete deles; espíritas, três; um se declarou evangélico luterano; um afirmou ser agnóstico; e um alegou não adotar nenhuma religião em especial (gráfico 7).

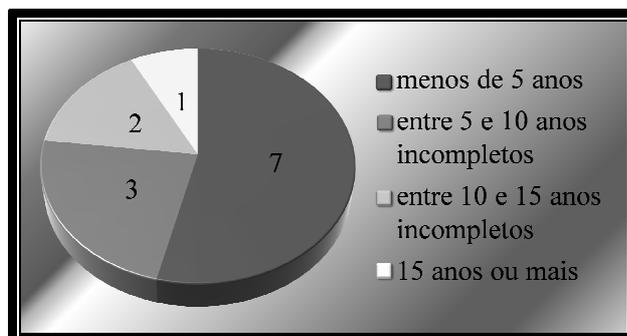


Gráfico 6 – Distribuição, por tempo de atuação na unidade estudada, de médicos e enfermeiros na UTI Adulto/HUSM participantes da pesquisa. Santa Maria, 2009.

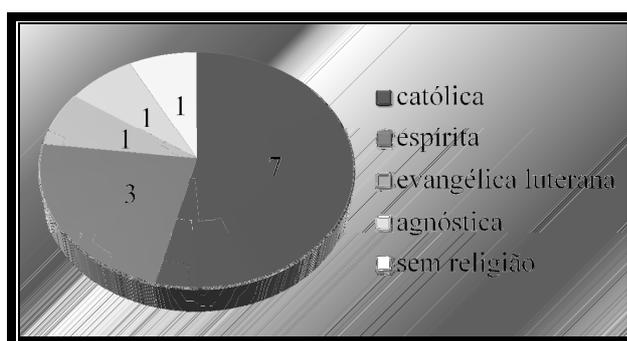


Gráfico 7 – Distribuição, por religião, de médicos e enfermeiros da UTI Adulto/HUSM participantes da pesquisa. Santa Maria, 2009.

Como se pôde observar por meio da caracterização dos sujeitos que integraram a presente investigação, há uma significativa heterogeneidade de fatores relacionados à idade, tempo de trabalho e atuação em intensivismo e tempo de atuação na UTI Adulto do HUSM, além de se declararem de distintas religiões. Tais diferenças são de grande valia, uma vez que podem gerar uma importante riqueza dos depoimentos, visto que as representações sociais são construídas a partir de diversos elementos da vida social e particular, elementos estes que advêm da esfera pública e adentram o ser enquanto indivíduo pertencente a um determinado contexto social.

5.2 Categorias: ideias centrais das representações sociais de médicos e enfermeiros sobre distanásia na UTI

Partindo dos dados coletados, emergiram nove categorias e oito subcategorias, edificadas através do processo de categorização das falas dos sujeitos, e, igualmente, a partir das observações efetuadas no contexto da UTI. Todavia, ao considerar que não é objetivo desta investigação quantificar a ordem nem a frequência com que ocorreram as unidades de registro, e sim, compreender as representações dos aspectos estudados, optou-se por não apresentar as categorias e subcategorias na sequência como surgiram, mas, sim, analisá-las com base em um encadeamento lógico de pensamento estruturado, partindo-se das falas dos sujeitos e das observações realizadas em campo.

Em sequência, as nove categorias e oito subcategorias elencadas são as seguintes:

- ❑ A formação acadêmica;
- ❑ A complexa convivência com a morte e o processo de morrer: sentimentos e mecanismos de defesa;
- ❑ Espiritualidade e religiosidade;
- ❑ A distanásia acontece;
- ❑ Os pedidos obstinados da família;
- ❑ As complexidades das tomadas de decisão, que abrange quatro subcategorias:
 - “A escolha de Sofia”;
 - Na dúvida, se investe;
 - Divergências de conduta;
 - Mas... Até quando investir?
- ❑ “Corrida de bastões”;
- ❑ O receio das repercussões éticas e legais, subdividida em duas subcategorias:
 - O Código de Ética Profissional e o Código Penal;
 - Registros: ausência e eufemismos;
- ❑ Anseios de boa morte para si e para a família, da qual emergiram duas subcategorias:
 - “Eu gostaria de ficar em casa. Só isso. Com a minha família”;
 - E se fosse um familiar...

Dessa forma, após listar todas as categorias e subcategorias, estas são discutidas, analisadas e interpretadas a seguir.

5.2.1 A escolha da profissão e a formação acadêmica

Os médicos e enfermeiros articularam comentários a respeito dos motivos pelos quais escolheram seguir suas carreiras. A opção pela futura profissão, que, às vezes, perdura por toda a vida, é imposta ao jovem estudante, muitas vezes, ainda na adolescência, um período no qual este vivencia grandes transformações físicas e psíquicas. Dessa forma, a pressão pela decisão do curso universitário apresenta um grande fardo psicológico para o vestibulando, visto que nesta fase os sonhos são reais e a realidade pode, ainda, significar algo inconceito.

Ademais, como assinalam Backes et al. (2006), as decisões em relação à escolha profissional trazem em seu bojo diversos conflitos psicológicos relacionados à aptidão ou vocação do futuro graduando, e, do mesmo modo, suas capacidades, aspirações e, de forma especial, o desejo de delinear e implementar, nos anos seguintes, um projeto de vida.

Para Moreira et al. (2006), o estudante de medicina adentra a universidade repleto de sonhos, fantasias e com um importante ideal: tornar-se um profissional bem sucedido, conceituado, estimado e admirado. Todavia, o percurso até a formação acadêmica completa é difícil, pois, além da infinidade de conteúdos a serem estudados e estágios a serem realizados, acarreta diversas frustrações, sofrimentos, angústias e medos, que, em muitos casos, não são resolvidos neste período.

Em seus estudos sobre o processo de significação de estudantes do curso de medicina diante da escolha profissional, Azeredo (2007) e Moreira et al. (2006) constataram que a escolha pela profissão é representada, além de outros motivos, pelo desejo pessoal de ajudar e ser útil às pessoas, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida àqueles sob seus cuidados, além do desejo de aprender habilidades técnicas para curar e salvar vidas.

A construção dos significados da profissão enfermagem, a partir da percepção dos vestibulandos deste curso, edifica-se na forte convergência para ajudar o próximo, para cuidar do outro, uma vez que “o profissional é motivado por uma força intrínseca, capaz de satisfazer o seu ego mais profundo de ir à busca do outro” para auxiliá-lo nas suas necessidades (BACKES et al., 2006, p. 2). Por conseguinte, proporcionar o cuidado suplanta todos os costumes que restringem os afazeres de profissionais de saúde a apenas biologicismo técnico e rotineiro das instituições.

Dessa forma, as representações sobre a distanásia perpassam, e são construídas, dentre outros motivos, por meio de um núcleo de intenso cunho humanitário, com vistas a salvar vidas, fato que pode ser notado nas seguintes falas:

“... foi [a partir de] uma reportagem que eu li que mostrava uma semana dentro de um hospital. E eu gostei, tinha umas entrevistas que falavam de uns casos bem graves, bem interessantes, e como os pacientes ficaram depois. E o que podia fazer pra ajudar. [...] tu escolhe a medicina pra ajudar as pessoas, pra salvar” (RES 1).

“O principal que me encanta é ver que tu consegue ajudar, auxiliar as pessoas. Inclusive tu vê as pessoas entrando super mal no hospital e saindo felizes, faceiras. Essas são as coisas que mais me encantam” (ENF 4).

“... é uma formação familiar de sempre ajudar o próximo. E eu enxerguei na medicina uma maneira de exercitar esse tipo de filosofia de vida” (MED 5).

Assim sendo, os valores e as significações de médicos e enfermeiros atribuídos às suas profissões são movidos pelo desejo de ajudar, curar, salvar. Um profissional da saúde constrói suas representações por meio do anseio em curar a doença e dirimir os males, sobretudo os físicos. E planejam sua carreira a partir de tais desejos. Todavia, ao adentrar na universidade, os sonhos nem sempre se tornam aquilo que foi almejado. O contato inicial com o paciente, sobretudo nos semestres iniciais dos cursos biomédicos, causa grande ansiedade aos acadêmicos, visto que lidar com o ser humano é uma tarefa complexa, e lidar com o outro em situações de fragilidade torna-se ainda mais difícil, especialmente, porque traz diversos temores originados pela inexperiência prática e pela dificuldade em iniciar as relações com os pacientes (MOREIRA et al., 2006).

Com o decorrer das atividades acadêmicas e com o transpor dos semestres do curso, o acadêmico começa, por vezes, a se sentir gratificado por seus esforços quando percebe que o paciente passa a confiar os seus cuidados àquele jovem estudante que ainda não tem em mãos um diploma, encerra muitas dúvidas de origem técnica e teórica e apresenta certa insegurança para se aproximar e manter um contato verdadeiro e ativo com o paciente. Mas um dos fatores mais importantes do cuidado acontece nesta fase: o aprendizado para se comunicar com o outro que se encontra fragilizado. E nesta etapa, seguramente contrária ao seu futuro de trabalho excessivo e pouco tempo ocioso disponível, o estudante dispõe de tempo para conversar. Fato que, além de ser imprescindível para o paciente, é deveras importante também para o acadêmico:

“Na hora que eu entrei no hospital, que a gente começou a ver paciente, começou a ter contato, que tu começa do nada com uma conversa, tu chega pra uma pessoa estranha e consegue tirar as coisas que ela tem pra te contar e tu consegue ganhar a confiança dela, isso aí foi um momento crucial. Eu pensei: ‘bah! É o que eu gosto, é o que eu quero fazer mesmo!’” (RES 2).

Dessa forma, o contato inicial com o paciente é notadamente marcante na vida do profissional de saúde. No entanto, como se pôde observar, se estes profissionais são formados

com base no desejo de curar e salvar, e também de instituir uma comunicação com o paciente para alcançar tal meta, onde está o cuidado quando não se pode mais salvar?

O *glamour* das profissões biomédicas não oferece lugar a este cuidado para o morrer, na aspiração dos jovens, visto que em apenas uma das entrevistas apareceu o desejo de aliviar o sofrimento como forma de também ajudar a salvar, podendo melhorar a qualidade de vida no processo de morrer. Eis a fala:

“... [tinha] vontade de atuar, de atenuar o sofrimento. [...] É isso que move o jovem, o adolescente a querer ingressar na carreira médica” (MED 3).

Com isso, o processo de formação acadêmica, o qual deveria ser edificado de forma universalista e holística, primando o cuidado em todas as fases da vida (morrer também faz parte da vida) tem sua construção desestruturada pelas lacunas que este ensino provoca. Assim, segundo a concepção dos profissionais entrevistados, na graduação de enfermagem e de medicina, e acreditando-se que o mesmo pode ocorrer com os cursos afins, não se ensina nem se instrumentaliza o estudante para a atuação profissional na terminalidade da vida.

Zaidhaft (1990) afirma que o primeiro contato do aluno de medicina com a morte se dá nas aulas e laboratórios de Anatomia, e este fato dá início à elaboração de mecanismos de defesa que serão fundamentais para a porvindoura profissão. Paiva, nesta ocasião, um sentimento de onipotência, de poder absoluto, formados pela relação de um ser ativo, forte (o aluno) e um ser inerte, passivo (o cadáver), no qual o paciente ideal, desde cedo, já é projetado, pois este não reclama, apenas acata as decisões médicas. Ademais, o aluno não se identifica com aquele cadáver, tão diferentes que são. Então, para que se preocupar? Para que estudá-los?

No que diz respeito à ausência de ensino em relação à morte, porque este evento, justamente, desafia a onipotência humana e os profissionais de saúde, os mesmos somente são ensinados a cuidar da vida. Desse modo, a maioria dos cursos de graduação não apresenta, em sua grade curricular, uma disciplina que ministre tal temática de forma não tecnicista e biologicista. Não existe espaço para a discussão das dificuldades e subjetividades do graduando, os quais, muitas vezes, ouvem frases do tipo “não chore, você não pode chorar, nem demonstrar seus sentimentos na frente do paciente” (BRÊTAS, OLIVEIRA e YAMAGUTI, 2006, p. 478).

O referido fato pôde ser observado durante as discussões em *round* na UTI sobre as condutas a serem oferecidas aos pacientes terminais. Em nenhum momento, os acadêmicos, fossem de medicina ou de outros cursos, teceram qualquer tipo de comentário a respeito do

tema. Permaneciam calados. Foram instrumentalizados para exercerem seu papel na unidade com base na realização de exames físicos, análise de resultados laboratoriais, preenchimento de fichas e evoluções dos pacientes, auxílio aos residentes e médicos, dentre outros afazeres técnicos. Os estudantes estavam presentes, quase que diariamente, nos *rounds*, mas não eram ensinados a lidarem com as situações de terminalidade nem eram ouvidos quanto a isso.

Segundo Vianna e Piccelli (1998), a maioria dos alunos de medicina, especialmente nos semestres iniciais (fase pré-clínica), assim como residentes e professores, exibe grande dificuldade em falar sobre a morte, fato que os leva a evitar o tema tanto quanto possível. Todavia, o que se pôde perceber na UTI é que se os profissionais, antes, como graduandos, tinham mais dificuldades em falar da morte no início do curso, isso não quer dizer que, com o desenvolver deste curso, eles vão adquirindo uma maior facilidade para abordar o tema. Assim sendo, infere-se, segundo as entrevistas e as observações efetivadas, que, se tal fato ocorresse, tornar-se-ia cada vez mais fácil abordar os temas relacionados à finitude humana, e, após a formação acadêmica essas dificuldades esvaeceriam. O que, de fato, não ocorre.

Esta assertiva pode ser demonstrada na fala de uma enfermeira direcionada à pesquisadora, logo no primeiro dia de observação em campo. Após ouvir as breves explicações sobre o assunto da pesquisa, a mesma disse: *“não vai me dizer que você tá escrevendo sobre morte de novo! Guria, você vai acabar morrendo assim!”* Apesar da jocosidade na fala, nota-se que a hesitação em abordar o assunto, criada desde a academia, transcende o temporal e segue pelo cotidiano profissional.

Entretanto, a morte, um evento presente de maneira contínua no ambiente hospitalar, faz com que, voluntariamente ou não, o graduando, por si só, muitas vezes, tente aprender a lidar técnica e emocionalmente com o “paciente morridor” (MENEZES, 2001). Todavia, em antítese, este aprendizado nem sempre acontece, como afirmam os seguintes enfermeiros e médicos:

“Sobre morte?! [...] Nunca. Em medicina não se fala sobre morte. Só se fala sobre cura. [...] tem seis anos de formação e não tem nenhuma matéria sobre morte. Como se nós só curássemos pacientes, como se não perdêssemos ninguém” (MED 4).

“... a faculdade inteira, tu não aprende a cuidar, dar conforto pro paciente, tu aprende a tentar salvar! [...] acho que eu nunca tive nada sobre isso. [...] eu nunca tive [aula] sobre paciente terminal, morrer, morte” (RES 1).

“... na universidade, a gente conversa muito pouco sobre o paciente terminal. Na verdade, quando a gente é acadêmico, a gente tem uma visão de que tá sendo formado pra vida e não pra morte. E não é bem assim! [...] Depois de alguns anos de formado, a gente vê que realmente falha muito na cadeira” (ENF 2).

“... a gente tem, desde o início da nossa formação, essa quase que uma obrigação moral de preservar a vida. [...] Nunca ouvi uma palavra sobre isso! [...] a gente não recebeu nenhuma instrução formal, não teve nenhuma aula sobre isso. Jamais! Em nenhum momento!” (MED 1).

Segundo Zaidahft, (1990), no curso médico é, consecutivamente, realizada uma “vacinação” contra a morte, e o acadêmico tem a obrigação de incorporar este modelo, além de aprender como se portar e gerenciar suas emoções perante a morte e o sofrimento do outro. Como se nota nas falas, pode-se dizer que dentro das escolas biomédicas existe um currículo oculto em que não se fala sobre morte, muito menos sobre paciente terminal, mas, de uma forma ou de outra, se aprende.

Nesse ponto, o currículo oculto é identificado como sendo um conjunto de práticas e métodos utilizados, resultantes de um ensino não previsto ou não pretendido explicitamente, configurando-se em um subproduto do currículo acadêmico que possui um conjunto de fatores modeladores de aprendizagens não acadêmicas e não mensuráveis nos alunos. Tal currículo associa-se a um contexto social no qual o ensino e aprendizado têm lugar, mas, ainda assim, os estudantes alcançam modos de pensar, normas sociais e princípios de conduta pela sua prolongada exposição a um determinado ambiente ou temas, e não como um conteúdo explícito que integre o processo de ensino-aprendizagem (GONÇALVES, 1997).

A autora segue afirmando que o tema “ocultado” é encarado como processo e também como produto, associado tanto à causa como ao efeito. Quanto aos efeitos, formam-se, por esta via, ideias, representações sociais e crenças, edificam-se significados de uma consciência relativizada, criam-se disposições, atitudes, hábitos, concepções e expectativas, adquirem-se formas de socialização e se faz, em boa parte, uma organização de valores. Por conseguinte, pode-se inferir que, devido à forte ação modeladora do currículo oculto, as práticas originadas por ele constituem um quadro de “culturas de aprendizagem” predominantes na graduação que deve ser urgentemente transformado. Pois, como ensinar e discutir um tema tão complexo como a morte se este é ocultado pelos próprios professores?

A formação acadêmica continua arraigada em esquemas lineares de ensino, construídos por uma pedagogia médica biologicista milenar composta basicamente por disciplinas como Anatomia, Fisiologia e terapêutica, as quais, com o advento da modernidade da medicina contemporânea e suas descobertas, foram somadas à Farmacologia, Genética, Imunologia e Clínica, dentre outras áreas, com o intuito de se complementarem no tratamento de uma patologia de um determinado órgão ou de exames paraclínicos (MEYER, 2002).

Em complemento, Nogueira, Oliveira e Pimentel (2006, p. 4) consideram que os profissionais da saúde são orientados a fornecerem a cura por meio de “recursos interventivos de caráter técnico e medicamentoso, tendo como objetivo o tratamento necessariamente voltado para salvar ou prolongar a vida; eles reforçam, na prática cotidiana, a importância do conhecimento do corpo como objeto de conhecimento”, fato que deturpa, de certa forma, o cuidado universal ao ser humano, visto que este não é meramente biologicista.

Por esse motivo, pode-se deduzir que, enquanto os paradigmas pedagógicos dos cursos da área da saúde não se adequarem à necessidade de instrumentalização dos estudantes em consequência da demanda dos pacientes, durante o processo de aprendizagem dos alunos e durante todo o futuro profissional, os médicos e enfermeiros continuarão a construir suas representações sociais sobre a distanásia a partir da negação da terminalidade da vida, e ainda sofrerão com as dúvidas concernentes ao “*know how*” a ser implementado nesta fase.

Por sua vez, Pessini (2001) lembra que a medicina possui três objetivos clássicos: salvar e prolongar a vida, promover e manter a saúde e aliviar a dor e o sofrimento. Ao defender os dois primeiros, o profissional da saúde deve levar em conta que a morte pode ser adiada, mas não inteiramente derrotada. Tratando-se do terceiro objetivo, a ciência médica deve ter a consciência de reconhecer seus limites de atuação e de reconhecer que algumas vidas (ou mortes) podem ser controladas por um determinado tempo, mas não todas.

Nesse momento, pode-se perguntar: tais concepções são ensinadas aos estudantes de medicina e de enfermagem? E se são, por que eles continuam a se esquivar dos pacientes que estão morrendo? Concorde-se com o referido autor, no que se refere ao reconhecimento dos limites do profissional. Para tanto, os cursos de graduação devem preparar-se, adequadamente, para lidar com esse tipo de situação com vistas não somente aos aspectos curativos, mas aos aspectos psicológicos e humanísticos da atuação profissional.

Uma fala se mostrou bastante conveniente nesse sentido, demonstrando uma autorreflexão sobre o ensino e o trabalho com a morte:

“... a gente tem a ilusão de que assumindo uma ciência biológica que lida com a vida, com a doença, a gente tá imune a ela. O que é um grande engano. Mas o preparo pra atender o doente terminal, o contato com a família, isso nunca foi abordado na faculdade. [...] nos Estados Unidos é quase banal, pelo menos 20 universidades contemplam isso, é Medicina e Espiritualidade, que é pra entender o paciente além do corpo físico, como um ser completo” (MED 3).

No que tange à questão apresentada pelo médico, Vianna e Piccelli (1998) apontam que a educação formal sobre morte e morrer, ou seja, um preparo realmente adequado para as

experiências com os pacientes que se encontram no fim da vida poderia ter influência muito positiva para que os alunos aprendessem a encarar o tema e aprimorar suas interações com o doente terminal, diminuindo, desta forma, os enigmas acerca do assunto. E, neste caso, o ensino apropriado auxiliaria na construção das representações dos profissionais de saúde sobre distanásia e paciente terminal, a partir do momento no qual estes se certificassem de que não estão imunes à morte nem ao convívio com o “paciente morredor”.

Existe, na fala anterior, uma ilusão de onipotência a qual, segundo Zaidahft (1990), é necessária, em determinada dose, para o exercício da medicina, visto que o fazer medicina é uma eterna busca de prestígio e transgressão de tabus. Na afinidade pelas ciências da vida existe certo domínio sobre a morte e obrigação de se defender dela, que é considerada a pedra fundamental da escolha da medicina.

A ilusão de onipotência está presente em diversas situações no âmbito hospitalar, especialmente por parte da medicina. Este sentimento é intenso e concludente de situações nas quais os profissionais não obtiveram o êxito almejado. Assim, esta postura que se instala gera sentimentos ambíguos por parte da equipe. Alguns profissionais, obstinados pela cura da doença, estarão sempre lançando mão de suas onipotências e de uma última medida terapêutica eficaz para prolongar a vida. Todavia esta ilusão de onipotência é algo presente em todas as pessoas e permeia todos os relacionamentos interpessoais, podendo desencadear desgaste, tensão e superexigência. Diante disso, as falhas, omissões e insucessos são vivenciados como acontecimentos irredimíveis, intoleráveis, os quais não podem advir, dando margem a um sentimento excessivo de culpa e autorecriminação (MALDONADO, 1978 apud BOEMER e SAMPAIO, 1997).

Analisando outro ponto de vista, sobre como é o ensino para a morte fora do Brasil, menciona-se que em 92% das universidades médicas estadunidenses existem (ou estão em processo de criação e implementação) disciplinas específicas que ministram conteúdos acerca da terminalidade de vida (STARZEWSKI JUNIOR, ROLIM e MORRONE, 2005). Em complemento, Pessini e Bertachini (2004) apontam que nos currículos dos cursos de formação de profissionais da saúde dos países desenvolvidos existe, obrigatoriamente, a disciplina de Tanatologia. As instituições hospitalares contam com a presença de profissionais especializados, os tanatologistas, para trabalharem neste campo de conhecimento, e ainda existem instituições particularizadas para o atendimento dos enfermos terminais. Diferentemente do que, talvez, ocorra aqui, como demonstrado por três alunos, que estão por volta da metade do curso de medicina. Os mesmos buscaram a pesquisadora para conversar sobre terminalidade de vida e explicaram o pedido da seguinte forma: “*a gente ficou sabendo*

que tu tá fazendo uma pesquisa sobre pacientes terminais aqui na UTI. Será que tu podia, um dia, conversar um pouco com a gente sobre isso? É que a gente não estuda isso. Tem tanto paciente terminal aqui no [hospital Y] e a gente não sabe o que fazer com ele nos estágios...”

Como se nota, é clara a dificuldade de se lidar com o paciente terminal, porque, segundo os profissionais entrevistados e observados, não os é, ou foi, ensinado como proceder técnica e psicologicamente em tal circunstância.

Esta falta de preparação profissional frente à condição de terminalidade do doente sob seus cuidados pode, muitas vezes, gerar diversos e intensos sentimentos negativos, tais como medo, ansiedade, insegurança, dor, angústia e culpa. Da mesma forma que estes sentimentos repercutem diretamente na sua vida pessoal (SADALA e SILVA, 2009), como se pode observar no seguinte relato:

“... pra mim, foi bem traumático os primeiros óbitos que tu acompanha, porque tu chega [na aula prática] [...] completamente sem noção de muita coisa e enxerga coisas que não tá preparada pra ver. Tu vê muitas pessoas sofrendo [...] e tu não tá preparada diretamente pra morte. [...] A vontade que eu tinha era sair correndo! Quando acontecia uma situação dessas, porque tu via aquelas pessoas desesperadas, eu entrava em desespero junto. As primeiras vezes foi bem complicado. Até a minha mãe não queria mais que eu fizesse faculdade, porque eu tava entrando em crise. [...] a formação acadêmica não me acrescentou em nada nesse sentido (ENF 3).

Como foi percebido, e afirmado pelos sujeitos de pesquisa, poucas vezes o aluno tem oportunidade de cuidar do paciente terminal durante a graduação, e, com isso, as dificuldades só tendem a aumentar nesse sentido. Sadala e Silva (2009) assinalam que nas escassas oportunidades deparadas, os alunos se sentem desorientados e sem apoio, pois o aprendizado, que deveria acontecer também na prática curricular, é pouco explorado durante as atividades. Este fato acaba por gerar grande dificuldade em lidar com o doente terminal, sobretudo em um primeiro contato, causando sensações que permeiam desesperança, desvalia, impotência, frustração, tristeza e angústia durante um cuidado totalmente despreparado e, conseqüentemente, ineficaz.

Por sua vez, Magalhães et al. (2007, p. 91) afirmam que as temáticas referentes à morte devem ser causa de estudo desde a graduação, com vistas a “um preparo pessoal e profissional, nos aspectos técnicos e científicos, emocional, ético e legal, de forma a reduzir o estresse e a ansiedade dos profissionais de enfermagem”, os quais coexistem cotidianamente com essas ocasiões que causam diversos tipos de sofrimento. Porque o mais difícil não é, exatamente, lidar com a morte, o mais difícil é acompanhar o paciente (vivo) que em breve morrerá (ZAIDAHFT, 1990).

Por conseguinte, o estudante recebe seu diploma ainda com o intuito de curar e salvar. Mas, como afirma Meyer (2002), é na saída da universidade que o processo de formação acadêmica se rompe brutal e permanentemente, e as lacunas da formação permanecem, especialmente em se tratando do cuidado àquele que está morrendo. Como afirmam Bertolino e Nietzsche (2008), o profissional aprende somente na prática pós-acadêmica como cuidar do doente terminal, uma vez que não usufruiu de preparo adequado na graduação. Por consequência, o profissional iniciante está sujeito a grandes dificuldades, como demonstram tais falas:

“Tu aprende fazendo. [...] tu descobrir um caminho sozinho é mais difícil. [...] Tu não ter jeito pra chegar numa família, saber quais as palavras usar... Na primeira vez, tu gagueja, na segunda vez, tu bota algumas palavras erradas, e, na terceira vez, tu já tá sabendo te virar, sabendo fazer a coisa certa” (RES 2).

“A gente aprende isso aí observando os outros colegas mais velhos. [...] muito do ensino médico é baseado na observação do exemplo dos colegas mais experientes e isso não é diferente. Então a gente vê várias posturas diferentes. E, a partir da observação, a gente julga e cria a nossa própria posição” (MED 1).

A construção das representações sociais sobre a distanásia, como se nota, perpassa pelo processo de aprendizado para cuidar do paciente terminal e para lidar com a morte, podendo ser ancorada a partir dos exemplos que outros profissionais, especialmente professores (e, no caso da residência, os preceptores), fornecem aos estudantes. O que se observa nas falas dos sujeitos é uma forma de aprendizagem que se configura por repetição, e não por reflexão sobre o que é, e como é, com relação ao que poderia ser e como deveria ser. E o ocultamento, após a sua objetivação, permanece. Há até um certo julgamento, como se nota na última fala, mas, a despeito disso, o estudante continua sua aprendizagem solitária e desprovida de diálogo com os professores ou com os “colegas mais velhos”.

O aprendizado acontece por meio de consecutivas identificações, também com os outros acadêmicos que cursam semestres mais adiantados (ou “doutorandos”, como são chamados os alunos de medicina do último ano da graduação, no local de pesquisa). Dessa forma, constrói-se, por mimetismo de atitudes observadas, a identidade profissional em que o aluno não aprende somente o *modus operandi* do professor, como também o modo de ser do mesmo. Contudo, a ideologia médica transmitida é de negação à morte, “expressa em máximas como: ‘não se envolva com o paciente’, ‘há que se ter sangue frio’, ‘para aprender é assim mesmo’, ‘se você ficar sofrendo a cada morte de paciente, você não agüenta e larga a Medicina” (ZAIDAHFT, 1990, p. 19).

Um exemplo observado na UTI, e que se relaciona com tal colocação, aconteceu no momento em que um residente, em dúvida sobre como agir, indagou ao colega médico (mais experiente) sobre como comunicar ao filho, que aguardava na antessala da unidade, a morte do seu pai, ocorrida há pouco. O residente se mostrava aflito naquele instante. O local se encontrava repleto de estudantes de medicina e residentes e a resposta do médico, em meio a risos (dos outros médicos e estudantes), foi a seguinte: *“tu vai lá, chama pra salinha, e conta a história do gato...”*²² E outro colega complementou: *“ah! E não esquece de fazer cara de triste! Tem que fazer cara de transtornado!”* O residente declinou a cabeça e saiu calado, tão ansioso (ou mais) quanto antes, sem a resposta de que precisava naquele momento notadamente angustiante para ele. Ou seja, o mesmo precisou buscar auxílio a fim de se instrumentalizar para lidar com uma situação emocionalmente desgastante e a ajuda que recebeu foi uma piada sobre uma “receita” (que não existe!) de como dar notícias ruins.

Portanto, como se percebe, durante o curso de residência não se ensina, de maneira adequada, a lidar com o processo de morte e o morrer. As falas seguintes corroboram com este apontamento:

“... nunca houve nenhuma discussão na residência sobre morrer, morte, distanásia, ortotanásia. Foram conhecimentos adquiridos por autodidática, por necessidade” (MED 5).

“Nunca tive um seminário ou uma atividade teórica a respeito disso. Nunca! Parece incrível isso, mas tudo foi autodidata! Coisas que tu lê sobre ética médica e observando, conversando com colegas mais velhos. Assim a gente chega a uma posição” (MED 1).

“... mais uma vez fica a nosso cargo, tu aprende fazendo. As discussões em *round*, às vezes só decidem se o paciente é investível ou não. Não decidem [...] a abordagem pro paciente, pra família. Simplesmente decidem, ‘ó, a esse paciente aqui vai ser dado só conforto’, mas não se decide mais nada! A gente sabe o que é conforto, analgesia, hidratação. [...] A parte teórica da coisa a gente não tem!” (RES 2).

O autodidatismo referido pelos profissionais é algo que a literatura também revela. Nunes e Sá (s. d.) afirmam que enfermeiros, assim como médicos, consideram terem sido mal preparados para acompanharem os pacientes terminais em sua trajetória derradeira de vida. E,

²² Esta história é uma conotação utilizada no meio médico como se representasse uma “receita” para comunicar situações geradoras de sofrimento nos familiares de pacientes em situações de risco de morte. Por exemplo: “o gato saiu de casa, depois subiu no telhado, estava chovendo e o telhado ficou escorregadio. Então, gato caiu. Como ele caiu, ele se machucou e ficou muito mal. Agora temos que ver se o gato vai voltar a miar.” Pensando na denotação da historinha, em outras palavras (as que seriam ditas a uma suposta família) soaria como algo assim: “você sabe que seu pai já sofria de câncer de pulmão por causa do cigarro, não é? Eu orientei que ele parasse, mas ele não me ouviu e a situação piorou quando teve que ser internado. Quando foi admitido na UTI, ele já estava em falência de múltiplos órgãos, devido ao agravamento do quadro. Mas o quadro dele só veio piorando nos últimos dias, até que hoje ele teve uma parada cardiorrespiratória. Nós conseguimos reverter. Só não se conseguiremos da próxima vez...” Ou alguma história próxima a esta.

consequentemente, foram impelidos a construir suas representações fundamentadas na experiência prática cotidiana ao longo da carreira. Todavia, sente-se grande necessidade de uma transformação dos paradigmas dos cursos da área da saúde a fim de desenvolverem competências relacionais para acompanhar os pacientes no fim da vida. Dessa forma, parece que as representações sobre a morte contariam com uma forma apropriada para serem construídas e que essa forma se daria através de um ensino formal.

Denotando, ainda, outro ponto relacionado à essa questão, o mesmo residente continua a sua reflexão:

“... é difícil pra nós! O primeiro atestado de óbito que eu fiz, foi [...] com dois meses de residência. E tu dar a notícia de óbito pra uma família é uma experiência que a gente não esquece. Depois tu te acostuma, mas o primeiro óbito, claro, a gente não esquece. [...] tu acaba sendo o pombocorreio das notícias ruins. [...] Agora eu já tenho um jeito especial de chegar pra falar sobre o óbito, um jeito de preparar a família. E isso o tempo ensina, nunca ninguém veio ensinar” (RES 2).

Mais uma vez se percebe o costume da repetição de atitudes, sem a devida reflexão e um fato inegável: a primeira vez não se esquece jamais.

Zaidahft (1990) aponta que, por vezes, o médico se apresenta como o intermediário entre a vida e a morte, um papel evidente quando o mesmo anuncia este evento à família do defunto. E, como já se considera “vacinado contra a morte”, o profissional muitas vezes se vê transformado na própria morte, ou no “pombocorreio das notícias ruins”.

Como prova da deficiência do ensino sobre morte na graduação, os profissionais de saúde recém-formados adentram ao mercado de trabalho com uma única intenção: curar e salvar. Por isso são aqueles que mais se obstinam em tratar curativamente os pacientes, ainda que a cura não mais seja possível.

“... os médicos mais inseguros pra lidar com a morte são os recém-formados. Porque eles não aprenderam a perder pacientes, eles aprenderam a salvar os pacientes. Então, eles vão e querem fazer de tudo” (MED 4).

“... os residentes vêm com todo o gás, querendo investir. E às vezes é mais difícil tu frear eles pra parar o investimento, pela vontade de que o paciente melhore. [...] depende de cada personalidade, mas tem uns mais obstinados” (MED 5).

“... logo que me formei, eu via assim: ‘ah, não vai fazer nada? [...] Não vou atuar como enfermeiro naquilo ali [em parada cardiorrespiratória]?!’” (ENF 4).

É importante destacar que, se a graduação não ofereceu meios para os jovens profissionais lidarem com todas as possíveis situações práticas, concorda-se, então, que os mesmos, em sua maioria, ainda não possuem vivência nem maturidade psicológica suficiente

para refletirem sobre algumas questões referentes à prática médica e de enfermagem, sobretudo quando se trata do paciente que está morrendo. Este fato gera grande angústia e sentimentos ambivalentes, como pôde ser percebido nas falas anteriores. Se o acadêmico aprende a sempre “fazer alguma coisa” para salvar o paciente, como, em um momento de parada cardiorrespiratória, ou óbito, ele não fará nada para reverter a situação?

Estas e outras questões necessitam ser urgentemente discutidas com os estudantes da graduação a fim de fornecerem auxílio para a construção de uma maneira de encarar a terminalidade e desempenhar seu papel neste contexto.

Em um estudo sobre o perfil de estudantes, médicos e professores de medicina e as mudanças de comportamento diante da morte e do paciente terminal, dos 455 estudantes e profissionais pesquisados, 86% dos que já participaram, de alguma forma, de algum debate sobre terminalidade de vida, 75,7% afirmaram que a experiência foi muito positiva (VIANNA e PICCELLI, 1998). Por conseguinte, falar sobre o tema é de inteira relevância para o futuro profissional dos estudantes da área da saúde.

A partir do exposto, os profissionais afirmam que “o tempo ensina” ou que “a prática ensina” a lidar com a morte. Assim, se por um lado dizem que faltou a abordagem dessas questões na graduação, por outro lado expõem que não se sentem despreparados, pois conseguiram que a prática preenchesse esse vazio. Mas, se os profissionais dizem aprender a lidar com a morte, de uma forma ou de outra, como os mesmos continuam a demonstrar problemas em lidar com a morte do paciente? Ademais, se no processo de aprendizagem também está a observação dos colegas mais experientes, seguida de julgamento de suas atitudes e formulação de conclusões próprias pelo aluno, não seria possível, através da visualização de atitudes de professores e profissionais, uma forma de aprendizagem? Porque, apesar de os profissionais de saúde afirmarem que aprendem a lidar com a terminalidade de vida, se, de fato, tal aprendizagem existisse, médicos e enfermeiros não teriam problemas em conviver com a morte e o paciente terminal. O que se pode inferir, em meio a estas ambivalências, neste momento, é que essa aprendizagem, segundo as representações dos sujeitos da pesquisa, não existe.

Nogueira, Oliveira e Pimentel (2006, p. 4) consideram que a ausência da abordagem sobre terminalidade da vida e, com isso, a escassez de reflexão acerca do desenvolvimento pessoal, intelectual e emocional de cada indivíduo “parecem ser a base do despreparo do profissional da saúde quando [este] reduz a experiência da morte do outro apenas à finalização de um processo de tratamento médico”.

A partir desta carência de reflexão, o profissional é levado a construir suas representações sociais acerca da distanásia de modo a se comportar perante o paciente terminal e a morte com base na “desconsideração” do evento, de forma a estimar tão somente o reducionismo físico-científico tão rotineiro nas instituições hospitalares.

5.2.2 A complexa convivência com a morte e o processo de morrer: sentimentos e mecanismos de defesa

“... o ser humano não gosta de perder o que já teve. [...] Uma pessoa que não pode caminhar, não tem direito de ir e vir pela doença, ela tá presa! Ela é presidiária! [...] E todos nós tememos isso. Eu também temo!” (MED 3).

A fala acima vem abrir espaço para a discussão sobre a complexa convivência com a doença e a morte no cotidiano, tanto pessoal quanto laboral, as quais, conscientemente ou não, desencadeiam sentimentos e atitudes deveras ambivalentes. Em observação dos profissionais na UTI, pôde-se perceber que as reações no momento da morte do paciente são as mais diversas. Os olhares dos profissionais ora transpareciam piedade e tristeza pelo ser humano que deixou de existir, ora transpareciam indiferença e frieza. Não se pode negar que este último olhar sagrou-se, aparentemente, em maioria. Aparentemente porque não se fala de forma adequada sobre as mortes. Elas apenas acontecem, e, em seguida, o leito é ocupado por outro paciente. Porque o trabalho tem que continuar.

De um lado, alguns poucos profissionais respondentes disseram não ter dificuldades quanto à abordagem do tema, pois consideram que a morte deve ser aceita como algo natural, intrínseco à vida. De outro lado, há profissionais que a encaram como tabu e referem sentimentos negativos relacionados a sofrimento, angústia, tristeza, medo, os quais podem ser geradores de negação e rechaço à morte, especialmente nos dias de hoje. Por quê? Talvez seja exatamente pelo assombroso temor de morrer, pela aversão a terminar um projeto de vida, por vezes inacabado, receio de não mais usufruir das boas companhias, das pessoas queridas, das atividades triviais e dos materialismos que o mundo moderno oferece aos “vivos”.

Durante diversas situações vivenciadas na UTI, percebeu-se a dificuldade dos profissionais em abordarem o tema, além da rejeição em pensar em tal assunto. Certa vez, havia um paciente que sofria de uma patologia em estado muito avançado, e que certamente estava morrendo, e a equipe ainda investia, terapeuticamente, na esperança de curá-lo. Durante a passagem de plantão, um dos funcionários presentes fez o seguinte comentário: *“por favor, no dia em que eu estiver aqui, não me deixem assim! Me deixem morrer. Podem*

desligar os aparelhos pra eu morrer logo!” Em seguida, um dos enfermeiros imediatamente talhou a conversa: *“Deus me livre! Não pensa nessas coisas! Para com isso! Você ainda é muito novo!”* Dessa forma, as representações sociais sobre a obstinação terapêutica se edificam a partir do silêncio que permanece no grupo social, pois, na maioria das vezes, tudo fica velado. Quando um indivíduo medita sobre a sua própria morte, ou de como gostaria que esta acontecesse, em seguida seus pensamentos, se verbalizados, são imediatamente apartados. E se permanece no ocultamento.

Durante as entrevistas, foi solicitado aos profissionais que se imaginassem com uma doença terminal e que discorressem sobre o que gostariam que lhes fosse proporcionado durante o seu processo de morrer. Visivelmente, em sua maioria, foram as respostas mais difíceis de serem explicitadas, dada a dificuldade de pensar sobre a concretude da sua própria morte. Por vezes, médicos e enfermeiros tornavam-se bastante contemplativos antes de responderem, sobretudo os mais jovens. Observou-se que foi muito mais simples refletir acerca da morte de um pai ou de uma esposa do que ponderar sobre o que fazer quando a morte está à sua espreita.

Nesse sentido, Kübler-Ross (2008, p. 9) considera que o temor da morte não mudou, ao contrário, ainda é um evento “medonho, pavoroso, um medo universal, mesmo sabendo que podemos dominá-lo em vários níveis. O que mudou foi nosso modo de conviver e lidar com a morte, com o morrer e com os pacientes moribundos”. Este temor permanece no âmago do ser humano, sendo acrescido todas as vezes em que é despertado por algum motivo, pessoal ou não, ou seja, tanto pelo risco de morte do próprio indivíduo, enquanto seu eu e a partir de sua autoconsciência, quanto por presenciar este risco com relação a outra pessoa.

Dentro desse enfoque, apoderando-se desta concepção, pode-se inferir que as representações sociais de profissionais de UTI a respeito da distanásia, e também da convivência com a finitude humana, são ancoradas e objetivadas sob uma forte influência, durante todos os seus dias de trabalho, que parte, também, do medo da morte, pois, antes mesmo de chegarem à unidade de trabalho, estes mesmos profissionais deparam-se com rostos desolados pela doença nos corredores dos hospitais. Na UTI, estes rostos desolados são transformados em rostos (e corpos) desfigurados por consequência de inúmeros procedimentos invasivos, e muitas vezes inúteis, realizados consecutivamente no paciente, fato que gera mais pavor perante o processo de morrer. Porém, antes disso, este sofrimento diário também se explica pela própria condição que os pacientes são admitidos na UTI, em estado grave e com risco iminente de morte.

A fala abaixo exprime o que um médico sente a respeito do doente terminal:

“... nós somos aquele paciente que tá ali, em algum momento seremos. [...] Morte é fragilidade humana. [...] E a fragilidade nossa e dos que nos rodeiam é muito grande. A UTI nos espelha isso! E isso desgasta emocionalmente. [...] a gente tem esse confronto. A nossa fragilidade tá ali estampada. Não tem como negar” (MED 3).

Tementes da sua finitude, as equipes hospitalares articulam-se e se organizam de modo a fazer com que a morte se torne “silenciada, regulada e rotinizada, talvez como uma tentativa de banalização desse fenômeno” (MENEZES, 2001, p. 126). Assim sendo, o paciente terminal, muitas vezes, permanece à margem dos cuidados cotidianos e dos olhares humanos presentes (ou seriam ausentes?) dentro de um serviço de internação hospitalar, sendo até mesmo “rejeitado” ou “ignorado” pelos profissionais.

Existe, conseqüentemente, um errôneo entendimento de que o paciente que sofre de uma doença terminal deve apenas ser deixado no quarto, às vezes com outros pacientes em semelhante situação, às vezes deixado isolado, permanecendo em um local onde será, de certa forma, esquecido, para que não se saiba da sua existência (ZAIDAHFT, 1990), como afirmaram alguns dos entrevistados:

“Eu vejo que o paciente é muito rejeitado pelas equipes médicas, de saúde em geral, porque é um paciente que tem vários simbolismos em cima dele, da nossa incompetência, da nossa própria terminalidade” (MED 5).

“... às vezes, a gente chega na CTI e não tem nem vontade de trabalhar! [...] uma coisa pior que odiar uma pessoa é tu ignorar uma pessoa. Tem esse paciente que tá há dois anos internado na CTI e [...] é praticamente ignorado, não é visto, não é evoluído, não são pedidos exames. É simplesmente prescrito” (MED 4).

“É um paciente que [...] perturba todo profissional de saúde no sentido de que ele lembra a nossa finitude, que um dia vamos chegar nesse ponto também. [...] O término da vida sempre perturba as pessoas. E comigo não é diferente” (MED 1).

O que se percebe, na primeira fala, é uma contradição. Se quem rejeita o paciente terminal é sempre o outro, e o entrevistado diz que o doente terminal “é rejeitado pelas equipes médicas”, ele se coloca como sendo externo a estas equipes. Mas, na verdade, não o é. Até mesmo porque, em seguida, o mesmo entrevistado faz referência sobre a “nossa” incompetência, a “nossa” terminalidade, ou seja, aqui ele já se coloca dentro da equipe. O que se percebe é um discurso conflitante, pois não é feito nada por esse paciente, mas se poderia fazer algo. Contudo, tampouco se faz. Tal discrepância parece que exterioriza o profissional ao problema, pois, muitas vezes, é falado sobre a existência desse problema como se não estivesse ao alcance dos médicos (e das equipes hospitalares) solucioná-lo.

Todavia, muito coerentes em suas colocações, os médicos acima fizeram menção a um fator muito importante na reflexão acerca do sofrimento gerado pela terminalidade de vida: a

morte do paciente o lembra, de forma incisivamente concreta, que ele também vai morrer um dia. E o pior: ele, o profissional, o ser humano que trata e cuida daquele que está morrendo, pode, futuramente, estar ali naquele leito da mesma forma que se encontra o paciente, o qual teima em dizer, todos os dias, que o profissional de saúde, mesmo sendo o eterno adversário da morte, também é mortal. Tal fato pode gerar grande angústia, porque o impele, sem direito à recusa, a pensar sobre o assunto e imaginar a sua própria extinção.

Na contemporaneidade, a busca pela vida não abarca a compreensão da inevitabilidade da finitude humana, pois ninguém se sente (nem está, na verdade) preparado para este último evento do processo vital. Como consequência, a morte é concebida como algo que não só angustia aquele que sofre de uma enfermidade fatal, como também angustia e assusta familiares, amigos e profissionais de saúde, representando, sobretudo nas sociedades capitalistas e individualistas ocidentais, o fracasso da própria vida, e não algo inerente a ela.

A convivência com a morte, que já é extremamente angustiante e desgastante, psicologicamente, para todos os envolvidos na situação, sejam pacientes, familiares, cuidadores ou profissionais de saúde, torna-se ainda mais penosa quando se trata de crianças e jovens. Nestas fases da vida, a aceitação da finitude humana torna-se muito mais complexa e dolorosa de ser aceita, visto que a morte é normalmente aguardada nos octa ou nonagenários, por exemplo. Silva et al. (2008), neste sentido, afirmam que o maior impacto no momento da perda de um paciente é a idade, é o paciente jovem, sobretudo se foi instituído algum tipo de vínculo afetivo com o mesmo, como relata este enfermeiro:

“... uns [pacientes] tu te apegas mais outros menos. E eu fico sofrendo dependendo se a ligação é muito forte. Uma semana, fico pensando...” (ENF 5).

Shimizu (2007), igualmente, salienta que a morte do ancião é mais aceita pelos profissionais de saúde, pois é considerada como um componente da trajetória natural da vida, porém os mesmos sofrem de grandes dificuldades em aceitar a morte de uma criança ou de um jovem, porque, na atual sociedade, tal fato não é benquisto, visto que a criança está iniciando sua vida. Isso gera sentimentos angustiantes relacionados ao temor em perder seus próprios filhos. E a morte do adolescente ou do jovem adulto provoca uma enorme inquietação no sentido de identificação dos profissionais com aquele que morreu.

Com isso, o trabalho com pacientes terminais em UTI, assim como em outros setores hospitalares, configura-se como algo que gera sofrimento, negação do acontecimento e até mesmo produz determinada rejeição ao paciente terminal.

Durante uma conversa informal, um profissional da UTI, após uma brincadeira com o nome de um paciente (rememorava um nome santo) que estava morrendo, verbalizou: “*a gente tem que brincar, senão a gente não consegue vir trabalhar...*” Outra funcionária, ao comentar sobre um plantão que recebeu em que o paciente estava morrendo, disse: “*eu fico muito mal, muito mal mesmo de ver o paciente indo.*”

Como se percebe, a morte traz sentimentos negativos aos profissionais de saúde, visto que eles próprios, segundo Shimizu (2007), ainda não conseguem compreender o verdadeiro significado desse evento. Conseqüentemente, este fenômeno derradeiro desencadeia grande sofrimento e, por isso, as pessoas têm grande dificuldade em lidar e aceitar.

“... nós temos a fantasia de que não adoecemos e não morremos. Enquanto a gente tá do lado de cá, a gente comanda a doença e a morte. E, às vezes, é muito difícil pra um médico ou qualquer profissional de saúde aceitar a limitação, a doença e a morte. [...] Eu tenho consciência disso! Só que não é fácil lidar! Ninguém gosta” (MED 3).

Um aspecto perturbador, citado por Kübler-Ross (2008, p. 11) é o seguinte: “quanto mais avançamos na ciência, mais parece que tememos e negamos a realidade da morte. Como é possível?” Vive-se em uma sociedade onde a morte ainda é concebida como um tabu, algo terrível a ser vencido, e a maioria dos debates sobre este tema são mórbidos e passíveis de críticas. Inclusive na área biomédica (contraditório, não?) e no contexto científico. Em outras palavras, o pesquisador que se dedica a estudar Tanatologia e seus traveses é comumente apelidado de “Doutor Morte”, “O Agourento do Hospital”, “O Macabro” ou “O Finadino”. E assim sucessivamente, na dependência da imaginação de cada um.

Diante disso, as grandes dificuldades em enfrentar o processo de morte do paciente advêm até mesmo das reações negativas de outras equipes, como demonstra a seguinte fala:

“... muitos [pacientes] vêm pra UTI por dificuldade da equipe médica que tá cuidando de não aceitar o fim. [...] Então a UTI acaba sendo usada como meio de aceitação e de que ‘fizemos tudo’, entre aspas” (MED 5).

A dificuldade em aceitar a morte durante a infância e juventude remete à fala de uma profissional, quando lembrou, demonstrando preocupação, de um paciente que havia sido internado na UTI havia poucos dias: “*e aquele gurizinho do leito [X]? Morreu?! Aquele de 17 anos? Pobrezinho...*”, evidenciando estar entristecida pelo fato. Em outra ocasião, diante da piora do quadro clínico de uma paciente de 19 anos, uma enfermeira adentrou no salão desabafando, com ares de angústia: “*puxa vida! Eu tô muito mal com isso. Ela é tão nova, e tava tão bem. Achei que ela ia sair logo daqui.*” Ou seja, mais uma vez a idade tornou-se

motivo de maior preocupação em se tratando da piora do quadro clínico e do risco de morte dos pacientes mencionados. Os depoimentos seguintes corroboram com tais pensamentos:

“... eu não conseguiria optar por Pediatria. [...] Eu tenho uma dificuldade muito grande de lidar com morte de criança. [...] com pessoas de idade eu não sofro tanto” (MED 4).

“... muitas vezes, é um paciente jovem ou que ainda tinha um tempo pra conviver com sua família. [...] é certo que ele vai morrer e se tu começa a pensar muito nisso, tu não consegue vir trabalhar todos os dias” (ENF 1).

“... quando é um paciente [...] jovem, com filho pequeno pra criar, que tá lutando pra viver, [...] isso me deixa bem angustiada” (ENF 5).

“Um caso [que me marcou] era de uma senhora jovem, de uns 30 e poucos anos que [...] chegou na UTI já em morte cerebral [...] mexeu bastante comigo pela questão de ser uma mulher jovem, ter cinco filhos, o mais velho com 13 anos. [...] Esse tipo de situação assim que é mais complicado de lidar” (ENF 3).

As representações sociais da distanásia perpassam o lidar com a morte da criança e do jovem, a qual traz consigo sentimentos relacionados a grande sofrimento, como explicitado nesta última fala. A criança é considerada como um ser humano que ainda tem uma vida inteira a ser vivida, tem todo o seu desenvolvimento a ser construído e experienciado. Com isso, a equipe empenha-se mais nas suas atividades quando se trata de pacientes jovens. Um fato que ilustra tal assertiva diz respeito ao cuidado que alguns pacientes receberam na UTI durante as observações realizadas. É nítida a preocupação da equipe quanto à cura destes pacientes jovens.

Com o surgimento da gripe A H1N1, deu entrada na unidade uma adolescente, como já mencionado anteriormente. Foi um fato muito angustiante para toda a equipe, não só por se tratar de uma nova doença, grave e epidemiologicamente distinta de outras viroses afins, mas por acometer, justamente, uma linda menina que chegou à UTI feliz, aparentemente saudável (em se tratando de uma UTI), mas apreensiva. A mesma estava conversando normalmente e, em questão de poucas horas, seu quadro agravou de tal maneira que, passado apenas um dia de internação, o risco de morte já era considerado alto. Os comentários, nesse sentido, eram os mais diversos, mas todos com um único sentido: o desejo que a menina não morresse. As falas subsequentes exprimem tal sentimento: *“eu vou torcer pra que ela não morra, ela não vai morrer!”*; ou: *“não quero ser muito otimista, mas ela vai sair bem. Tem que sair por dois motivos: ela é jovem e pela doença”*.

Em outro momento, notou-se uma funcionária sentada, encolhida em uma poltrona no corredor da UTI. Ela estava responsável pelos cuidados com a referida paciente naquele turno.

Percebendo seu estado, foi perguntado a ela: “*o que você tem? Tá tão quietinha, cabisbaixa, calada... Você tá cansada?*” Com a voz baixa, ainda cabisbaixa, com ares de aflição, ela respondeu: “*não. Tô mal mesmo. Tô muito triste. É muito triste ver essa guria assim. Tão novinha... E desse jeito... E a gente tem que ficar ali cuidando dela... É uma criança, meu Deus!*” E depois acrescentou: “*se eu ficar sozinha ali dentro*²³, *eu morro!*”

O sofrimento causado pela doença desta paciente, sobretudo pela idade, foi algo que despertou muitos sentimentos de compaixão, pena, angústia, dentre tantos outros, durante o período em que ela se encontrava em risco de morte. Entretanto, após intenso tratamento, e após sair do isolamento, a paciente foi transferida para o salão da UTI. Certo dia, foi observado que o médico residente prestava seus serviços de forma muito mais intensa para com esta paciente do que para com os “seus” outros dois pacientes, os quais, além de serem idosos, tinham mau prognóstico. Dessa forma, observa-se que até mesmo o tratamento é desempenhado de forma diferenciada para os pacientes mais jovens. O investimento, a vontade de ajudar, de curar, de devolver a saúde, é maior do que para pacientes passados dos 60 anos, por exemplo.

Quando da recuperação da paciente, após semanas internada na UTI, a sua família levou alguns mimos para a equipe. Na ocasião, o residente chegou demonstrando imensa satisfação com os presentes nas mãos. Brincou-se com ele: “*ah... Vai chorar?*”, tamanha era a sua felicidade por ter conseguido devolver a vida àquela “criança” e por ter sido reconhecido pelos pais como aquele que salvou o seu “*bem mais precioso*” (palavras do pai da paciente). E ele respondeu: “*não. Hoje eu não vou chorar. Mas ontem eu chorei, me emocionei conversando com a família dela...*” Quem estava por perto e o ouviu dizer isso, ou se emocionou também, ou comentou, após a sua saída, que aquilo era demais, não era preciso tamanho envolvimento, ou seja, mais uma vez, os sentimentos apresentam-se ambíguos quando se trata da finitude humana.

Zaidhaft (1990) afirma que no âmbito hospitalar é “prescrito” que nenhum dos integrantes da equipe deve emocionar-se ou instituir algum tipo de envolvimento com o paciente. E, assim, sem se envolver com o mesmo, a equipe permanece na rotinização de suas tarefas, muitas vezes sem parar para refletir sobre o que é a morte e como ela é compreendida (se é) no contexto hospitalar. Shimizu (2007), em complemento, assinala que os profissionais, de maneira geral, buscam instituir estratégias coletivas de defesa com vistas ao enfrentamento

²³ Esta paciente, devido à gripe A H1N1, permaneceu em isolamento respiratório e de contato por alguns dias. Apenas dois funcionários da equipe de enfermagem, por turno, tinham acesso ao quarto (um técnico e um enfermeiro), além do médico responsável por ela.

da dor provocada pela morte do paciente, e, como consequência, são criadas rotinas institucionais para lidar com a morte, tais como desempenho do serviço de modo “robótico”, independentemente do paciente (terminal ou não) e oferta de cuidado apenas como uma função meramente técnica, por exemplo. E, provavelmente, esta rotina propicie alguma proteção contra a ansiedade e os sentimentos negativos que o evento acarreta.

Um sentimento que se revelou, entre os funcionários da UTI, verbalmente ou por meio de atitudes, foi a frustração. Eis um exemplo relacionado: no *round*, um dos médicos residentes, visivelmente chateado, afirmou (ou desabafou, indiretamente, a sua angústia): “*não sei o que tá acontecendo comigo, mas todos os meus pacientes vão morrer. O que tem comigo?*” O médico preceptor (plantonista) logo o cortou: “*ah, coitados! Não fala assim!*” Na verdade, este médico apenas tentou encorajar o residente a seguir em frente, a não se sentir desanimado, mesmo nos momentos de intensa frustração, até porque, de fato, os pacientes pelos quais ele era responsável estavam realmente morrendo não por incompetência ou algo parecido, mas devido à gravidade de seus quadros clínicos.

As falas que se seguem exemplificam tal sentimento de frustração:

“... eu não gosto de paciente terminal. [...] São pacientes que tu sabe que pode investir o máximo que não vai ter sucesso! [...] eu me sinto bem frustrada porque eu faço aquilo sabendo que não vai ter um resultado” (RES 1).

“... e conta a frustração também de tu não poder fazer nada e estar meio preso ao prognóstico da doença do paciente. [...] eu chamaria como frustrante o paciente terminal. Tu tem vontade, tu tem força de trabalho, tu tem aparelhagem, mas a doença é mais forte que tu e mais forte que qualquer outra coisa” (RES 2).

Durante as observações efetivadas, pôde-se notar, algumas vezes, que determinados funcionários cuidavam desses pacientes de forma relativamente descuidada, no sentido de “fazer por fazer”, já que aquele cuidado não traria retorno, nem para o paciente nem para o funcionário. Alguns procedimentos eram realizados diferentemente dos demais pacientes e outras situações também se mostravam diferentes. Um exemplo: havia um paciente terminal em um dos leitos do salão da UTI. Aproximando-se o horário de visitas da noite, todas as luzes superiores dos leitos estavam acesas, com exceção da luz do referido leito, o qual, por sinal, não estava tão bem arrumado quanto os demais.

Dessa forma, existe uma tradição, de cunho médico e social, em recusar a morte, pois a mesma significa um evento “crucial a ser sempre afastado, mesclando-se, nessa teimosia, recusa, medo e sentimento de impotência diante de seu caráter inexorável” (NOGUEIRA, OLIVEIRA e PIMENTEL, 2006, p. 3).

Uma tática dos profissionais de saúde, no intuito de se resguardarem da dor, sofrimento e impotência ocasionados pela doença e morte dos pacientes sob seus cuidados, constitui na “estratégia do distanciamento”, a qual navega em torno da necessidade de instituir certo distanciamento no cotidiano de trabalho para que o profissional não se sinta incapacitado, psicologicamente, em desempenhar suas atividades, devido ao envolvimento emocional com os pacientes (SOUZA, LISBOA e CRUZ, 2007). As seguintes falas também exprimem tal apontamento, além de abordarem negação e frieza:

“... nós não podemos alimentar o nosso ego no sentido de querer salvar todo mundo! E quando nós não podemos salvar, negar o paciente. Porque às vezes, quando o paciente é terminal, há uma tendência de fazer uma negação sobre o envolvimento com ele” (MED 2).

“... quando a gente trabalha numa unidade como a CTI, que a morte é tão presente, não passamos uma semana sem um óbito, a gente acaba adquirindo uma casca, uma coisa interna. [...] Porque senão tu não consegue trabalhar aqui. [...] Eu acredito que é feito de uma maneira que tu não te envolva muito emocionalmente. [...] é essa frieza que eu digo que quem trabalha aqui tem. É uma frieza!” (ENF 1).

Uma pesquisa concernente à morte no contexto hospitalar, realizada com uma equipe de enfermagem, por Silva et al. (2008), confirma que, em se tratando da ocorrência do óbito durante o turno de trabalho, 51% dos profissionais evita contato com a cena da morte e com o corpo morto recentemente, provocando, de maneira voluntária, um distanciando deste. Todavia, tal consideração pode ser estendida também aos profissionais médicos, visto que não é atributo somente da enfermagem:

“Não gosto de trabalhar com paciente terminal. Acho que até [...] uma das causas que eu escolhi a minha especialidade foi não trabalhar com esses pacientes [...] porque tu tem até um certo distanciamento deles” (RES 1).

Este distanciamento também esteve presente nas atitudes dos profissionais, demonstrando uma das maneiras pelas quais se dá o processo de ancoragem e objetivação na formação das suas representações sociais. Em uma ocasião, uma funcionária recebeu a notícia do médico que um paciente “não passaria daquela noite”. Rapidamente ela se enervou: “*ah, não! Hoje?! Ai, meu Deus! No meu plantão não!*”, desejando que o óbito não ocorresse durante seu turno de serviço, ou seja, se o profissional “tiver uma chance”, é preferível “passar o óbito” para o próximo turno.

Um fato que chama a atenção no enfrentamento dos processos de perdas, de modo especial o processo de morrer, são os mecanismos de defesa criados para tal. Sobretudo a negação sob forma de comentários, ora infundados, ora de mau gosto mesmo.

Shimizu (2007) afirma que é muito comum perceberem-se profissionais brincando e contando piadas até mesmo durante a preparação do corpo *post-mortem*. Corroborando com a autora, em diversas ocasiões foram ouvidos comentários que negavam a condição humana daquela pessoa internada em estado grave ou daquele que acabou de falecer. Algo do tipo: “*aquele ali é o legítimo Highlander! Abriram todo [...] só para arrumar uma [patologia X] e atoraram²⁴ tudo. [...] Ele não sai daqui. Tá todo destruído por dentro!*” Ou então: “*O Sr. [Fulano] tá no Programa do Luciano Huck. É agora ou nunca!*”, querendo dizer que o paciente, se não morresse naqueles dias, tamanho era o agravamento do quadro, não morreria mais. Outra passagem, com relação a um paciente com uma deformidade marcante na face: “*o pior é que eu acho que ele sai daqui vivo, acredita? Tá parecendo o Slot, dos Goonies²⁵, mas sai vivo.*”

É visível o grau de negação e distanciamento dos jovens profissionais no que tange à morte, mais significativo do que em relação aos profissionais experientes. Os comentários eram seguidos de gargalhadas ou complementos das piadas articuladas. Mas tal atitude não é propriedade somente da medicina. A enfermagem também contribui para o incremento das anedotas, como expressa esta fala: “*aquele tá parecendo um morto vivo! [...] Fala sério! Do leito [X] pra lá é só desgraça!*” Ou, em um momento no qual um paciente terminal, que padecia há semanas na UTI, estava morrendo, exatamente durante a passagem de plantão entre os enfermeiros, um deles, ao ver os dados do monitor do referido paciente, com sinais quase imperceptíveis de frequência cardíaca, comemorou, gesticulando freneticamente: “*olha lá, olha lá! Yes! Yes! Finalmente o Sr. [Fulano] tá indo! Yes! Uhuuuu!*”, como se comemorasse um gol. Foi assustadoramente desproporcional a atitude do enfermeiro.

Com relação à frieza, citada anteriormente, existe uma representação, não somente individual, mas também no contexto social, na concepção da própria equipe de enfermagem, de que os trabalhadores de UTI são pessoas frias e que não se abalam com o processo de morte do enfermo (SHIMIZU, 2007). A fim de ilustrar esta afirmação, foi observado um “diálogo” intensamente angustiante acerca de um paciente terminal que estava tentando se extubar. As funcionárias o achincalhavam e faziam piadas, denotando aberrante falta de

²⁴ Atoraram, aqui, tem a conotação de “acabaram com tudo”, “destruíram o paciente”.

²⁵ É uma referência a um filme que conta a história de um grupo de garotos, “Os Goonies”, que descobrem um mapa do tesouro, capaz de torná-los ricos e evitar a destruição de suas casas. Nesta aventura, os mesmos se deparam com um monstro, o Slot (WIKIPÉDIA, 2009c).

respeito. E ele estava lúcido, acordado e comunicativo. As falas eram parecidas com: *“você não ouve? Não consegue ouvir? Não entende o que a gente tá falando? Pra nos agredir o senhor entende, né?”* Ao sair de perto do leito do paciente, a funcionária retornou, aflita, ao ouvir que o tubo orotraqueal havia se desconectado do respirador: *“tá querendo morrer, Sr. [Fulano]?! O senhor quer morrer? Quer parar de puxar o tubo?”* Depois disso, durante a troca de fraldas do paciente, podiam-se escutar, de longe, mais risos e mais piadas. Ao observá-lo, ainda completamente acordado após os “cuidados” recebidos, notou-se o seu olhar de desesperança, impaciência, raiva, tristeza... Uma imagem desoladora. Tentava desesperadamente comunicar-se, mas havia o tubo em sua boca, e, agora, os braços estavam amarrados ao leito, como medida de contenção para que o mesmo não tentasse, novamente, se extubar.

O que se pôde observar neste episódio (e que fique claro que não acontece na maioria das vezes) é o despreparo psicológico das funcionárias para cuidar do paciente em situação de terminalidade e, possivelmente, revolta. A impaciência e o desrespeito eram insofismáveis e o cuidado era realizado com certo desleixo. O paciente, que era muito calmo na maior parte do tempo, agitou-se, talvez, pela forma como estava sendo tratado, ou por saber que, naquele turno, as funcionárias que cuidariam dele não o tratariam como gostaria.

A referida tentativa de agressão é comumente percebida na fase de ira ou revolta pela qual o paciente em processo de morrer pode passar. Segundo Kübler-Ross (2008), esta fase, normalmente posterior à negação, traz sentimentos de revolta, inveja, ressentimento. Muitas vezes contra o próprio profissional que cuida, pois ele está bem, com saúde, o paciente não está. Assim, se torna muito difícil para o profissional de saúde lidar com este sentimento, pois a raiva se espalha por todo o ambiente no qual o paciente se encontra. E esta raiva, muitas vezes, não conta com plausibilidade nenhuma.

A autora acrescenta que os profissionais que sofrem com este tipo de situação são aqueles que integram a equipe de enfermagem, os quais acabam assumindo os insultos e agressões em termos pessoais. Paradoxalmente, reagindo, pessoalmente, a essas atitudes, a raiva é retornada em maior grau ao paciente, sustentando ainda mais o seu comportamento hostil.

Todavia, uma profissional, em outro momento, e informalmente, fez a seguinte colocação: *“é muito bom e importante a gente ter consciência das fases da morte, porque daí a gente consegue entender o que o paciente tá sentindo. A gente sabe que aquele xingamento todo não é pessoal, é só uma fase. Mas é muito difícil para gente.”* Como se pode observar, a construção das representações sociais acerca da distanásia (e da morte) perpassam, também,

por contradições. Alguns profissionais buscam entender o que está se passando com o paciente a partir de conhecimento prévio, e colocam-se no lugar deste paciente, uma atitude louvável quando se cuida e se deseja esmero no seu trabalho.

A compreensão das fases do morrer, preconizadas por Kübler-Ross, é fundamental para o bom andamento das atividades, no que tange ao cuidado ao paciente terminal. Dessa forma, a própria autora, discorrendo sobre um paciente solicitante, que não era, exatamente, o caso do referido paciente da UTI, assinala que um enfermo

que é respeitado e compreendido, a quem são dispensados tempo e atenção, logo abaixará a voz e diminuirá suas exigências irascíveis. Saberá que é um ser humano de valor, que necessita de cuidados, que deixa atuar nos mais altos níveis possíveis naquilo que ele pode. Será ouvido sem necessidade de explosões temperamentais, será visitado sem precisar tocar a campainha com tanta insistência porque será um prazer visitá-lo e não uma obrigação necessária (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 57).

Por outro lado, existem também os profissionais que referem que aprenderam, subjetivamente, a suportar bem a situação de terminalidade de vida, sobretudo pelo tempo e as experiências relacionadas ao trabalho. Com isso, as dificuldades em discorrer sobre o assunto desaparecem:

“Hoje eu encaro com naturalidade, como um assunto qualquer. [...] eu já não vejo a morte como um tabu, eu encaro como um processo natural de ser” (ENF 4).

“... depois de tanto tempo no ambiente hospitalar e vendo as pessoas partirem, eu me considero uma pessoa muito tranquila em relação a isso” (MED 1)

“... é uma etapa que a gente passa na vida. A gente não nasce, cresce e... [morre]? [...] Por que eu não vou lidar com isso? É um assunto que tem em qualquer parte de um hospital” (ENF 2).

Neste sentido, para profissionais mais jovens e inexperientes, a morte é mais difícil de ser encarada, visto que, como coloca Shimizu (2007), é o maior contato que os ajuda a enfrentar, de maneira menos sofrida, a morte dos pacientes. Assim, apesar de existirem diferenças singulares a cada um nos mecanismos de defesa, construídos em detrimento do sofrimento frente à morte, possivelmente os trabalhadores da saúde que contam com maior experiência profissional consigam suportar melhor tal situação.

Mesmo assim, ainda permanecem dúvidas. Embora encarar a morte seja, de uma maneira ou de outra, “aprendido” durante os anos de trabalho, como refere um enfermeiro,

“... fica muita coisa sem resposta” (ENF 3).

No entanto, apesar da permanência das inúmeras dúvidas e angústias, um fato é certo: não se busca estudar, ou mesmo ler, sobre essa temática. Ademais, apenas poucos profissionais da UTI procuraram, de maneira voluntária, a pesquisadora para discutir a propósito da finitude humana de forma aberta e natural. Para os demais profissionais, em sua grande parte, a morte, no contexto vida laboral, é um acontecimento pertencente às atividades rotineiras dentro da UTI. Pelo que foi demonstrado e referido, não se leem, nem se buscam textos, livros ou artigos sobre o tema, como afirmam os seguintes profissionais:

“... a gente não para muito pra pensar. [...] Eu leio muito pouco sobre abordagem ao paciente terminal” (RES 2).

“... a gente nunca pensa no que passa. Pensa, mas faz automático e não pensa na rebuscada [teórica] daquilo” (ENF 5).

Após essa discussão, o que fica é, exatamente, uma dúvida: se, por um lado, os profissionais referem que não têm problemas maiores em falar sobre terminalidade de vida, por outro, parece se evidenciar que não existem conversas sobre isso. Então, como resolver este impasse? O que se observa é um grande silêncio sobre o assunto. Acredita-se que exista o desejo de abordar e discutir o tema, mas ainda não se veem espaços para tal. Dessa forma, o que se constrói, em termos de representações sociais acerca da distanásia, e sem se tratando da morte no cotidiano hospitalar, é que as mesmas são edificadas com base em um não-dito que apenas dá continuidade às atitudes de negação ao processo de morrer. Se não se fala, busca-se não se sentir, como forma de defesa. Se não se sente, espera-se não sofrer com isso, como mecanismo de proteção. Se não se sofre com isso, não são criadas possibilidades de se colocar no lugar do outro e oferecer um cuidado humanizado com vistas ao conforto e bem-estar do paciente, ainda que este esteja morrendo. E isso somente se concretizará se houver espaço para as discussões sobre os múltiplos aspectos que envolvem a finitude humana.

De outro viés, uma segunda dúvida que permanece entre os profissionais está relacionada com o “fazer corretamente”, ou seja, o profissional, na vigência da morte, indaga-se a respeito da “perfeição” do cuidado e do tratamento oferecidos ao paciente anteriormente à sua morte. Assim sendo, este evento é nada mais que uma fonte de incertezas, sobretudo para os profissionais recém-formados, como os seguintes médicos residentes confessam:

“... me faz pensar muito se eu fiz a coisa certa, se não fiz, se era aquilo realmente. Não sei...” (RES 1).

“... ‘será que tu tá fazendo a coisa certa? Será que tu tá conseguindo cumprir teu objetivo?’ [...] ‘tô fazendo certo? Tô fazendo errado?’” (RES 2).

Essas perguntas refletem o medo de cometer erros, perturbação esta que preocupa, consecutivamente, os profissionais de saúde, visto que, dependendo da situação, um erro pode significar uma morte. Em uma conversa informal sobre o risco de errar um procedimento, uma enfermeira desabafou: *“Se eu errar, eu perco uma vida. Não posso errar aqui”*.

Por fim, demonstrando sentimentos negativos, mecanismos de defesa e negação, ou sentimentos conformistas em relação à morte e ao processo de morrer, o que se há de pensar, de forma imperativa, é que quando se discutem as dificuldades dos profissionais de saúde em trabalhar e cuidar do doente terminal, de forma integral e humana, deve-se, antes de tudo, analisar esta dificuldade partindo-se do seu processo de construção, sua historicidade e sua essência. Todavia, este processo vai muito além da experiência contígua e da representação individual de cada profissional, e a maneira como este interage com o doente terminal não é algo natural. Observando-se, de maneira avulsa, uma interação profissional-paciente, exclusivamente na sua aparência e não na essência, tendemos a considerá-la como natural pelo seu caráter automático e mecânico como sucede. Contudo, é necessário o entendimento de que “o sentido e o fazer profissional a partir do significado de morte [é] atribuído pela cultura, assim como a influência dessa cultura na sua formação profissional” (COMBINATO e QUEIROZ, 2006, p. 214). Isso pode ser percebido na seguinte fala:

“... acho que eu aprendi muito com isso no sentido em que a gente deve viver cada vida cada dia como se fosse o último. [...] a gente vai aceitar melhor a morte. Porque a gente fez tudo, o melhor que podia, o que estava ao alcance da nossa mão. Então, eu vejo uma coisa assim, eu aprendi com a morte a viver melhor a vida!” (MED 1).

5.2.3 Espiritualidade e religiosidade

Em se tratando da espiritualidade, o fato de ser espiritual é o primeiro sentido, de cunho ontológico, que se refere a uma determinada característica do ser humano. Relaciona-se ao contíguo de referenciais e práticas pelas quais se desenvolvem os valores do espírito. A espiritualidade impele o ser humano consciencioso para, a partir dos seus conhecimentos, realizar suas escolhas vitais, pois toda atividade humana consciente “carrega em si um sopro ou inspiração, ou espiritualidade que impulsiona suas atividades reflexivas e propositivas” (ANJOS, 2007, p. 156). De fato, quando se aborda espiritualidade, ainda que não seja sinônimo de religiosidade, supõe-se a presença de um conjunto seletivo de anseios e alentos que almejam, além da responsabilidade, a proteção e o cuidado diante da vida e da morte.

Como apontado pelos médicos e enfermeiros, as suas representações sociais sobre a obstinação terapêutica são construídas, também, por meio da religiosidade, a qual se constitui em um fator peremptório no processo de morrer. A religião encontrar-se-ia diretamente interligada à morte, ou a morte estaria diretamente interligada à religião? Pode-se dizer que ambas as alternativas estão corretas, pois caminham de mãos dadas. Isso é fato inexorável, pois é infrequente uma conversa sobre a morte na qual os aspectos religiosos são olvidados.

No próprio ambiente hospitalar se faz presente a religiosidade. Nota-se, na maioria dos hospitais, a presença de uma capela, imagens de santos pelos corredores, crucifixos na cabeceira dos leitos ou nas salas de reuniões, algumas orações dentre as falas, votos de “*Deus te ajude*” ou “*que Deus te dê forças*” para familiares e enfermos. A espiritualidade, cotidianamente, está presente nas “catedrais da saúde”, como referem Pessini e Bertachini (2004), nas quais, além do silêncio e inquietude presentes nos momentos de despedida da vida, as orações e meditações encontram-se presentes nos oratórios e capelas cristãs.

Historicamente, as Santas Casas de Misericórdia acolhiam os pobres e indigentes, sofredores de inúmeras doenças, os quais eram recebidos para se recuperar ou para morrer, segundo a vontade de Deus. Por muitos anos, as instituições hospitalares eram regidas por religiosos inspirados na parábola bíblica do Bom Samaritano, pois acolhiam essas pessoas carentes por amor a Deus e ao próximo. Assim sendo, ainda que fosse para morrer, ao doente eram oferecidos os cuidados básicos à vida humana (PESSINI e BERTACHINI, 2004).

O fator religiosidade, espiritualidade, crença, ou fé, como elementos relacionados, auxilia, incomensuravelmente, na compreensão sobre a finitude humana. Os católicos creem na vida após a morte, pois, posteriormente a este evento, serão conduzidos, após o Juízo Final, para o céu ou o inferno, ou ao meio-termo: o purgatório. Os espíritas aguardam a passagem para a outra vida, outra chance de, a partir do que se viveu na existência terrena, encarnarem-se, com maior elevação espiritual, em outro corpo até alcançar um nível espiritual em que a encarnação, a nível físico, não seja mais necessária. Para os hindus, o homem é dono de uma alma imortal que passa para outra vida e outra e mais outra, seja esta como um ser humano, um animal ou vegetal. Ou seja, a vida continua. Sempre. Os extremistas talibãs não morrem em “sacrifício” esperando encontrar dezenas de virgens no paraíso após a morte? Estas, dentre tantas religiões, apresentam diversas explicações sobre a finitude humana, e essencialmente, sobre o que emana posteriormente a ela, ou seja, a pessoa morre, mas o seu espírito não.

Na opinião dos profissionais entrevistados,

“... todas as religiões preparam pra morte. Seja evangélico, católico, espírita, budista, se a pessoa é praticante, ela tá preparada e tá forte pra enfrentar a morte. As pessoas sem fé são as que mais sofrem. [...] a minha formação espírita, eu sempre usei pra me apoiar, entender e ajudar as pessoas.” (MED 5).

“... eu sou católica, e acredito que exista alguma coisa depois. E que seja uma passagem. [...] E talvez isso me conforte bastante e eu não sofra muito” (ENF 5).

“Os espíritas têm explicações. [...] se existe outra vida, pode ser que essas pessoas que sofrem, têm toda essa preparação, elas já entram com outra cabeça no mundo espiritual. Pessoa que tem morte súbita, de repente sofra mais” (MED 4).

“... a morte é simplesmente uma passagem. A vida, na verdade, não finda, ela só muda de plano. Porque a minha religião [...] vê uma continuidade da vida de uma outra forma. [...] o que eu vejo como terminalidade, na verdade, é uma finitude do ponto de vista orgânico, um período de transição” (MED 2).

Pôde-se compreender também, durante as observações efetivadas, que o aspecto religioso é fundamental no processo de aceitação e na tentativa de minimizar o sofrimento daqueles que encaram a gravidade do quadro de um paciente internado na UTI ou nos casos de terminalidade. E este aspecto é, muitas vezes, passado despercebido. Um paciente com câncer em estágio avançado estava internado, há semanas, na UTI. Somente na noite em que o mesmo morreu foi percebido (talvez até já tivesse sido percebido, mas não comentado) que a família mantinha um belo escapulário com a imagem de Jesus Cristo e uma santa católica colocado em seu pulso, assim como uma pulseira, e, na gaveta ao lado do leito, em meio aos seus pertences de higiene pessoal, também havia uma imagem de Nossa Senhora de Schönstatt. Esta família mostrava-se muito religiosa, em especial uma familiar, visto que ela sempre orava, com o terço em mãos, à beira do leito, durante os horários de visita. Esta pessoa se mostrava mais serena, não falava alto, não reclamava com os profissionais, apenas fazia suas orações e conversava em tom de voz ameno com o paciente: uma paz, segundo a equipe.

Em outras ocasiões, notou-se que alguns profissionais compadeciam-se não somente do sofrimento do enfermo, mas também dos familiares. Ao notar sentimentos de desespero ou tristeza, ou choro, por exemplo, um ou outro profissional aproximava-se e buscava encorajamento através da religiosidade para auxiliar o familiar naquele momento angustiante, ao ver seu ente querido em estado grave ou morrendo. Os dizeres eram tais como: “*Deus vai te ajudar, tenha fé*”, “*só Deus nos dá força nesses momentos difíceis*”, “*o melhor que você faz agora é ir pra casa e rezar por ele [paciente] pra que tenha forças pra melhorar e sair daqui bem*”. O mesmo acontecia após os óbitos. As palavras de conforto, advindas de médicos ou dos membros da equipe de enfermagem, sempre remetiam à lembrança de um ser superior que olha por todos: Deus.

Uma enfermeira, em uma conversa sobre a questão da oração, disse: *“eu tinha um paciente que ficou agonizando uns cinco dias, os médicos não queriam intubar. Foi um horror. E eu não tinha vergonha, ia lá toda noite e rezava com ele”*.

Como se vê, Deus (não se tratando, apenas, do Deus católico) é considerado o centro de poder espiritual para o enfrentamento dos momentos de risco de morte e morte, independentemente do tipo de religião seguida. Neste sentido, como afirma Ramos (2007, p. 3), apesar de considerar a subjetividade do indivíduo, o ser humano encontra a resposta para muitas das suas indagações e dúvidas em um ente transcendental, metafísico, “que não está-no-mundo, mas está-para-o-mundo, ou seja, uma espécie de força divinizadora que sustenta e dá a existência ao indivíduo [...]. Este transcendente (Deus) ocupa e preenche o vazio da humanidade”. Assim sendo, este “estar-no-mundo” passa a revelar um grande significado, uma vez que existe uma entidade maior que garante o que for necessário no e para o Cosmos. Em outras palavras, alguém olha, cuida, vigia o bem-estar do indivíduo.

Desse modo, tal concepção não poderia escapar ao assunto morte, pois é exatamente neste momento que o ser humano mais carece do auxílio de outrem, pois estará despedindo-se do conhecido, do manifesto, do experimentado, e dará adeus às pessoas queridas, ao seu mundo, adentrando em um novo e incógnito espaço ou dimensão espiritual.

Encontrar um sentido para a existência terrena é tarefa árdua para o ser humano e este sentido passa, durante todo o trajeto da história, à procura de uma explicação admissível “para o seu fim no mundo e a todos os acontecimentos que se agregam ao seu existir, isto é, o propósito de encontrar algo ou alguém que possa justificar quem ele é. Esta é a grande busca do Homem, alicerçada no significativo tripé existencial” (RAMOS, 2007, p. 3). Sobre este “tripé existencial”, o autor explica como sendo a totalidade da existência humana: “quem sou eu? De onde vim? Para onde vou?” Estas três questões são de complexa resposta, mas, após conhecer o mundo no qual se viveu uma história inteira, o questionamento mais incógnito e mais difícil na fase derradeira é, sobretudo, o terceiro: para onde vou?

Por sua vez, Pessini e Bertachini (2004) consideram que a dimensão espiritual, para os enfrentamentos da vida, surge em detrimento do significado, do sentido e da esperança. É-se carente (social e pessoalmente) de um sentido, e, com isso, busca-se uma razão (ainda que metafísica) para viver e para morrer. Busca-se um sentido para a existência terrena, uma função, uma missão a ser executada no transcorrer da vida, mas será que esta missão finda com a morte?

Concordando com Ramos (2007), surge o seguinte questionamento: se Deus é a força divina da criação humana, aquele que propicia a subsistência do homem, como explicar

acontecimentos inevitáveis como a morte? O ser humano, incapaz de lidar adequada e naturalmente com este acontecimento, espera encontrar a felicidade e a realização humana após ela, ou seja, o homem não contempla a felicidade da morte como sendo uma passagem para outra vida na sua totalidade, pois não experimenta verdadeiramente a sua morte. Se este último evento da vida não é experimentado, pois somos consecutivamente impossibilitados de refletir e falar sobre a nossa morte, a experiência que deveria ser plena, quando chegado o seu momento, não existe, pois não é o término da vida, mas a “passagem” para outra vida que acontece. Pensando desta maneira, a morte, então, deixa de existir.

Em consequência, apesar da crença do ser humano, muitas vezes inabalável, sobre a vida após a morte, não se sabe se a mesma realmente existe. Tudo permanece envolto a mistérios e indagações de cunho essencialmente religioso e espiritual.

Mas, segundo Einstein (1931, p. 1), um dos elementos que gerou a religião, foi a

experiência do mistério – mesmo se misturado com medo [...]. O conhecimento da existência de algo que não podemos penetrar, nossas percepções da razão mais profunda e a mais radiante beleza, que só em suas formas mais primitivas são acessíveis às nossas mentes: é esse conhecimento e essa emoção que constituem a verdadeira religiosidade.

Em seguida, o mesmo autor finaliza: “estou satisfeito com o mistério da eternidade da vida e com um conhecimento, um sentido, da maravilhosa estrutura da existência”.

5.2.4 A distanásia acontece

As representações sociais acerca da obstinação terapêutica em UTI perpassam múltiplos aspectos referentes aos motivos que a ocasionam. Afirmando que a distanásia realmente acontece, os profissionais (recém-formados, na maioria) que foram entrevistados e observados, pensam de forma semelhante ao seguinte depoimento:

“... tomar a decisão de não fazer mais nada eu acho muito complicado. Eu não tenho coragem. [...] no meu plantão, eu reanimo todo mundo, porque eu não me sinto bem tomando a decisão ativa de não reanimar. Matar, entre aspas, deixar morrer. [...] se tiver que intubar, botar no respirador, eu vou fazer” (RES 1).

O que acontece nas instituições hospitalares, de modo especial naquelas unidades altamente especializadas e com equipamentos modernos e sofisticados, é o desconhecimento dos leigos e dos profissionais de saúde no que tange à obstinação terapêutica. Fato um tanto quanto paradoxal, visto que esta atitude obstinada é uma praxe comum nos hospitais. Nestes,

quanto mais munidos de aparelhos e tecnologias de ponta, mais sofisticada se torna a distanásia (PESSINI, 2001).

Destarte, mesmo exercendo as atividades laborais em uma unidade sofisticada (ainda que se trate de um hospital público, como é o caso da UTI estudada), os profissionais de saúde não têm em mente a denominação exata para tal processo. Quando os mesmos indagavam a propósito do assunto da presente pesquisa, durante as observações, se, porventura, fosse verbalizado o termo distanásia, ou obstinação terapêutica, ou sinônimos, eram poucos os que conheciam o significado dos mesmos. Desta forma, diante de eventuais perguntas, optou-se por abordar sempre sobre “o investimento excessivo no paciente terminal dentro da UTI”.

Assim sendo, de posse do que se tratava a temática desta investigação, os médicos e enfermeiros demonstraram acreditar que se investe demasiadamente no enfermo terminal, como demonstram as seguintes falas:

“... muitas vezes se investe além da conta. [...] Investimento de tudo: antibiótico, medicações caras num paciente que não vai trazer uma resposta. [...] se investe até o último suspiro, até o último batimento” (ENF 1).

“... a gente investe bastante, especialmente paciente oncológico ou paciente muito idoso, com comorbidade importante. [...] Às vezes, em vez de ajudar o paciente a melhorar a gente acaba sendo um causador de problemas pra ele” (RES 1).

Como se percebe, e como se observou na UTI, a distanásia acontece, especialmente pelo emprego inadequado da tecnologia disponível. É um fato que gera intensas discussões, a nível mundial, a respeito desta questão. Todavia, são enormes os desafios dos profissionais de saúde, especialmente médicos, para delimitarem a terapêutica para com o doente terminal e as desarmonias são claras, segundo os profissionais entrevistados. Os médicos e outros profissionais de saúde têm que conviver com inúmeras situações que influenciam, inevitavelmente, no processo de decisão, inclusive em relação aos seus próprios colegas de profissão. Segundo as suas opiniões:

“Se eu considerar até que ponto eu vou investir, eu vou investir sempre. [...] De maneira geral, só vou deixar de investir num paciente algum grau de terapia a partir do momento que ele pode ser considerado com morte encefálica” (MED 2).

“... a partir do momento que entrou aqui dentro, é pra se investir. Não é pra ficar pensando: ‘e isso e aquilo?’” (ENF 1).

“Existem médicos que não aceitam interromper procedimentos terapêuticos. [...] em geral, a grande divergência é: médicos que praticam obstinação terapêutica praticamente ilimitada! Eles vão investir no paciente até o fim, por pior que seja o prognóstico!” (MED 1).

Segundo as declarações acima, existem médicos que determinam o início da utilização de medidas fúteis, ou a sua continuação, por diversos motivos: uma “relação” conturbada com a morte e a rejeição à finitude humana, a pressão de outros profissionais, a falta de clareza sobre o que decidir e até quando investir, ou sobre o seu papel enquanto médico ou enfermeiro dentro de uma instituição hospitalar, sobre o papel da UTI neste contexto, dentre outras questões, ou seja, são diversos os fatores que arrastam o profissional para a prática da distanásia, visto que o individual não se dissocia do social.

Entretanto, um achado inesperado, dentro das representações dos profissionais entrevistados, trata da realização da obstinação terapêutica com o mero objetivo de testar novos procedimentos ou medicamentos, além de, também, visar ao aperfeiçoamento do treinamento, para alguns, no exercício de técnicas pouco realizadas rotineiramente. Uma das razões pelas quais se praticam medidas fúteis nos pacientes terminais, segundo algumas opiniões de enfermeiros, reside no fato de o local de estudo ser um hospital-escola:

“Na verdade, às vezes eu chego à conclusão que eles investem tanto pra testar o que tem por aí, pra aprender, por ser um hospital-escola” (ENF 3).

“Aqui se investe muito. [...] em relação a outros hospitais, acho até que se investe excessivamente. [...] é um hospital-escola... A gente também tem que ver esse outro lado do investimento. Se a gente olhar outras realidades, [...] não se investiria tanto” (ENF 2).

“... aqui é um hospital-escola, o pessoal tem aquela coisa de querer estudar, aprender, que é também uma das funcionalidades do hospital” (ENF 4).

O aprendizado na medicina é fundamentalmente prático. Existem alunos, deste curso, que, durante um estágio em UTI, por exemplo, sentem-se chocados quando percebem que quando da proximidade da morte de um paciente, seu corpo (ou o que restou dele) é utilizado como um artefato no intuito de treinar os estudantes para o desenvolvimento de procedimentos técnicos, tais como entubar, realizar venóclises, sondagens e outros. Todavia, tais procedimentos deveriam ser feitos antes ou imediatamente após a morte do paciente, visto que com o passar do tempo, o cadáver vai se tornando enrijecido, impedindo o treinamento. Neste sentido, os alunos podem tornar-se verdadeiros “urubus”, ao ficarem rodeando os leitos dos “pacientes morredores” à espera de um corpo ainda fresco para treinar. Esta prática é confirmada em muitas escolas biomédicas e também na vida cotidiana dos profissionais, como afirma Zaidahft (1990).

Em um comentário sobre esta situação, perguntou-se a um médico residente sobre a razão de se investir tanto no paciente terminal dentro da UTI. Eis a resposta, em voz baixa, de

maneira imediata e espontânea: “*for training*”. E só. Logo se mudou o assunto da conversa. Até mesmo a língua foi modificada, talvez com a intenção de que, se alguém ouvisse a frase, não a entendesse por ter sido pronunciada em inglês. Esta situação se repete não só na UTI, mas em outras unidades hospitalares, como afirmaram os profissionais, principalmente médicos. Nesse sentido, infere-se que o paciente terminal, internado em um hospital-escola, quando da irreversibilidade do quadro, sobretudo dos últimos momentos, pode ser considerado como um objeto de estudo, para a aprendizagem de técnicas que muitas vezes não podem ser treinadas em um paciente vivo, especialmente nos casos emergenciais.

Sobre esta questão, e sob outro prisma, foi aprovado, inclusive, um Projeto de Lei (PL 88/2003), de autoria do deputado Sanchotene Felice (PSDB/RS), exatamente com este intuito: treinamento e testagem de novos medicamentos e procedimentos médicos em pacientes terminais. Segundo o próprio autor, este projeto de lei visa regulamentar procedimentos clínicos, cirúrgicos ou experimentais em pacientes terminais, mediante consentimento informado. Em seu artigo 1º, afirma que no tratamento de indivíduos

com prognóstico de morte iminente, quando os recursos terapêuticos disponíveis forem ineficazes, as instituições públicas ou privadas do Rio Grande do Sul, reconhecidas como Centros de Excelência na área da saúde, poderão realizar procedimentos clínicos ou cirúrgicos pioneiros e experimentais, mediante consentimento informado do paciente (RIO GRANDE DO SUL, 2003, p. 1).

Assim sendo, a própria legislação já almeja, de maneira formal e legal, apoiar, de certa forma, a utilização de pacientes terminais como objetos de estudo e experimentação, ainda que com vistas a uma melhora do seu quadro clínico a partir do emprego de drogas experimentais ou procedimentos em processo de estudo.

Em se tratando do treinamento nos mortos, Zaidahft (1990) afirma que é preferível treinar nestes a treinar nos pacientes ainda vivos, pois muitas vezes são técnicas empregadas em situações de extrema urgência em que não há tempo disponível para aprender nem ensinar. Dessa forma, treina-se nos mortos (e pacientes quase mortos) no intuito de ajudar aqueles que apresentarão condições plausíveis de reversão do seu quadro patológico. O autor comenta um caso de um médico que, em seus plantões na unidade de emergência, realizava alguns procedimentos em pacientes já comatosos, como, por exemplo, traqueostomias, somente no sentido de treinar, visto que, no seu entendimento, “o paciente já estava morrendo mesmo...”

Por outro lado, o autor complementa que alguns alunos se queixam, com frequência, que não se sentem bem por não terem o que oferecer ao paciente, em se tratando de

conhecimento e experiência, e ainda desabafam sentimentos de culpa ao praticarem determinadas intervenções nos doentes, usando-os no intuito de aprender.

Outro ponto importante, apontado por Meyer (2002, p. 6), trata de questões econômicas relacionadas à precariedade da saúde pública, a partir da qual insurge a necessidade de se evitar “de um lado o sofrimento inútil diante da morte inexorável, e de outro a exploração econômica do uso indiscriminado de terapias, em proveito único das instituições” médico-hospitalares. Tal assertiva é proeminente na medida em que o treinamento e o uso infundado de terapias inúteis podem acarretar inúmeras disparidades no que se refere ao uso (in) apropriado da medicina, no sentido de considerar os fatores econômicos. Em um país, como o Brasil, no qual os recursos materiais são tão escassos na área da saúde, é imperativo não forçar gastos inúteis apenas para o referido “*training*”. Nesse “sentido econômico”, alguns profissionais mostram-se contrários:

“... se ele [o paciente] não tem condições de receber dieta enteral, manter uma dieta parenteral é questionável. É melhor manter só um soro glicosado do que gastar [...] num paciente sem retorno, que, provavelmente, vai ser um gasto inútil, uma medida fútil” (MED 4).

“... se a gente olhar a folha de gastos numa UTI, de um paciente, é exorbitante. Mas a gente também tem que ter bom senso. No momento em que a gente não tá vendo respostas, modificar algumas coisas! [...] eu posso às vezes até cortar um *micropore* menor [...] e dar maior conforto em outras coisas pro paciente” (ENF 2).

Uma situação que complementa estas falas ocorreu em um dos *rounds* na UTI, em que se discutia o grau de investimento e a relação risco-benefício da terapêutica, além da questão econômica do tratamento. Um dos médicos residentes referiu que pediria uma ressonância magnética para uma paciente com mau prognóstico. O médico plantonista indagou: “*por quê? Ela é investível? Até que ponto vale à pena fazer exames caros numa paciente que não tem muitas chances [de sobrevivência]? Temos que pensar nisso também. Não vamos gastar material, antibiótico etc. com paciente com mau prognóstico. E também, o que adianta fazer uma ressonância magnética no [hospital X]? Pra que isso?*” Assim sendo, discutido o fato, optou-se por não realizar o referido (e dispendioso) exame, o qual geraria ônus para a instituição hospitalar, provocaria estresse físico e mental para a paciente, por ter que ser deslocada para realizar o exame em outro hospital (particular, pois o hospital estudado ainda não o dispõe), e que não levaria à resolução do problema. Apenas intensificaria, ainda que momentaneamente, sofrimento da enferma.

Alguns estudos internacionais, como os de Hibbert et al. (2000) e Luce e Rubenfeld (2002), demonstram que os gastos em UTI com doentes sem possibilidades de cura podem ser

atenuados se houverem diretrizes para sua admissão nesta unidade e para seu tratamento. Porque os pacientes terminais, muitas vezes, são excessivamente mais caros em relação aos pacientes com potenciais chances de recuperação. O que se apregoa, para evitar tais custos desnecessários, é justamente que médicos e equipes de saúde abram mão de medidas fúteis que apenas postergam o processo de morte do doente.

Com relação ao Brasil, não foram encontrados estudos que avaliem estes ônus. No entanto, Luce e Rubenfeld (2002) afirmam que nos Estados Unidos são gastos com cuidados potencialmente inefetivos em pacientes internados em UTI, até o quinto dia de internação, cerca de 1,8 a 5 milhões de dólares por ano. Contudo, a partir de estudos mais recentes, que indicam a inviabilidade destas condutas onerosas e evitáveis, nos últimos anos, tal fato vem diminuindo. Especialmente pela utilização de consensos construídos entre profissionais, e também com a família e o paciente, além de serem utilizados, de maneira mais qualitativa, escores, tais como o APACHE e o SOFA²⁶, durante a admissão do paciente na UTI e no transcorrer dos seus dias nesta unidade, em relação à sua evolução clínica.

Uma questão a ser considerada é a possibilidade de erros de conduta pelos alunos, especialmente os alunos da residência, fato que gera muito desconforto entre a equipe. Em uma ocasião, o residente suspendeu a dieta de um paciente terminal e, no *round*, dois dias depois, aconteceu o seguinte diálogo: “o Sr. [Fulano] tá sem dieta”. Espantado, o médico preceptor questionou, transparecendo-se intensamente contrariado: “mas o que é isso? Como assim tá sem dieta?” “Foi o que me instruíram. Então eu fiz.” “Mas quem foi?” “O [Dr. Fulano], no outro round.” “Mas não pode isso! O paciente tá acordado! É a mesma coisa que injetar potássio! A partir do momento em que ele é terminal, é medidas de higiene e conforto, dieta e analgesia. Você lê isso em qualquer livro sobre paciente terminal!” “Então vou botar a dieta de novo”, terminou, encabulado (e meio perdido), o residente.

Essa discussão foi intensa na medida em que o médico plantonista identificou, dois dias depois, o erro de conduta do residente. Este, tentando explicar-se, arremessou a decisão tomada para outro médico, “hierarquicamente superior” a ele (por ser plantonista da unidade), fato que, definitivamente, não ocorreu, pois a pesquisadora estava presente no referido *round*.

Na verdade, o que se pode entender, aqui, é que os profissionais de saúde, sobretudo recém-formados, não procuram estudar ou ler sobre terminalidade de vida. Esta afirmação foi

²⁶ O APACHE (*Acute Physiology and Chronic Health*) é uma ferramenta baseada em dados objetivos provenientes do paciente, que equaciona o seu grau de mortalidade. Examina e atribui escores numéricos, o estado fisiológico agudo do paciente, a gasometria e os dados do exame neurológico. Por sua vez, o SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*) trata de uma avaliação também baseada em dados objetivos, advindos de exames referentes à escala de com de Glasgow, respiração, função cardiovascular, hepática e renal e coagulação sanguínea (MARINO, 2007).

verbalizada algumas vezes, até mesmo durante as entrevistas. Médicos e enfermeiros estão preocupados com o saber examinar, puncionar, suturar, sondar, diagnosticar, tratar e curar. Não existe a vontade de cuidar do paciente terminal. E se ela não existe, para que estudar terminalidade de vida? Como consequência, ao se depararem com tal circunstância, erros são passíveis de ocorrer. Por que o residente retirou a dieta do paciente mesmo este último estando lúcido e desperto? Porque, além de não saber, apropriadamente, o que fazer, igualmente não procurou saber. E quem sofre com tal displicência é o paciente, que, deixado à margem de cuidados básicos, como o é a alimentação, sofre excessivamente, pois, além de padecer pelos males próprios da doença, padece também pela ausência de conhecimento daquele que cuida ou trata. É tortura, pois não se pode esquecer que alimentação e hidratação são direitos humanos universais, visto que são necessidades inarredáveis e imutáveis da condição de ser humano cuja ausência, na presença ou não de doença, certamente evolui para o desfecho letal.

Ao paralisar o oferecimento de hidratação e/ou alimento, a *Causa Mortis* do paciente não seria a doença que o afligia anteriormente, mas seria a desidratação ou a inanição desencadeadas por uma atitude exclusivamente médica. Dessa forma, “se a intenção é procurar um meio infalível de provocar a morte do paciente, mais digno seria aplicar-lhe uma injeção letal, em vez de enfraquecer propositalmente seu corpo durante dias, negando-lhe esses cuidados, até que sobrevenha a morte” (VILLAS-BÔAS, 2008, p. 70).

A distanásia não pode ser percebida como algo irrelevante derivado do senso comum, pois este é um problema de cunho valorativo. De um lado, em um sentido limitado, todo tratamento é terapêutico, porém, arrazoando de maneira distinta, existe uma dimensão de cunho efetivo em jogo, pois esse tipo de tratamento não alcança os objetivos aos quais se propõe, ainda que depois de sucessivas tentativas de curar o paciente (SCHENEIDERMAN, JECKER e JONSEN, 1990).

Por conseguinte, depois de tentar, a todo custo, buscar uma cura que já não é mais possível, o profissional, especialmente o médico, analisa suas decisões, ou as decisões de seus colegas, além de refletir sobre o tratamento excessivo executado e as possíveis consequências. Dessa forma, a seguinte fala exemplifica certo grau de “autoavaliação”:

“Eu acho que muitas vezes chega a ser cruel! Porque a gente leva o paciente ao sofrimento, [...] cria expectativas na família que não se realizam e acaba gerando uma decepção, um sofrimento muito grande. Uma coisa é a gente prover analgesia, sedação, conforto. E outra coisa é lançar de meios que podem prolongar a vida, mas não vão trazer aquela pessoa de volta” (MED 1).

Como se observa, no incessante combate pela vida, quando na vigência da morte certa, o emprego de terapias e procedimentos demasiados negam a dimensão da morte, forçando, por desejo próprio ou a contragosto, o ser humano a sofrer uma morte dolorosa e terrivelmente lentificada.

Um aspecto emergente dos resultados que visou à justificativa da realização da distanásia é o fator cultural. Por algumas vezes, observaram-se discussões, sobretudo entre os médicos, acerca da possível existência de um instrumento objetivo, com enumeração de escores, ou pontuações, que predissessem como, e até quando, investir no doente terminal. Estas discussões tratavam, basicamente, do seguinte ponto: *“o que é bom nos Estados Unidos ou na Europa pode não ser bom para o Brasil. Nós somos muito diferentes deles! Eles são muito frios! É cada um na sua!”*.

Um fato que buscava justificar tal concepção, segundo comentários advindos da equipe da UTI, trata do modo como o povo latino-americano, tradicionalmente “de sangue quente”, encararia a vida: é feliz, alegre, gosta de usufruir o que a vida oferece e se sente muito satisfeito com isso. Como consequência, se a visão latina (e brasileira) em relação à vida é diferente, segundo os profissionais entrevistados, o processo de morrer, em comparação com os povos do Primeiro Mundo, não poderia deixar de ser. Ademais, existe todo um simbolismo, uma valoração da vida e dos seus costumes. O brasileiro, por exemplo, na opinião dos profissionais da UTI, é “mais humano” do que o europeu, que se mostra frio, impessoal e formal nas situações nas quais é necessária a humanização como pano de fundo para determinar como proceder na finitude da vida.

Dessa forma, para o ser humano, o fato de morrer abarca um fenômeno natural, o aspecto biológico, e abarca, igualmente, uma dimensão simbólica, a qual contém aspectos da psicologia e das ciências sociais, além dos elementos biomédicos. Dessa forma, “a morte apresenta-se como um fenômeno impregnado de valores e significados dependentes do consenso sócio-cultural e histórico em que se manifesta” (COMBINATO e QUEIROZ, 2006, p. 209), como se pode notar nas seguintes falas:

“Mesmo sendo regulamentada [a distanásia], não sei se a nossa cultura vai conseguir mudar. [...] Eu acho que é da nossa formação, é muito do nosso povo [brasileiro]. Tem coisas que são boas pros americanos, pros europeus, que no Brasil não dão certo. Eles conseguem fazer umas coisas que nós nunca vamos conseguir” (MED 4).

“Não é só o pessoal da UTI, é a cultura popular também! Porque esse é o exemplo típico: ao invés da família querer pra si a responsabilidade, ela quer que ele [o paciente] seja confiado a cuidados técnicos intermináveis” (MED 3).

Essa última declaração traz um achado: a família, de certa forma, entrega (e, muitas vezes, abandona) o doente terminal para ser cuidado por profissionais especializados, muitas vezes porque não quer sofrer com o peso físico, psíquico, econômico e social de conviver no ambiente familiar com a lembrança da morte que ainda não veio.

Ajuizando a respeito, Chiavenato (1998) considera que o mais comum, atualmente, é se livrar dos pobres e doentes o quanto antes com o objetivo que eles não atarraquem a rotina da vida da família nem ocasionem incômodos à mesma. Entretanto, não se pode olvidar que é muito difícil (e às vezes, impossível, dependendo do indivíduo) tolerar o peso psicológico de coexistir com um ser humano, seu familiar, em processo de morrer, e testemunhar consecutivamente o seu sofrimento, o que significa um perecimento juntamente com o doente.

Outro achado interessante foi o dizer de um dos entrevistados sobre “dar um caixãozinho de chocolate de presente na Páscoa”, ao invés de ser um ovinho, visto que esta data denota a rememoração da morte, da “passagem”. Eis a fala:

“As pessoas comemoram a Páscoa com ovinho, com isso e aquilo, e esquecem que Páscoa é a comemoração da passagem, da morte. A gente devia dar um caixãozinho de chocolate pros outros na Páscoa! Parece horrível, mas assim tu estaria desejando uma boa morte, uma boa passagem, uma tranquilidade de morte pro outro. Porque com o ovinho tu foge totalmente do tema. E isso é cultural” (MED 5).

Segundo a Igreja Católica, na Páscoa se relembra e se comemora a ressurreição, ou seja, a vida posterior à morte e não exatamente a morte em si. Para Chiavenato (1998), as diversas hipóteses de vida após a morte são características de cunho igualmente cultural e social, não caracterizando apenas o aspecto religioso da questão. Segundo o autor, é extremamente comum a crença imutável perpetuada na e pela humanidade no que tange a outras vidas, uma crença conseqüente do inconformismo com o “fim de tudo”.

A realidade, hoje, em termos de enfrentamento da morte pela sociedade contemporânea, é inteiramente contraditória, se comparada às sociedades antigas. A transição de um modelo de instituição para onde se partia com o intuito de morrer (como eram os hospitais em tempos remotos, como “morredouros”) para uma instituição onde se objetiva cuidar da saúde e se prima, cada vez mais, em aperfeiçoá-la, demandou longo período de tempo, além de inúmeras descobertas técnico-científicas na área da saúde. A instituição hospitalar, nos dias contemporâneos, constitui-se em um pequeno microcosmo dentro de um macrocosmo maior, que é a sociedade. Em outras palavras, no hospital é identificado, “em dose concentrada, um resumo do que há de mais nobre, mais bonito e incrível [que] encontramos na sociedade, bem como do que de mais triste, degradante e violento [que] nela

existe. [...] Trata-se de uma realidade simplesmente paradoxal” (PESSINI e BERTACHINI, 2004, p. 15), onde a vida e a morte se entrecruzam diariamente.

Os mesmos autores afirmam que não existe pessoa que vá ao hospital para relaxar, por prazer, para tirar férias ou para passear. O que existe é uma necessidade de cuidado e salvaguarda da vida. Neste sentido, como o hospital é concebido como o templo curativo e “salvador de vidas”, e não como o “ceifador” destas, é até tolerável que as pessoas que nele estão internadas, ou que estão acompanhando seus familiares nesse processo, estejam por demasiado preocupadas em dar prosseguimento à vida. Talvez, por isso, não se aceite “fazer mais nada”, como denota a seguinte fala:

“A sociedade [...] não entende isso de não fazer mais nada. Tem paciente com comorbidade com 97% de chance de morrer. [...] O que a maioria [dos médicos] decide? Operar! Tu vai fazer o máximo que puder! [...] a sociedade pensa que não fazer nada, de certa forma, é contribuir pra morte do paciente. Não é isso!” (RES 1).

Este médico residente enfatizou que, em se tratando de decidir a conduta para o doente terminal, a pressão da sociedade é um fator que influencia nas determinações. Todavia, como o mesmo salientou, abrir mão de medidas terapêuticas consideradas fúteis, em detrimento de proporcionar o cuidado paliativo, de forma alguma pode ser considerado eutanásia, mas a sociedade, os leigos, em particular, não compreendem tal concepção, acreditando que deixar de instituir uma terapia é contribuir para apressar a morte do doente.

Um exemplo referente a essa situação trata, novamente, do aparecimento da gripe A H1N1. Existia, durante o período de internação dos pacientes devido à nova doença, uma grande pressão, por parte da sociedade, familiares, mídia, Secretaria Estadual de Saúde, Ministério da Saúde e de outros órgãos públicos, e, também, dos próprios funcionários do hospital. A equipe tinha, obrigatoriamente, que “fazer tudo o que fosse possível” para manter viva a paciente, porque, se tal fato ocorresse, seria não somente o primeiro caso da “gripe suína” no Brasil, como também se constataria o primeiro caso já acompanhado da primeira morte. Dessa forma, a equipe, desconfortável com esta pressão diária, esmerava-se em “fazer todo o possível” pela paciente. E, segundo a opinião de um médico, *“não ficaria bem pro hospital, nem pro Brasil, computar esta morte. Especialmente em se tratando de uma menina de 14 anos. Ia ficar muito feio pro [hospital Y]”*. Ou seja, salvar vidas aumenta a credibilidade da instituição perante a sociedade na qual esta se encontra inserida. E o oposto, igualmente, também ocorre.

5.2.5 Os pedidos obstinados da família...

A medicina, há muito, sofre uma significativa pressão advinda da sociedade, por múltiplas razões, tais como científicas, econômicas, sociais e políticas e “algumas dessas tensões são causadas pelo próprio sucesso da medicina, não por suas falhas” (PESSINI, 2001, p. 47). Em solo norte-americano, por exemplo, como afirmam Emanuel, Gunten e Ferris (2000), apesar de 90% dos estadunidenses considerarem que é a família a responsável para prover o cuidado aos parentes que estão morrendo, o isolamento social destes doentes instituiu uma situação bastante diferente do que se viveu no passado, ou seja, hoje a morte não ocorre na cama, no quarto, na casa do doente, mas, sim, no hospital, no leito de número “x”, ou na UTI. Não existem mais os cuidados familiares, mas, sim, os cuidados técnicos.

Neste ponto, não só a sociedade requer do médico e da equipe de saúde que lancem mão de todo o seu arsenal tecnológico para salvar vidas. As famílias dos doentes, em estado crônico agudizado, ou agravado, ou em fase terminal, também, e de maneira clara e incisiva. Este fato talvez se justifique pelas grandes dificuldades na perda de um ente querido, especialmente quando não se fala, espontaneamente, sobre a morte no âmbito doméstico e, muitas vezes, em lugar algum. Ou, quando se aborda o assunto, paira no ar um misto de negativismos e imprecisões.

Segundo Floriani (2008), as famílias reagem diferentemente quando do aparecimento de uma doença incurável de um de seus membros: algumas encontram uma chance ímpar de expressar sentimentos positivos, como amor e gratidão, além de considerarem um momento de crescimento espiritual. Paradoxalmente, outras famílias se tornam mais negativas, solicitantes, hostis e abusivas para com os profissionais de saúde, cuidadores e até mesmo para com o paciente. Dessa forma, caminhando em terreno tortuoso e de grandes sofrimentos e angústias, quem vivencia, negativamente, o processo de morrer de um familiar sofre tanto quanto o próprio, ou mais, e, por isso, o processo de terminalidade torna-se tão penoso intrafamiliarmente nessas ocasiões.

Em presença de uma patologia terminal, quando o doente entra em uma fase que requer acompanhamento paliativo, a família igualmente deve ser incluída nas ações, visto que sofre, na maioria das vezes, de mãos dadas com o mesmo.

“Às vezes, nós temos que trabalhar mais a família do que o paciente. [...] a minha atuação vai ser não apenas no paciente, no indivíduo, isoladamente, mas no contexto dos seus familiares. [...] a atitude do médico em relação a isso é que faz a diferença: quando ele dá atenção pra família e quando ele não dá atenção pra família” (MED 2).

“... às vezes, o maior cuidado não vai ser com o paciente, e, sim, com a família. [...] As famílias reagem de diferentes formas. Às vezes já vêm entendendo que o quadro clínico do paciente é muito complicado, com idade muito avançada e ele sobreviver [...] vai ser quase impossível. [...] e tem pessoas que não entendem” (ENF 1).

Como se nota, o médico e o enfermeiro acima relatam que a família, muitas vezes, demanda uma necessidade (diferente) de cuidado e atenção bem maior do que para com o próprio enfermo, visto que a mesma também vivencia todo o processo do morrer, porém não está, como a maioria dos pacientes terminais internados na UTI, sedada, analgesiada, inconsciente. Ela é obrigada a dar continuidade aos seus afazeres cotidianos, mas em um novo contexto: as grandes adaptações para a convivência com o enfermo em processo de morrer, seja em casa ou na UTI. Por isso, imagina-se que as famílias que negam este processo sofram. E aquelas que não estão preparadas emocionalmente para tal evento, sofrem demasiadamente.

Segundo Moseli, Silveira e Goold (2005), quando se trata da distanásia, refletindo sob a perspectiva dos familiares e pacientes, é importante que se observem as tomadas de decisão de três ângulos distintos: quem decidirá o objetivo do tratamento? Quando é possível se ter a certeza de que o prognóstico é verdadeiramente nulo ou mínimo? E se o paciente estiver em sã consciência para entender a sua doença e decidir sobre o seu prognóstico? Estes questionamentos mostram-se de enorme relevância nas tomadas de decisão em ocasiões de terminalidade de vida, visto que as ambiguidades são contingentes.

Ao caracterizar a distanásia, ou não, de uma intervenção ou tratamento médico em pacientes com doenças em graus avançados, há que se observarem olhares distintos, os quais devem ser ponderados, ou seja, deve-se considerar a opinião do médico, do paciente, do cuidador e dos familiares. Em seguida, a tarefa mais complexa a ser executada é responder à questão: qual destas opiniões deve predominar? A resposta parece simples, mas não o é, pois não existe esta obrigação de haver uma opinião em detrimento das outras, mas, sim, uma construção da conduta edificada partindo-se das concepções e opiniões de cada um dos envolvidos na situação. Em outras palavras, devem-se considerar as “preferências do paciente e pactuá-las com ele e seus familiares. Um desafio que aqui se impõe diz respeito aos pacientes com competência cognitiva comprometida” (FLORIANI, 2008, p. 412), como, por exemplo, aqueles pacientes internados em UTI, os quais se encontram, normalmente, em coma, induzido ou não.

A inconsciência do paciente, decorrente da patologia ou da sedação, e que o priva das discussões sobre sua própria vida e morte, é um fato complexo. Como eventualmente era comentado na UTI, “*a gente nunca sabe o que ele ia querer que fizesse com/por ele*”. Assim

sendo, a família torna-se, definitivamente, corresponsável pelas decisões referentes às condutas terapêuticas. De posse desta consciência, os profissionais afirmaram que:

“A família é, nesse momento, a razão do paciente, [...] responde pela pessoa que tá ali dentro. Nós devemos sempre nos valer da opinião da família, porque ela é a que mais conhece aquela pessoa pra dizer se gostaria que fosse nela investido até o final, até o último suspiro, a exaustão, mesmo que isso lhe trouxesse sofrimento” (ENF 1).

“... às vezes ele [o paciente] não tá consciente. [...] E às vezes o grau de investimento tem alguns aspectos que dependem também da vontade da família, de acordo com a vontade previamente estabelecida pelo doente ou não. [...] nós devemos respeitar a consciência, os sentimentos da família em relação ao paciente. Por isso, eu acho que, nesse aspecto, nós temos, às vezes, uma responsabilidade e um compromisso muito maior com a família do que, às vezes, diretamente com o paciente” (MED 2).

“... acho fundamental que a família ajude, que tome a decisão também. Até porque acho que o correto é botar as opções pra família: ‘tu prefere ficar mais próximo do familiar mesmo que ele esteja com ventilação mecânica? Mesmo que esteja sedado? Mas tu vai ficar próximo do teu familiar! Ou tu prefere que continue se investindo, ficar afastado numa UTI?’ [...] É a família que tem que decidir.” (RES 1).

Corroborando com as assertivas acima, Soares (2007) considera que o cuidado aos familiares é uma das mais relevantes questões do cuidado global em pacientes internados em UTI. No processo de terminalidade, ou na impossibilidade de recuperação, este cuidado se torna ainda mais importante, pois o paciente não está desperto ou está inconsciente.

Dentro dessa perspectiva, convictos da necessidade de participação da família no processo decisório, os profissionais referiram que existe um amplo compromisso com a mesma, visto que é sua a incumbência de decidir sobre a conduta. Todavia, esta afirmação é equivocada, pois a família constitui somente uma das partes envolvidas neste processo de definição de condutas, como distintos autores afirmam (LAURETTE et al., 2007; MORITZ, 2007; NORTON et al., 2003).

Ainda com relação aos pacientes inconscientes, Moritz (2007, p. 488) assinala que nas UTIs “o paciente quase que invariavelmente é sedoanalgesiado e os fármacos administrados interferem sobremaneira na comunicação desse paciente”. Portanto, na grande maioria dos casos, a comunicação da equipe é dirigida aos familiares e amigos dos pacientes.

Como afirmam Lago, Devictor e Piva (2007), após a definição da terminalidade, a família deve ser informada e convidada a tomar parte de todas as etapas que arrazoam sobre as condutas no fim de vida do paciente. No entanto, tal fato não ocorre em todos os países, nem em todas as UTIs. Assim, apesar de existir uma tendência em divulgar, abertamente, prognósticos terminais a pacientes e seus familiares, médicos e profissionais de saúde geralmente empregam uma “divulgação condicional” na prática (NORTON et al., 2003), ou

seja, tudo depende de cada caso. Com isso, pode ser que nem todas as famílias tenham acesso ao verdadeiro prognóstico do caso.

Faculta-se dizer que, durante as observações efetivadas na UTI, nem todos os familiares participaram ativamente das discussões acerca da terapêutica a ser ofertada no fim da vida dos pacientes terminais. Tal fato pode ser justificado, talvez, pela dúvida que pairava no ar: será que todas as famílias desejam, verdadeiramente, participar do processo decisório? Será que as mesmas estão preparadas emocionalmente para tal? Por isso é fundamental que os profissionais analisem determinados fatores inerentes aos familiares, a fim de definirem os diálogos e a conduta. Em outras palavras, que avaliem a capacidade emocional dos familiares para receberem e assimilarem as informações, pois os mesmos, como foi observado, reagem de distintas maneiras frente ao processo de morrer do seu ente querido.

Esta situação deve, necessariamente, ser considerada, visto que, muitas vezes, a informação da provável morte, em breve, do ente querido possa se tornar uma antecipação do sofrimento da família, ao invés de auxiliar na elaboração do processo de luto. No entanto, quando a família é convidada a ser ativa neste processo, ela pode se sentir útil e valorizada, como demonstra a seguinte fala:

“... já teve casos do familiar vir agradecer a tomada de iniciativa da gente ter chamado e eles terem se feito presentes pra tomar a decisão” (ENF 2).

Mas, ainda assim, avaliados os elementos psicológicos dos familiares, um fator importante a ser empregado é a comunicação efetiva e verdadeira para com os familiares, visto que, como afirma Garros (2003), as famílias frequentemente se sentem frustradas ao perderem um ente querido, quando sequer sabiam que o mesmo estava morrendo. Tal problema decorre da ausência de comunicação entre equipe e família. O que se nota, e que corrobora com os dados resultantes das observações realizadas na UTI, é que são ditas palavras ou expressões vagas, tais como “*pode ser que ele [o paciente] não melhore...*” Ou: “*estamos fazendo o possível, mas a situação é muito complicada...*” Estas indefinições de palavras levam, muitas vezes, a uma falsa esperança para o familiar que as ouve.

Um estudo da *Society of Critical Care Medicine*, realizado por Truog et al. (2001), citado por Soares (2007), recomenda que as principais necessidades dos familiares em situações de terminalidade na UTI são: estar próximo do paciente; sentir-se útil para o mesmo; conhecer as alterações do seu quadro clínico; compreender o que está sendo implementado e o porquê; ter garantias do controle da dor e do sofrimento; estar seguro de que a decisão de retirada de suporte é apropriada (se for o caso); ter espaço para expressar os

sentimentos e angústias; ser confortado e consolado; e, por fim, encontrar um significado para a morte do ente querido. Estes são os pontos nos quais a equipe deve estar focada para oferecer, acima de tudo, um cuidado realmente integral aos familiares que perdem alguém importante em sua vida.

A comunicação com a família é um fato significativo, em especial nos casos de morte iminente, quando se é obrigado a lidar com a perda de um ente querido. E o empenho da equipe, neste sentido, pode significar muito. Um estudo americano relatou que a satisfação dos familiares com a assistência prestada na UTI aos pacientes que morreram foi maior do que a de familiares dos pacientes que receberam alta da unidade (WALL et al., 2007).

Dessa forma, a partir do momento no qual a família pode contar com o apoio da equipe, e consegue captar nitidamente que o seu familiar está morrendo, ela disporá de um maior período de tempo para se dedicar ao processo de despedida, a demonstrar suas dúvidas, a contatar parentes distantes para as cerimônias de adeus. Este pedido dos familiares, em certos casos, para que o doente seja mantido, ainda que futilmente, por um determinado período, com o objetivo de aguardar que um familiar próximo ao moribundo vá fazer uma última visita, é comum nos hospitais (VILLAS-BÔAS, 2008).

Por fim, o preparar-se para a morte (GARROS, 2003). Mas não é sempre isso que acontece, e esta ausência de participação do paciente e da família, durante as discussões para tomadas de decisão, constitui um fator fortemente influenciante nas representações sociais sobre obstinação terapêutica em UTI.

“Doutor, por favor, faça todo o possível pra minha mãe melhorar”. Em meio a rostos angustiados, e ao mesmo tempo esperançosos, é este tipo de frase uma das mais ouvidas na sala de espera da UTI. Diante da possibilidade da perda de um ente querido, o pedido familiar é que se invista ao máximo.

São muito comuns as cobranças provenientes da família, a qual solicita ao médico que prolongue a vida do enfermo, por diferentes motivos. Entre eles, pode-se inferir que a falta de preparo psicológico para lidar com a morte talvez seja uma delas, já que são poucas as pessoas que possuem este preparo, segundo os participantes da pesquisa. Por consequência, sentindo pena, angústia ou impotência, dentre outros sentimentos, os profissionais repensam suas avaliações acerca dos pedidos dos familiares que solicitam, obstinadamente, que seja realizado algum procedimento, ainda que fútil, no enfermo, com o intuito, em vão, de curar ou controlar a sua doença (AMARAL et al., 2008).

Um caso bastante complexo, gerador de muitas discussões, intrincadas e duradouras, entre a equipe, foi sobre um paciente com um câncer muito avançado, que já tinha sido

extirpado cirurgicamente, mas sem sucesso. Com a rápida e má progressão clínica do paciente devido ao acelerado avanço do câncer, este se tornou inoperável e a família relutava em aceitar a situação. Muitas foram as perguntas a respeito do caso, especialmente pelo médico residente que acompanhava o enfermo. Em um *round* (mas este assunto foi discutido em vários *rounds*, e poderia ser tema de um livro inteiro), a conversa foi a seguinte: “*ontem conversamos e já decidimos o que fazer [...]. Ele tá mal mesmo. Então, se for só medidas de conforto mesmo, tira os antibióticos, NPT²⁷, tira tudo. Só não pode tirar o vasopressor, porque ele vai chocar²⁸ e morrer antes da hora. Mas, se ele tá com dieta enteral, deixa ela e tira o resto. Porque, de qualquer forma, a doença de base dele é grave e mataria ele mais cedo ou mais tarde*”. Ouvindo isso, após definir a situação de terminalidade, o residente responsável pelo paciente questionou, de maneira aflita: “*mas a família é meio problemática. Até já tentaram o [hospital X] pra transferir. Se eu tirar os antibióticos, e eles me perguntarem se ele tá recebendo, o que eu digo? Se eles perguntarem o que tá sendo feito, o que eu digo?*” O médico, contemplativo neste momento, recuou da sua decisão: “*então, se os familiares podem nos causar problemas, não tira nada. Deixa os antibióticos e a NPT. Mas não muda nada. É pra não ter problema com a família. [...] A gente nunca sabe...*” O residente complementou: “*eles acham que a gente tá investindo tudo, e pedem ‘por favor, doutor, não deixa ele morrer. Faça tudo por ele’*”. O médico plantonista, em seguida, foi bem incisivo: “*antes de qualquer coisa, você tem que conversar com a família.*” O residente, indignado por relembrar a situação, e transparecendo certa revolta, enfatizou: “*mas eu já conversei! Anteontem, ontem! Falei que o quadro dele é grave, que piorou etc. etc. etc.! Mas, ainda assim, eles pediram pra investir!*” Por fim, o médico plantonista declarou: “*é, então não tira nada mesmo. Até pra gente se prevenir [legalmente] com relação à família*”.

Como está claramente estampado no diálogo acima, o motivo da obstinação terapêutica, do oferecimento de medidas inúteis ao paciente terminal em questão, foi, pura e exclusivamente, a pressão da família, porque o diagnóstico e prognóstico já eram sabidos pela equipe. Mas esta tinha imensa dificuldade em conversar com os familiares, que, relutantes ao processo de morrer do ente querido, exigiam, em alto e bom tom, que fossem proporcionadas todas as medidas curativas possíveis para o mesmo.

As seguintes afirmações, dentre muitas outras que surgiram, ressaltam tal situação:

²⁷ Nutrição parenteral.

²⁸ Vai sofrer um choque cardiogênico.

“Tem famílias que não aceitam de maneira nenhuma! [...] Aquele paciente [X], a familiar não queria entender! Ele tava evoluindo com doença disseminada, ia morrer e não se conseguia tirar da prescrição as medicações, porque o familiar ficava em cima. [...] Então a gente acaba não comprando essa briga, e a família acaba, por falta de condição técnica e emocional, interferindo nisso. E interfere bastante” (MED 6).

“Às vezes, pacientes terminais são mantidos na CTI por problemas familiares. [...] quando eles vêm com isso, ‘eu quero que faça tudo o que é possível’, a gente já sabe que eles não vão aceitar que a gente diga que não tem mais o que fazer” (MED 4).

“Nós tivemos aqui um paciente [...] e a família foi muito relutante em aceitar que não tinha mais o que oferecer pra ele mais do que já tinha sido oferecido! Ele evoluiu pra óbito, fiz o atestado, e depois eles me ligaram querendo saber detalhes! Quer dizer, eles não tinham assimilado a ideia de que já tinha sido oferecido tudo! Eles estavam agindo como se ele tivesse tido uma parada cardíaca!²⁹” (MED 3).

“... tem as famílias que [...] aceitam muito mal a retirada do suporte. Mas a gente procura tomar decisões técnicas baseadas em evidências, e, se a família é muito obstinada, a gente aceita a opinião e não retira o suporte. Mas a gente sabe que vai acabar prolongando o sofrimento” (MED 5).

A família, com seus sentimentos, ambivalências e consequentes pedidos obstinados dirigidos à equipe, pelo que se nota nas falas, exerce forte influência sobre as representações em relação às condutas médicas para com o doente terminal. Por inúmeras vezes, quase que de caráter diário, o caso anteriormente comentado (sobre o paciente com câncer avançado, cuja família não aceitava o prognóstico e a retirada de suporte) foi intensamente discutido intra e interequipes do hospital, sendo constantemente revisto, analisado, determinado, revogado, retomado... Tudo em função dos problemas familiares.

Como se pôde perceber na UTI, este fato é gerador de intensos dilemas e angústias por parte da equipe, por esta não saber, adequadamente, como lidar com a situação. Discutia-se o sofrimento do paciente *versus* o sofrimento da família, mas não se comentava abertamente, entre os profissionais, sobre o sofrimento da própria equipe, apesar de o mesmo acontecer a olhos vistos. Como um profissional referiu, “*a gente fica de mãos atadas*”, pois não havia mais possibilidades de terapia curativa para o paciente. Mas, a despeito disso, a família continuava, cegamente, solicitando que retornasse com a administração dos antibióticos, questionava o motivo pelo qual a quimioterapia ainda não tinha sido reiniciada etc., ou seja, os médicos tinham o receio de modificar a prescrição e a família causar problemas, porque não era o seu desejo.

Toda esta inquietação incomodou profundamente os profissionais da UTI, como demonstra o seguinte “desabafo”:

²⁹ Esse médico, em outro momento, explicou tal afirmação diferenciando a parada cardiorrespiratória, que é um evento súbito, inesperado, da falência de múltiplos órgãos, que é ocasionada por uma doença em fase terminal. Ambas são, segundo o profissional, completamente diferentes no que se refere à *Causa Mortis* do paciente.

“... familiar que vem uma, duas vezes por dia e quer saber informações, detalhes da doença... [...] Às vezes, é mais fácil tratar um paciente [...] do que ter o stress de todo dia enfrentar um acompanhante que vem com esperança e tu não pode dar, vem com o desejo de que tenha coisas novas a serem feitas e tu sabe que não tem nada a fazer mais” (RES 2).

Com toda a problemática causada pelos familiares, notava-se que os profissionais sentiam-se obrigados, de certa forma, por diversas vezes, e a contragosto, a repensarem a conduta tomada. Na verdade, por mais que se tentasse, não existia o que se repensar. O caso do paciente era apenas de implementação de cuidados paliativos. Nada mais. Até porque, aparentemente, a morte estava muito próxima. Ademais, outra fonte de desconforto foram as tentativas de (re) formulações de distintas estratégias de intervenção para com a família, no intuito que esta compreendesse, e aceitasse, que o câncer estava em estágio extremamente avançado e já não havia mais possibilidades de cura. Por fim, a família foi encaminhada ao serviço psicológico, uma vez que os diversos membros da equipe, ao tentarem conversar, das mais diversas maneiras, inclusive mostrando a enorme ferida do câncer (a família ainda não conhecia), não obtiveram sucesso algum.

Sob essa perspectiva, independentemente da causa, Lago, Garros e Piva (2007) afirmam que a escassa participação dos familiares, e a impossibilidade do próprio doente em participar do processo decisório, contribuem, efetivamente, para seja mantido o suporte de vida à plena, ainda que se trate de doença terminal.

Um estudo realizado por Laurette et al. (2007), em 22 UTIs da França, comprovou que a participação dos familiares nas decisões é completamente benéfica para todos os envolvidos. O número de dias de internação na UTI diminui, a comunicação familiar-equipe é melhorada, as intervenções extraordinárias (ventilação mecânica, vasopressores, hemodiálise e outras) são menos utilizadas, a retirada do suporte de vida é executada mais cedo. Em outras palavras, a comunicação adequada é a chave da terapêutica correta.

Para Floriani (2008), algumas questões são imprescindíveis, quando são discutidas as tomadas de decisão no fim da vida, quais sejam: o paciente (se competente, cognitivamente) deve ser ouvido quanto aos seus desejos; as relações assimétricas, em relação à equipe e/ou aos familiares, para com o paciente devem ser repelidas; o que os profissionais consideram qualidade de vida nem sempre é o que o paciente deseja; as preferências do cuidador e da família podem não ser as mesmas que as do paciente; o médico/equipe deve saber com quem construir as tomadas de decisão para os cuidados adequados no fim da vida; e, por fim, os profissionais de saúde devem conhecer o que desejam os pacientes.

Sob outro ângulo, eticamente falando, o Código de Ética Médica, sobre a relação com pacientes e familiares, refere no artigo 31, que é vedado ao médico “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte (CFM, 2009, p. 1). Igualmente, o Código de Ética de Enfermagem aponta semelhantes considerações, pois, em se tratando das responsabilidades e deveres dos enfermeiros, é sua obrigação, segundo os artigos 17 e 18, “prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade [...] e respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem estar” (COFEN, 2007, p. 1).

Assim sendo, além de eticamente preconizada, a comunicação adequada, o falar com veracidade aos pacientes e familiares, devem ser atitudes cotidiana e moralmente presentes na UTI. Como afirma Moritz (2007), o médico intensivista, como coordenador geral da equipe, tem o dever de compartilhar a situação da doença com o paciente, sua família, seus amigos e também com o médico assistente. Igualmente, tem o dever de informar os detalhes referentes ao tratamento para os integrantes da equipe multidisciplinar da unidade.

Por fim, todo o exposto demonstra que as representações sociais sobre a distanásia são edificadas, também, partindo da forma como os familiares do doente terminal encaram o processo de morrer deste, fato que, muitas vezes, pode ser terrivelmente desgastante para todos os envolvidos na questão, especialmente quando os pedidos da família somente visam à obstinação terapêutica na incessante busca por uma cura que não existe mais.

5.2.6 As complexidades das tomadas de decisão

Atualmente, o alto grau de tecnologia hospitalar tem, frequentemente, levado às decisões distanásicas, muitas vezes além dos limites do corpo humano. As possibilidades desencadeadas pela tecnociência, e o enorme anseio em não morrer ou prolongar a vida, geram difíceis dilemas às equipes médico-hospitalares, sobretudo aos médicos, visto que eles são considerados os “donos da última palavra”. Especialmente os intensivistas são afrontados com o dilema da conservação ou cessação de tratamentos considerados fúteis ou inúteis (MORITZ et al., 2009).

Com o passar do tempo, segundo Pessini (2001, p. 51), o aprimoramento da saúde passou a ser visto tal como uma fronteira sem limites, e a medicina, com isso, transformou-se não somente em uma forma de lutar contra a doença, mas também em uma maneira de

expandir a escolha humana em novas possibilidades. [...] Mas ela também expande a noção de que a medicina poderia se transformar em uma mera coleção de fatos e técnicas considerados completamente neutros, para serem usados de acordo com as preferências pessoais, condicionados somente pelos limites econômicos.

A partir do grande leque de possibilidades que o avanço tecnológico oferece hoje, os profissionais de saúde, sobretudo de UTIs, vivenciam intensos dilemas sobre “até quando investir sem agredir?”, ou então, “até quando prolongar a vida? (PESSINI, 1996; 2001). Como se observou nesta investigação, são estas as maiores, mais intensas e mais profundas questões que influenciam a construção das representações sociais sobre a distanásia, no que concerne aos dilemas vivenciados pelos profissionais intensivistas com relação ao paciente terminal internado em UTI.

Desta categoria emergiram quatro subcategorias referentes às obscuras, desgastantes e angustiantes tomadas de decisão no âmbito do intensivismo: “a escolha de Sofia”, “na dúvida, se investe”, “divergências de conduta” e “mas... Até quando investir?”, as quais são discutidas em seguida.

5.2.6.1 “A escolha de Sofia”³⁰

A complexidade de cuidado e da decisão sobre as condutas a serem oferecidas aos pacientes terminais na UTI já se iniciam logo na admissão destes na unidade, como aborda a primeira subcategoria.

A Terapia Intensiva, uma especialidade recente, com alta tecnologia e capacitação assistencial diferenciada, é identificada como um espaço destinado a profissionais com distinção de conhecimento e destreza, para a realização de procedimentos os quais, mormente, representam a diferença entre a vida e a morte. Neste contexto, vivencia-se uma intensa discussão a respeito da forma e controle de acesso à assistência intensiva, a resolutividade desta e seus resultados, e, sobretudo, a discussão acerca dos critérios de admissão e alta de pacientes e os custos diretos e indiretos que as UTIs acarretam (BRASIL, 2005).

Apesar de se tratar de uma unidade com vistas ao tratamento intensivo, a UTI não recebe, apenas, pacientes com patologias ou em estados clínicos potencialmente reversíveis. Os médicos que trabalham nesta unidade sempre estão às voltas com pedidos de internação de pacientes terminais ou portadores de doenças incuráveis e irreversíveis. Neste sentido, Moritz

³⁰ *Sophie's Choice* (A escolha de Sofia) é filme que trata do dilema de Sofia, uma mãe, presa num campo de concentração durante a Segunda Guerra, que é forçada, por um soldado nazista, a escolher um de seus filhos para ser morto. Se ela se recusasse a escolher um, os dois filhos seriam mortos (WIKIPÉDIA, 2009a).

et al. (2009, p. 144) afirmam que “mesmo na UTI, onde idealmente são internados os doentes com potencial de recuperação, 42,6% das internações que resultaram em óbito, foram de pacientes com doenças crônicas, tais como neoplasias, hepatopatias, SIDA, e doença pulmonar obstrutiva crônica”.

Os depoimentos (ou serão desabafos pela forma angustiada como foram, algumas vezes, explicitadas?) desta subcategoria, de modo geral, apontam tal questão:

“... a indicação [de UTI] ainda é bastante controvertida. [...] A maioria das pessoas tem a noção de que seria o último *step*, [...] um lugar pra deixar o paciente [morrer]” (MED 6).

Em uma ocasião, o médico de plantão contou uma breve história. Foi solicitado a ele um leito para internar uma paciente idosa com mau prognóstico. Olhando para a lista de espera de leitos, ele comentou: “*mas ela tem 88 anos! Chegou aqui [no hospital] com Glasgow³¹ 3, teve uma parada [cardiorrespiratória] e não sei como tá agora. Mas daí ele [o médico assistente] me pediu pra colocar ela na lista. E ainda disse que, se aparecesse um paciente mais jovem e investível, eu podia passar ele na frente dela. Aí, bem na hora que eu ia decidir, apareceu esse gurizinho de 15 anos aí [um paciente que estava internado na UTI naquele momento]. Nem pensei duas vezes. Mande trazer o guri!*” Novamente, olhando os nomes dos pacientes, seguidos de dados concernentes às suas idades, patologias, unidades e hospitais nos quais estavam internados, todos enumerados na lista de espera, o médico acrescentou: “*mas olha essa lista! Só caquinho!*”, se referindo às idades avançadas dos pacientes que aguardavam leito na UTI, ou seja, desde antes mesmo da admissão do paciente na referida unidade, o médico já vivencia a angústia de ser, de certa forma, forçado a “*escolher a quem presentear com a chance de viver*”, como foi referido por um dos médicos.

O fato de haver uma obrigatoriedade de selecionar qual dos pacientes da lista de espera será admitido na UTI é gerador de angústias, sobretudo nos médicos, pois são eles que tomam esta decisão. Como se pôde notar, a “*lista de Schindler*”³², como já foi chamada pelos profissionais, muitas vezes, enumera pacientes com níveis de gravidade e prognósticos semelhantes. Outras vezes, isto é bastante heterogêneo. A decisão, nessa última ocasião, se

³¹ A Escala de Coma de Glasgow é uma escala neurológica que registra o nível de consciência do paciente. Analisa a abertura ocular, a melhor resposta verbal e a melhor resposta motora. A pontuação varia de três a 15: três indica coma profundo (85% de probabilidade de morte; estado vegetativo); quatro, coma profundo; sete, coma intermediário; 11, coma superficial; e 15, estado de normalidade (ROZA, 2004).

³² *Schindler's List* (A lista de Schindler) é um filme que conta a história de um industrial que compra uma fábrica para recrutar trabalhadores entre prisioneiros judeus. Quando os nazistas iniciam a execução em massa destes, Schindler garante tratamento diferenciado aos seus operários. Para tal, ele criou uma lista, cujos nomes enumerados estariam salvos do massacre alemão, salvando-os dos campos de extermínio (WIKIPÉDIA, 2009b).

tornava mais fácil, visto que a diferença entre os diagnósticos e prognósticos de um ou outro paciente era significativa na decisão para a admissão. O que não ocorria quando os níveis de gravidade eram semelhantes entre os pacientes à espera de leito. Neste ponto, a decisão tornava-se complicada e difícil de ser definida.

Mas um fato que emergiu, nesse contexto, durante as entrevistas, foi a escassez de leitos na UTI investigada como fator muito complicador durante as decisões relacionadas à internação. Como afirma Menezes (2000, p. 35), o médico intensivista sabe e preocupa-se com a relação de demanda de pacientes e oferta de leitos na UTI, inclusive sabe que “alguém poderá ser excluído da possibilidade de cura ou de vida na falta de leito para a internação”.

“... nós temos poucos leitos pra uma demanda grande [...] isso gera desconforto. [...] O mais difícil [...] é decidir quem vem. Existe uma lista muito grande. Ou seja, quem vai ser contemplado com a oportunidade e quem não vai ser? A gente tem um poder de decisão sobre a vida, e talvez sobre a não chance de vida de alguém. E como ser coerente e tomar a decisão correta? E como escolher a pessoa certa? Isso pra mim é muito difícil (MED 6).

“... o médico de CTI fica com a ‘escolha de Sofia’. Se eu tenho dez pacientes pra vir, a primeira coisa que eu olho é a idade e a segunda, o diagnóstico. [...] costumo trazer um mais jovem. Porque eu acho que, com os poucos recursos que temos, é o paciente que vai ter melhor relação custo-benefício, menos medicamento, menos tempo internado, a gente vai conseguir dar alta pra ele, do que ficar com um paciente idoso [...] e depois de um tempão, com gastos enormes, um dia alguém vai chegar e dizer: ‘ah, com esse daqui não tem mais o que fazer, vamos ter que tirar tudo’ (MED 4).

“... se nós pegarmos uma pessoa idosa que viveu 80 anos e que, por melhor que eu faça, [...] se eu oferecer um ano de vida pra ela, esse ano vale mais do que um jovem politraumatizado que eu posso oferecer, se ele sobreviver àquele evento, 20 ou 30 anos? É uma coisa que eu preciso pensar muitas vezes. [...] uma das coisas mais difíceis da medicina é escolher quem vai subir pro leito que tá disponível” (MED 1).

Um os elementos que estão presentes nas representações sociais dos profissionais sobre a obstinação terapêutica em UTI perpassa pela grande dificuldade de decidir quem será contemplado com a oportunidade de receber cuidados intensivos para sobreviver a uma condição grave. Muitas vezes, via-se o médico, com a lista de espera de leitos em mãos, indo de um lado para o outro na UTI, outras vezes, a levava para o quarto de estar, debruçava-se sobre ela, analisava, pensava, ponderava... A decisão, às vezes, demorava horas a ser firmada.

No que tange aos fatores que levam pacientes terminais a serem internados nas UTIs, Moritz (2007) afirma que a in experiência profissional dos médicos, sobretudo em se tratando do manejo do doente terminal, é um fator que influi decisivamente na solicitação de leitos e admissão de pacientes na unidade. Este fato pôde ser observado no que se refere aos nomes dos pacientes que apareciam, diariamente, na lista de espera da UTI. Boa parte deles era de

pacientes idosos, com doenças potencialmente fatais ou irreversíveis, cujas internações foram solicitadas por médicos residentes do hospital.

Em algumas situações, os profissionais (enfermeiros e médicos plantonistas, sobretudo), ao chegarem à unidade para o turno de plantão, e ao se depararem com estes pacientes nos leitos que ora vagaram, perguntavam, de certa forma, contrariados: “*mas quem trouxe ele pra cá?*” Ou seja, não existe um consenso entre os profissionais sobre qual o perfil do paciente a ser necessariamente admitido na UTI. Vale salientar que esta ausência de consenso não advém somente de médicos, mas de enfermeiros e fisioterapeutas também.

Em antítese ao que, talvez, ocorra nas unidades de internação do hospital estudado, e pelo que se pôde perceber na UTI, existem outras realidades que podem servir de exemplo para o contexto em questão. Um estudo realizado por Sprung et al. (2003), na Europa, apontou que em detrimento da ressuscitação cardiorrespiratória, e em se tratando dos pacientes internados em enfermarias, a conduta mais frequentemente recusada aos e pelos pacientes internados foi justamente a internação em UTI. Estes pacientes que tiveram a admissão refutada nesta unidade e aqueles que morreram, sofriam, precisamente, de doenças irreversíveis.

Segundo Brasil (2005), em se tratando do SUS, como é o caso do hospital investigado, é imperativa a otimização do uso dos leitos de UTIs, a fim de controlar e regular, efetivamente, sua disponibilidade em consonância com as legítimas necessidades assistenciais da população, com vistas a aumentar as chances de preservação da vida com qualidade, mérito e objetivo-fim da terapia intensiva. Há que se qualificar a utilização dos recursos assistenciais de alta complexidade, visto que é premente determinar os recursos assistenciais de maior complexidade àqueles pacientes que realmente deles necessitam para o atendimento de suas necessidades. Da mesma forma, os pacientes com menor necessidade ou menor grau de complexidade de suas patologias devem ser direcionados para estruturas menos complexas, a fim de minorar os *shunts* assistenciais ocasionados nas UTIs brasileiras proporcionando, em consequência, a utilização mais qualificada dos seus recursos assistenciais disponíveis.

Assim sendo, como recomendação do próprio Ministério da Saúde, é imprescindível que haja coerência na admissão de pacientes nas UTIs, visto que, como já abordado anteriormente pelos profissionais, muitas vezes morrem pacientes jovens e salváveis na fila de espera, porque existem pacientes terminais, sem indicação de UTI, internados, durante semanas, nesta unidade. Atentando-se para este fato, e se acatada tal concepção, é cabível salientar que haverá a diminuição da obstinação terapêutica em pacientes terminais, uma vez que os mesmos nem mesmo chegarão a ser internados em UTIs. Dessa forma, possibilitar-se-á

a adequada assistência no fim da vida, longe do ambiente frio e técnico desta unidade, e perto do calor humano advindo dos familiares, seja em domicílio ou, dependendo do caso, em uma enfermaria hospitalar.

5.2.6.2 *Na dúvida, investe-se*

Os elementos definidores da distanásia ou de uma intervenção médica em pacientes com doenças avançadas, possuem olhares distintos que devem ser ponderados: deve-se considerar a opinião do médico, do paciente, do cuidador e dos familiares. Em seguida, como já foi mencionado, a tarefa mais complexa de ser executada é responder à questão: qual destas opiniões deve predominar? A resposta parece simples, mas não é, pois não existe esta obrigação de haver uma opinião em detrimento das outras, mas, sim, uma construção da conduta edificada a partir das concepções e opiniões de cada um dos envolvidos na situação. Em outras palavras, devem-se considerar as “preferências do paciente e pactuá-las com ele e seus familiares. Um desafio que aqui se impõe diz respeito aos pacientes com competência cognitiva comprometida”, como, por exemplo, os pacientes de UTI, os quais se encontram normalmente em coma, induzido ou não (FLORIANI, 2008, p. 412).

Segundo Moseli, Silveira e Goold (2005), quando se trata da distanásia, refletindo sob a perspectiva dos familiares e pacientes, é importante que observem as tomadas de decisão de três ângulos distintos: quem decidirá o objetivo do tratamento? Quando é possível se ter a certeza de que o prognóstico é, verdadeiramente, nulo ou mínimo? São estas, dentre outras dúvidas, as causadoras de grandes angústias nos profissionais de UTI, principalmente quanto à confirmação da terminalidade da vida:

“... a grande dificuldade é decidir se o paciente é terminal! [...] eu acho que nos casos não muito claros com relação ao prognóstico, o investimento, mesmo que seja excessivo, deve ser tentado. [...] Não é tão simples assim! Tem muitos fatores envolvidos. [...] Eu não vejo um horizonte claro que eu possa dizer ‘pra esse sim, pra esse não’. Então na dúvida, investe!” (MED 3).

“... a gente tem muito medo de dar um basta, porque tem medo de não ter um diagnóstico certo. E se não for isso realmente? Se o paciente tiver alguma chance, eu vou causar a morte dele? [...] tem muita falta de conhecimento, falta até de confiança no colega que deu o diagnóstico! [...] é complicado tu decidir quando um paciente é terminal” (RES 1).

“Tem coisas que a gente não consegue entender. [...] Tem pacientes que a gente vai fazer a ortotanásia, [...] tira tudo. [...] E depois eles se recuperam! Tem casos de pacientes que o médico atirou a toalha, ‘não quero fazer mais nada’, foram tirados antibióticos, deixado vasopressor em dose baixa, retirou o sedativo, o paciente não

faleceu, dali a pouco ele começa a acordar, começa a melhorar todos os parâmetros... [...] Porque tem coisas que a medicina não explica” (MED 4).

Nesse sentido, a construção das representações sociais quanto à distanásia também estão interligadas à questão entre decidir quando o paciente é terminal, especialmente pelas diversas dúvidas que surgem nesse contexto, pois, como um dos médicos comentou, “há muitos fatores envolvidos”, não há uma padronização de conduta a ser praticada para com o paciente terminal, sobretudo em UTIs. Dessa forma, no Brasil, da mesma forma que na América Latina em geral, não existem protocolos assistenciais que indiquem normas para o atendimento de pacientes incuráveis ou terminais (LAGO, GARROS e PIVA, 2007).

Os mesmos autores, ao citarem o exemplo do *Stollery Children's Hospital*, nos Estados Unidos, referem que esta instituição, que também pode se tornar um exemplo a ser adotado, segue uma rotina para o atendimento a pacientes terminais, mas, neste caso, crianças. A equipe é chefiada por um médico assistente e composta por residente, enfermeira, assistente social e capelão (se for desejo da família). Estes profissionais se reúnem com a família e decidem pela limitação ou retirada do suporte de vida do paciente. Quando da decisão por esta última opção, a equipe proporciona à família a alternativa de continuar o tempo que julgar necessário ao lado do paciente para realizarem seus rituais religiosos e cerimônias de adeus. A partir disso, o alvo da assistência é, tão somente, o conforto do paciente e de sua família.

Por outro lado, quando se trata de distanásia, o que está verdadeiramente em discussão é a “delicada relação entre as tomadas de decisão que levam em consideração os desejos, ou as preferências do paciente e as ações médicas que desconsideram esses desejos ou preferências” (FLORIANI, 2008, p. 411). Conseqüentemente, o fator mais complexo, em se tratando da terminalidade de vida, é justamente determiná-la, é identificar um paciente como terminal ou considerar um determinado intervalo como sendo condizente com o fim da vida, seja em consequência de uma doença crônica exacerbada ou por qualquer outro motivo. Nesse sentido, o que se tem em mãos é, meramente, um “palpite” até o momento em que a morte vai chegar (FINUCANE, 1999).

Refletindo sob outro prisma, uma discussão que surge quando se aborda terminalidade de vida, refere-se às atitudes mais conhecidas neste contexto: além da distanásia, comenta-se igualmente sobre a eutanásia. Eis um exemplo de caso informado por um médico:

“... [um paciente] com 40 ml/hora de noradrenalina, insuficiência renal, anúrico, sem condições de fazer hemodiálise, [...] tava com 100% de FiO₂³³! Por quê? Porque, muito provavelmente, o paciente começou a dessaturar e [o médico do plantão anterior] aumentou o FiO₂ [...]! Se tu deixar a FiO₂ mais baixa, o paciente vai falecer. Se aumentar a FiO₂, ele vai durar uma, duas horas mais! Então, o cara fez uma perfumaria no respirador, deixou ele vivo um pouquinho mais [...]. Se eu baixar essa FiO₂ pra 21%, o paciente vai morrer. Daí o que eu fiz? Uma eutanásia! Apressei a morte do paciente. [...] se eu mantiver a FiO₂, eu vou estar fazendo distanásia. [...] Essas são umas brigas muito grandes que a gente tem no CTI” (MED 4).

Nesse caso, o que se questiona é a consequência da ação médica: ou culminará em eutanásia (diminuição do aporte de oxigênio) ou em distanásia (continuação do aporte de oxigênio), conforme a decisão do médico. Ambas inteiramente contraditórias, e completamente interligadas por apenas um pequeno botão que ajusta a concentração de oxigênio a qual será ofertada ao paciente. Assim, basta girar o botão: para esquerda, realiza-se a eutanásia, para a direita, a distanásia. Este é um dos desenhos da atual “medicina *high tech*”.

No entanto, o importante (na verdade, o abissal desafio) em casos como o supracitado, é identificar com nitidez se a atitude é verdadeiramente eutanásia, a fim de enunciar um juízo crítico estável sobre a questão. A eutanásia, por definição, é caracterizada por “atos médicos que, motivados por compaixão, provocam precoce e diretamente a morte a fim de eliminar a dor” (PESSINI, 2004, p. 209), ou seja, também se discute a intenção do profissional.

Considerando a decisão de diminuir a FiO₂ do paciente como eutanásia, o Código de Ética Médica, no artigo sexto, menciona que o médico deve guardar incondicional respeito pelo ser humano, atuando em seu benefício, assim como não deve jamais empregar seus conhecimentos para exterminar o mesmo (CFM, 2009). Igualmente, porém bem mais claro, o Código de Ética de Enfermagem, no artigo 29, afirma que é terminantemente proibido causar a eutanásia ou compartilhar de prática designada a acelerar a morte do paciente sob seus cuidados. Em outras palavras, é categoricamente proibido ao profissional praticar qualquer ato, ativo ou passivo, de maneira consciente e voluntária, que culmine na morte do paciente.

Por outro ângulo, Villas-Bôas (2008, p. 63), afiança que

as condutas médicas restritivas não podem ser confundidas com a eutanásia passiva, embora seja praxe fundi-las. A eutanásia passiva, bem como a ativa, tem por busca de resultado promover a morte, a fim de, com ela, pôr termo aos sofrimentos. Apenas difere no meio empregado, que é uma ação numa e uma omissão noutra. Nas condutas médicas restritivas, o desejo não é matar, mas sim evitar prolongar indevidamente a situação de esgotamento físico – o que caracteriza a ortotanásia.

³³ A FiO₂ é a concentração de oxigênio (O₂) oferecida ao paciente, através da ventilação mecânica, necessária para obter-se uma taxa arterial de oxigênio, ou pressão parcial de oxigênio no sangue arterial (PaO₂) adequada. O nível normal de O₂, em ar ambiente, é de 21% (CARVALHO, TOUFEN JUNIOR e FRANCA, 2007).

Dessa forma, pode-se considerar que diminuir a FiO_2 , nesse caso, não se trata de eutanásia, mas de não permitir que o doente continue padecendo de sua doença. Rememorando, a ortotanásia tem o sentido de morte no seu tempo, sem abreviação nem prolongamentos desproporcionados do processo de morrer, oferecendo ao doente e às pessoas envolvidas neste processo, o enfrentamento desta ocasião de maneira relativamente tranquila, uma vez que não se deseja curar a morte, mas permitir que a pessoa morra quando chegar o seu momento (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2007; SGRECCIA, 2005).

Voltando à distanásia, nas ambiguidades de se investir em caso de dúvidas, um fato é certo e deve ser enfatizado: a tradição hipocrática recomenda que os médicos não busquem a cura de pacientes total e irreversivelmente doentes, que não programem tratamentos considerados fúteis. Contudo, “deve-se notar que a advertência não é uma ‘diretriz’, nem uma mera sugestão. Ela diz o que não deve ser feito” (PESSINI, 2001, p. 64).

Retomando a imprecisão entre investir ou não, surge uma segunda dúvida: será que foi certo parar de investir? Este sentimento ambíguo é sentido como algo muito angustiante pelos profissionais, fato que pôde ser observado na UTI, especialmente tratando-se dos médicos residentes. Estes, ao discutirem com os colegas mais experientes acerca da retirada de terapêuticas curativas ou a instalação de medidas fúteis, mostravam-se confusos em relação à atitude, o que denotava certa angústia, como declara esta residente:

“... quando tu chega em casa e te dá conta, ‘será que era aquilo que tu deveria ter feito?’ [...] tu fica pensando, te questionando se era aquilo realmente que o paciente merecia receber. [...] me deixa mais angustiada. [...] é bem complicado” (RES 1).

Em outro momento, após arguir, de maneira semelhante, outro residente faz um importante e coerente depoimento, que chega até mesmo a denotar um “apelo”:

“... a gente acaba investindo em pacientes que a gente não sabe se eles querem continuar sofrendo. É difícil tu decidir pelos outros! [...] O paciente não é propriedade do médico. Se todos tivessem uma cartinha lá ‘ó, não quero que façam tal coisa, não quero que me reanimem’, seria muito mais fácil, mas não tem ainda e no fim acaba caindo a responsabilidade sobre a gente” (RES 2).

Realmente, ainda não se pode contar com esta “facilidade” no Brasil, visto que a legislação não é clara. Todavia, segundo Pessini (2001, p. 32), no Primeiro Mundo há uma consciência muito objetiva em relação aos limites terapêuticos nos hospitais modernos, “na cabeceira dos leitos dos doentes na fase terminal de vida há indicações para *DNR* (*Do Not*

Ressuscitate), *NTBR (Not To Be Resuscitated)*, *No code*, *Code 4*³⁴, entre outros”, todos indicando abertamente que naquele paciente não será investido além das balizas estipuladas.

Dentro desse contexto, para que os médicos se eximam de serem os únicos responsáveis pelas decisões de conduta em terminalidade de vida, e no que se refere aos cuidados a serem ofertados ao doente terminal, Lago, Devictor e Piva (2007) preconizam que quatro etapas devem ser seguidas, sequencialmente, para a determinação da conduta: inicialmente, deve-se buscar um consenso entre os membros da equipe assistencial acerca da irreversibilidade do quadro clínico do paciente. Somente posterior a este consenso, em uma segunda etapa, os familiares são comunicados. Em seguida, são planejadas, juntamente com os mesmos, as ações para o final da vida, com vistas ao conforto do doente. Igualmente definem-se limitações de suporte terapêutico. Em uma última etapa, as ações definidas pelos familiares, em consonância com a equipe multidisciplinar, são implementadas. No entanto, quando estas etapas, consideradas fundamentais nas decisões de conduta no final de vida, não são atendidas, muitas vezes os familiares sentem-se (e permanecem) perdidos nesse processo. Como efeito, sem consciência do que realmente está acontecendo, solicitam aos médicos e à equipe o investimento máximo. Com isso, as dúvidas e angústias destes profissionais se exacerbam, tornando extremamente desgastante o processo decisório em relação ao doente terminal na UTI.

5.2.6.3 *Divergências de conduta*

A morte, hoje (com exceção dos acidentes, crimes e desastres, por exemplo), é incisivamente empurrada para o leito do hospital. Não é mais uma cerimônia a qual o moribundo preside em meio a parentes e amigos. Em antítese, a morte se tornou um fenômeno técnico decorrente da cessação dos cuidados decidida pelo médico e equipe de atendimento hospitalar, e o paciente já nem está consciente nesse momento. A morte tornou-se “dividida, parcelada numa série de pequenas etapas dentre as quais, definitivamente, não se sabe qual a verdadeira morte, aquela em que se perdeu a consciência ou aquela em que se perdeu a respiração...” (ARIÈS, 1977, p. 54).

Nesse contexto hospitalocêntrico em que se vive atualmente, são observados inúmeros tipos de instituições, mas a principal diferença entre elas trata do hospital particular *versus* o hospital público e todas as muitas distinções entre ambos. Por conseguinte, e para simplificar

³⁴ Esses são alguns códigos que denotam a não ressuscitação do paciente em caso de parada cardiorrespiratória.

a questão, o tratamento oferecido aos pacientes nas UTIs é efetivado de maneira diferenciada. Inclusive as decisões, como afirma este médico:

“... no [hospital X, particular], [...] a gente passa pro plantonista o que o médico assistente quer e a gente faz. Aqui no [hospital Y, público], a gente recebe mais ou menos uma linha de ação das pessoas que estão fazendo o plantão, mas a gente tem um pouco mais de liberdade de aceitar ou não. [...] Pode ter um paciente que o colega decidiu que é investível e eu vir dali a dois dias e achar que ele não é investível. Então aqui é mais flutuante a linha de pensamento” (MED 4).

No que se refere às distinções entre ambos os hospitais, estas não foram comprovadas, visto que a presente investigação estudou, unicamente, um hospital, o público. Contudo, pelos comentários ouvidos durante as observações na UTI a esse respeito, além das falas decorrentes das entrevistas, o que se pode inferir, neste sentido, é que a autoridade dos médicos assistentes sobre “seus” pacientes, no âmbito do hospital particular, interfere decisivamente no tipo de conduta a ser tomada pelo intensivista. Dessa forma, o médico assistente (que não trabalha na UTI), responsável pelo paciente, muitas vezes é quem determina a conduta a ser efetivada.

De forma semelhante, no hospital público em questão, existem também os médicos assistentes, mas não com essa denominação. Comumente, os profissionais que solicitam vagas na UTI são os médicos preceptores e os residentes. No entanto, o que se observou é que não existe uma cobrança, comentada pelos profissionais, como acontece no hospital particular.

Conceitualmente, há uma expressiva diferença entre o médico plantonista, o rotineiro e o assistente. O primeiro é responsável por plantões em determinados turnos e/ou dias da semana. Sua função em relação aos pacientes novos na unidade é admiti-los e estabilizá-los no intuito de reverter a condição aguda na qual chegaram. Para os pacientes internados, ele deve apenas manter o tratamento já definido. O médico rotineiro tem o papel de unificar as condutas e direcionar os tratamentos, sendo um elo entre plantonistas, médico assistente e equipe. Por outro lado, o médico assistente é aquele que acompanha o paciente há mais tempo, assistindo-o em uma patologia crônica ou descompensação aguda (ULLER, 2007).

Moritz et al. (2009) realizaram um estudo o qual apontou que os profissionais de saúde de outras unidades hospitalares, diferentemente da UTI, encaram de forma desigual a terminalidade de vida em relação aos intensivistas. Os médicos, particularmente, exibem grandes dificuldades em aceitar a finitude dos pacientes sob seus cuidados e, por isso, requerem internação na UTI mesmo para aqueles em processo de morrer, ao mesmo tempo em que solicitam tratamentos e procedimentos fúteis.

O seguinte relato faz referência a um hospital particular, denotando a grande divergência que existe entre o plantonista da UTI e o médico assistente no que se refere à conduta a um paciente terminal internado nesta unidade, com vistas a discutir de quem seria a responsabilidade pela morte do paciente:

“O médico assistente chegou e achava que tinha que transfundir. Eu disse que ela [a paciente terminal] não tinha que transfundir porque tava estável [...]. Ele queria que transfundisse! Eu disse: ‘não, se o senhor quer que transfunda, o senhor pede!’ E ele pediu! Então, se o médico assistente resolver que tem que fazer, [...] ele faz! Mesmo que a gente seja contrário! Porque o paciente é dele! [...] tem colegas que só de tu sugerir de dar alta pra um paciente da CTI, [...] os caras se irritam! Dizem: ‘ah, por que tu quer dar alta pro meu paciente? Porque se o meu paciente for pro quarto morrer, eu vou mandar tu assinar o atestado de óbito!’” (MED 4).

O que se observa, nessa fala, é a insistência do médico assistente em instituir uma medida fútil para um paciente terminal, ainda que o plantonista da UTI seja contra, e ainda que a mesma esteja clinicamente estável. Este fato, segundo os profissionais entrevistados que trabalham nas UTIs de ambos os hospitais, tanto o público quanto o particular, afirmam acontecer com frequência.

Por outro ângulo, na UTI o trabalho é realizado por meio de plantões. Especialmente o médico exerce suas atividades como plantonista, fato que o distancia do paciente, diminui as possibilidades de instituir laços afetivos com o mesmo, com seus familiares (MORITZ, 2007) e também com a equipe, visto que a enfermagem e a fisioterapia, por exemplo, desempenham suas funções mais rotineiramente em comparação com os médicos. E esta característica da UTI pode gerar conflitos, sobretudo de ordem prática.

Em complemento, Bisogno (2008) afirma que uma preocupação que pode intervir decisivamente na assistência ao paciente terminal na UTI é o alto rodízio de médicos plantonistas e a grande descontinuidade das condutas. Assim sendo, este fator pode influenciar diretamente o estabelecimento ou continuação de medidas fúteis ou a preferência pela limitação de suporte de vida e cuidados paliativos.

Salienta-se que um dos dados desta pesquisa refere-se à ausência de um médico rotineiro na UTI que diariamente acompanharia, com mais rigor, as evoluções dos pacientes, tal como afirma este médico residente:

“... como não tem um [médico] rotineiro, de todos os dias ser o mesmo, é uma coisa complicada, funciona com o esquema de plantão. [...] complicado fazer esse tipo de decisão na UTI. Eu me ponho no lugar dos contratados, dos plantonistas. Porque tu vê o paciente duas ou três vezes por semana, [...] tu não é o médico responsável, tu trata ali a comorbidade que ele tá passando naquele horário que tu tá ali” (RES 1).

O que se coloca na fala precedente, diz respeito às possíveis dificuldades que o médico plantonista teria para tomar as decisões quanto ao investimento, ou não, no doente terminal internado na unidade, visto que não existe um acompanhamento do estado clínico do paciente de forma diária. Com isso, o que se pôde observar na UTI é que aqueles médicos que apenas fazem plantões eventuais, como alguns que só os fazem nos finais de semana, vivenciam uma grande dificuldade em decidir, no momento de uma parada cardiorrespiratória, se procedem às manobras de ressuscitação ou não. Às vezes, o médico chega a solicitar a ajuda, ou a opinião, de um enfermeiro, por exemplo, visto que este, normalmente, segue mais rotineiramente a evolução clínica do paciente. Todavia, nem sempre este é conhecedor das decisões de conduta.

Por consequência, em meio às características diferenciadas dos médicos que lidam com o paciente terminal em UTI, e, sobretudo, à ausência de um médico rotineiro para acompanhar diariamente a evolução dos casos, não há consenso de conduta, como os próprios médicos enfatizam:

“... nunca tem consenso! Às vezes um professor [médico plantonista] fala uma coisa, às vezes o outro fala outra coisa. [...] Depende muito de quem tá de plantão, de quem tá orientando no dia” (RES 2).

“A diferença existe porque as decisões normalmente não são tomadas baseadas apenas em aspectos objetivos, mas também em aspectos subjetivos. Porque não há um padrão, uma padronização dessas condutas em relação a determinados pacientes. [...] há controvérsias! Não há uma ideia geral, única.” (MED 2).

Sobre estas divergências de conduta, o que se pôde observar na UTI é que existe falta de comunicação entre os médicos, especialmente em relação aos plantonistas eventuais. Os *rounds* e as discussões sobre as condutas acontecem pela manhã e raramente à tarde, sendo que a questão é relativamente simples de ser explicada: a equipe da manhã (médicos, fisioterapeuta, enfermeiros), após o *round*, toma consciência das decisões. Entretanto, a enfermagem nem sempre participa e, por vezes, fica à margem das decisões. Mesmo sabendo das condutas, muitas vezes estas não são passadas para o enfermeiro da tarde. Se este não fica sabendo, o enfermeiro da noite que receberá plantão, conseqüentemente também não saberá de nada. Estes são os casos em que existem as passagens de plantão, e quando estas não existem?

“... vem a equipe assistente [...] e sabe que ele [o paciente terminal] vai progredir pro óbito e durante um plantão vem um [médico] desavisado e bota o paciente em ventilação mecânica. O que era pra ter um fim, acaba prolongando o sofrimento do paciente, indo contra a conduta da equipe” (RES 2).

O que acontecia, muitas vezes, na UTI, é que, entre os médicos, na grande maioria das vezes, não se passava o plantão. Se não se passa o plantão, como dizer ao colega da tarde que foi decidido “atirar a toalha”, como eles dizem? Do mesmo modo que os enfermeiros, se o médico da tarde não toma conhecimento do que foi decidido pela manhã, e o da noite também não terá acesso a esta informação, que dirá o plantonista eventual...

Segundo Nunes (2004), a comunicação pode tornar-se um enigma quando existem problemas técnicos de linguagem, seja ela verbal ou não-verbal. Se já é complexo compreender a “trapalhada” científica do diagnóstico e da terapia em relação à obstinação terapêutica, o que se dirá da “trapalhada” entre os profissionais de saúde porque simplesmente não se comunicam? Com isso, como refere a autora, esses problemas relacionam-se, principalmente, à clareza das mensagens, pois, se ambíguas, podem ocasionar confusão e insegurança para a equipe. Se já existem problemas, quando a comunicação é efetiva, os problemas são ainda maiores quando ela não o é.

Alguns profissionais referiram sentir-se mal, angustiados, com a indefinição de conduta. Às vezes, esta até era determinada, mas na hora “H”, o médico voltava atrás.

“... se não vai se investir, não usa vasopressor, não usa antibiótico, só medidas de conforto, alimentação, sedação e só! E suporte ventilatório, quando precisa. Não vamos fazer mais nada, mas continuamos dando antibiótico, dando bloqueador de bomba, protetor gástrico, profilaxia pra embolia, fisioterapia... Eu não vejo nenhum sentido! [...] Internamente, gera uma angústia que não é fácil” (MED 6).

Essa variedade (ou desigualdade) de conduta não é característica apenas da UTI em estudo. Acontece no mundo todo e também varia dentro de cada país (BITENCOURT et al., 2007). E, talvez por isso, se solicite, no meio médico, com tanta veemência, a elaboração de um instrumento mais objetivo que regularize essas indefinições para facilitar a decisão de conduta.

Nesse sentido, para Bisogno (2008), muitas são as incertezas referentes às decisões de limitação terapêutica em pacientes com doenças incuráveis ou terminais. Ademais, estão sempre acompanhadas de dúvidas e angústias, portanto a ausência de uma sincronia de condutas diante das situações impostas na UTI é percebida com desconforto por parte dos profissionais, sobretudo enfermeiros, os quais não participam ativamente dos processos decisórios.

As seguintes falas (ou, novamente, seriam desabafos?) expressam os ditos da autora supracitada:

“... você suspende tudo hoje, e vem outro [médico] e investe tudo de novo, e vem outro e tira tudo de novo. [...] Eu me vejo ridícula, pondo material fora, criando situações de sentimento [negativo] na pessoa que tá indo, tá se preparando, talvez sentindo que tá tendo que voltar tudo de novo, eu me sinto mal’ (ENF 5).

“... é uma coisa contraditória que tu não entende. Chega um plantonista e coloca antibiótico. Aí chega o residente no outro dia e tira os antibióticos porque não é investível. Eu acho que, na verdade, nem os próprios médicos decidem se é investível ou não, não têm um parâmetro fixo e bem definido. Mas eu não concordo, acho que no momento que se decidiu por A mais B [...] que o paciente não é investível, não é investível e ponto!” (ENF 3).

Como se nota, os enfermeiros sofrem angústias ocasionadas pelas indefinições de conduta e se sentem incomodados pela ausência de decisões unânimes no fim da vida do enfermo. Estes profissionais, quando realizam o cuidado ao paciente que está morrendo, sofrem angústias e sentimentos negativos, tais como medo, impotência, tristeza, culpa, fracasso e falha, e esses sentimentos se refletem diretamente no cuidado prestado. Além disso, o médico, nessas ocasiões de (in) definição de conduta, aparece, para os enfermeiros, como um profissional que lida com a morte impessoal, fria e objetivamente, “por meio de sentimentos ilusórios de soberania no controle das situações de vida-morte, já que esse profissional seria o detentor do poder de prolongar a vida” (SILVA, RIBEIRO e KRUSE, 2009, p. 454). Por conseguinte, se os enfermeiros já sofrem em cuidar do doente terminal, e se já veem a figura do médico como alguém que se considera detentor do poder de decidir quem vive e quem morre, quando esses dois fatores se conectam, de forma negativa, acarretam grande sofrimento nos enfermeiros, porque, simplesmente, os médicos, por vezes, não sabem o que fazer com o paciente terminal.

Portanto, o que se percebe nas falas e nas observações é que as representações sociais de médicos e enfermeiros sobre a distanásia perpassam pelas indefinições de conduta, especialmente quando existem divergências entre os profissionais, pois, entre o próprio grupo social na UTI, não existem parâmetros definidos no que se refere ao investimento, ou não, no paciente fora de possibilidades terapêuticas.

5.2.6.4 Mas... Até quando investir?

Um fator que também traz influência direta nas representações sociais de médicos e enfermeiros quanto à distanásia, está relacionado à demarcação de um limite para se lançar mão de medidas terapêuticas no tratamento do doente terminal. Mas esse limite, de fato, e na prática, não existe, pois, além de se basear em parâmetros objetivos, tais como as informações

resultantes dos exames laboratoriais e exame físico do paciente, ao mesmo tempo se baseia em informações altamente subjetivas, as quais podem variar de profissional para profissional.

No que se refere à idade, para Martins, Travassos e Noronha (2001), esta, além do diagnóstico da doença de base do paciente, é um dos fatores mais relevantes na predição do risco de morte, visto que os pacientes idosos são os que mais morrem, histórica e estatisticamente, nas diversas unidades hospitalares. Entretanto, Moritz et al. (2009) citam que, na UTI, esta situação é oposta visto que morrem pacientes de idades bastante variáveis.

O conhecimento científico e os enormes avanços tecnológicos consentem que, com uma (quase) absoluta certeza, determine-se o prognóstico letal e inflexível de determinadas patologias ou situações mórbidas. Neste âmbito, “diante de uma doença grave e incurável, cumpre ao médico comunicar ao paciente e/ou a seus representantes legais o prognóstico que se afigura, os procedimentos aplicáveis e suas consequências” (GONÇALVES, 2009, p. 2), ficando estipulado, eticamente, que o médico não está obrigado, de forma alguma, a lançar mão de medidas terapêuticas fúteis para tratar o paciente terminal (CFM, 2009).

Apesar da aprovação, em setembro de 2009, do novo Código de Ética Médica, elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, ainda permanecem infundáveis dúvidas: até quando investir no paciente terminal? Quais os critérios a serem empregados para se determinar até que ponto a medicina tenta curar, e a partir de quando ela se vê impotente diante de uma doença fatal? Indagando aos médicos e enfermeiros no que tange a esta questão, os mesmos afirmaram o seguinte:

“Tu tá dentro de uma UTI, tem os recursos. [...] Então eu acredito que enquanto não tiver gerando sofrimento, se tenta” (ENF 3).

“... depende da patologia! [...] na maioria das vezes, a gente marca por idade, grau ou patologia grave ou doenças incuráveis. Essas são as maiores questões pra dizer que o paciente tem pouco grau de investimento ou [...] resolubilidade” (MED 4).

“... no momento que tu nota que esgotou todas as tuas possibilidades, que a medicação não reverte mais, o pulmão não reverte mais, o coração... Não tem mais fígado funcionando, a gente procura medir bem e [...] baseados em literatura, a gente suspende o tratamento. O limite é esse, é não ter resposta [à terapêutica]” (MED 5).

“Deve-se individualizar cada caso. Não existem regras. [...] pacientes com sequelas neurológicas graves, sem consciência, e pacientes com neoplasias metastáticas [...] não se deve investir, usar meios terapêuticos excepcionais!” (MED 1).

Os profissionais consideram que existem vários elementos a serem considerados durante a definição de conduta ao doente terminal, sobretudo os dados objetivos, como se pôde perceber nas falas. Buscam defini-la de acordo com a idade do enfermo, o tipo e o grau

de patologia, o esgotamento das possibilidades de tratamentos oferecidos, tomando, como base, para tal, a literatura técnico-científica disponível. Além disso, como uma enfermeira referiu, se o paciente está dentro de uma UTI, então deve ser nele investido, talvez denotando, aí, uma confusão no que se refere ao papel desta unidade no tratamento de doentes terminais admitidos.

As decisões no fim de vida e o processo de obtenção de consenso dentro da equipe devem incluir as seguintes etapas: certeza do diagnóstico e do prognóstico; conduta *standard* da comunidade científica para casos análogos; licitude da conduta indicada; respeito à autonomia do médico; anseios do paciente ou representante legal; preceitos institucionais; sentimento da equipe, notadamente da enfermagem, se adicionada na discussão; expectativa da sociedade, sobretudo da comunidade do paciente; e, na presença de dilemas éticos, deve ser ouvido o parecer do Comitê de Bioética, se disponível (KIPPER, 1999).

Os profissionais demonstraram que são necessários critérios tanto técnicos quanto éticos e bioéticos, tanto objetivos quanto subjetivos, a fim de se definirem as condutas. Durante a observação na UTI, alguns critérios puderam ser notados: existe uma “organização” de tipos de pacientes, classificados, sobretudo, de acordo com a idade, a gravidade da patologia, a evolução clínica, o prognóstico e a aceitação da família. Tem-se, pelo eixo de viabilidade, o paciente “viável” e o “inviável”, o “responsivo ao tratamento”, o “*Highlander*”³⁵ e o “morredor”. E em relação aos fatores sociais, tem-se o “anônimo”, o “*vip*” (especialmente quando se trata de algum familiar de funcionário do hospital) e o “estigmatizado” (MENEZES, 2000). O “pior” deles é, sem dúvida, o “morredor”, por diversas questões já explanadas aqui.

Como referido, são múltiplos os fatores a serem considerados no momento das tomadas de decisões diante da terminalidade da vida, e, nesse contexto, quando já não é possível curar, é necessário saber quando parar. E, em se tratando das representações sociais quanto à distanásia, este é o “calcanhar de Aquiles” dos profissionais de saúde sobre as tomadas de decisão, como foi observado na UTI.

Alguns profissionais salientaram que, passadas as indefinições de conduta, após terem sido tentadas diversos tipos de terapias, e, principalmente, depois de padecerem de todas as angústias vivenciadas entre o “investir ou desistir”, é chegado o momento de saber quando parar e repensar as decisões tomadas, visto que medidas desproporcionadas e terapias fúteis

³⁵ O paciente “*Highlander*”, ou “imortal”, é aquele que, em detrimento de todo o investimento terapêutico realizado (comumente bastante invasivo) não exhibe melhora nem piora do quadro, e geralmente permanece mais tempo internado na UTI em comparação com os outros pacientes (MENEZES, 2000).

somente prolongam o sofrimento e o processo de morrer do enfermo, como comentaram estes profissionais:

“Tem situações que a irreversibilidade é indiscutível! [...] o paciente não merece sofrer por masoquismo [sadismo] nosso. Ele tem que receber medidas de conforto, analgesia, sedação, tudo mais dentro do que é possível oferecer” (MED 3).

“... tem que saber a hora de desistir e de parar de brincar de Deus. [...] Tem que ter noção de que as pessoas nascem, vivem e morrem, e saber a hora de desistir, [...] deixar a doença seguir o curso, deixar o paciente e a família descansar” (RES 2).

“Chega um momento que ele [o serviço da UTI] não acrescenta mais nada e começa a oferecer riscos em função dos germes selecionados. [...] o próprio isolamento da família gera depressão e outros sintomas no paciente. Essa é a hora” (MED 6).

“Por mais que tu faça todo o possível, tu não vai conseguir que ele saia com vida daqui. [...] O paciente terminal é um paciente também. Qual é a minha função? Dar uma morte digna pra ele” (ENF 4).

Os profissionais tentam identificar momento de “parar de brincar de Deus”, ou seja, em um dado estágio, é necessário saber que a retirada das medidas fúteis será benéfica não somente para o doente, mas também para a sua família e a própria equipe da UTI.

Moritz et al. (2009, p. 144) afirmam que “a promoção de cuidados aos pacientes com doença terminal, fora de possibilidades terapêuticas curativas, depende primordialmente da aceitação da finitude do ser humano e do reconhecimento da incapacidade médica de ‘curar sempre’”, ou seja, “as pessoas nascem, vivem e morrem”, como disse o residente.

Para complementar, um estudo realizado por Sprung et al. (2003), na Europa, concluiu que a conduta de limitação terapêutica em casos irreversíveis sobreveio em 76% dos óbitos em UTI neste continente, e, citando os Estados Unidos, este índice ultrapassou os 80%, mas como se notou na UTI investigada, e como já explicitado, aqui as coisas não são assim. Em decorrência, a distanásia acontece frequentemente.

A *World Health Organization* (1997) enfatizou alguns tópicos de ação para os cuidados à saúde, com o objetivo de aperfeiçoar as habilidades humanas em prevenir, tratar, reabilitar e, se possível, curar as patologias que assolam o mundo, destacando-se o alívio da dor, a diminuição do sofrimento e a providência de palição quando a cura já não é possível (PESSINI, 2001). Trata-se, portanto, da compreensão dos cuidados paliativos e sua implementação. Decisivamente, todos os seres humanos terão um final, e este final deve ser vivido de uma forma digna e cuidadosa, com o mínimo possível de dor e sofrimento. Tal fato deve ter tanta relevância como qualquer outra circunstância no que se refere ao cuidado ao ser humano.

Assim sendo, o mais importante quando não há mais o que se fazer curativamente, é aceitar a finitude e encaminhar os doentes para enfermarias (ou para suas residências, se possível) no intuito de que possam “estar junto com seus familiares, de uma maneira mais digna, com maior conforto e suporte emocional durante o morrer”, como preconizam Sprung et al. (2003, p. 145).

Por fim, uma interessante observação de um dos médicos, ciente da inexorabilidade da morte e da limitação de sua atuação no processo de morrer, merece ser exposta:

“... menor é a capacidade de nós interferirmos com a terminalidade e mudarmos o seu curso. [...] Num paciente em terminalidade, o que nós podemos mudar em relação a isso?” (MED 6).

5.2.7 “Corrida de bastões”

Uma representação social sobre a obstinação terapêutica dos profissionais investigados na UTI encontra-se relacionada ao trabalho desempenhado em equipe nesta unidade e a forma como ele se dá.

Nesta unidade, diversas decisões são tomadas diariamente por esses profissionais, sobretudo pelos médicos, tais como eleição de medicamentos, uso de invasivos e, até mesmo, a reanimação cardíaca, ou não, do paciente. Entretanto, “o profissional angustia-se com tais responsabilidades e sabe que sua decisão se baseia em diversos fatores: técnicos, éticos e morais” (MENEZES, 2000, p. 36).

Durante as observações, notou-se que os profissionais não evidenciavam o desejo de assumirem, sozinhos, a decisão de retirar medidas terapêuticas de um paciente, ainda que este fosse incurável, como demonstram as seguintes falas:

“A UTI é [...] como se fosse uma corrida de bastões, um passa o bastão pro outro, pro outro, ninguém vai assumir sozinho toda essa responsabilidade!” (MED 3).

“... nós somos uma equipe, trabalhamos com alunos, residentes, doutorandos, [...] e isso aí [as decisões] é tomado em conjunto” (MED 6).

“... nenhum médico ou profissional de saúde deve ter a arrogância de decidir sozinho quando é o momento de suspender os procedimentos terapêuticos” (MED 1).

Para Uller (2007), há uma grande dificuldade de decidir, especialmente decidir solitariamente. Tal fato impõe ao profissional uma “encruzilhada”, na qual ele não se sente apto para intervir com vistas a evitar a distanásia. Todavia, ele também tem ciência de que

delongar o processo de morrer, além de acrescer a agonia do paciente, é um procedimento antiético que também lhe ocasiona determinado sofrimento.

Em consequência, para evitar a decisão solitária, havia, de modo claro, durante as observações, a vontade dos médicos de que a equipe participasse dos *rounds*, pois, é no decorrer destes que acontecem as discussões de casos dos pacientes internados e as respectivas definições de condutas. Pôde-se, então, notar nestas reuniões, que a participação médica (plantonistas e residentes), obviamente, deu-se em 100% dos casos. Ressalta-se que a fisioterapia frequentemente se juntava aos médicos, e a enfermagem participava quando as suas atividades na UTI possibilitavam tempo; nutricionista e médicos de outras equipes compareciam de maneira eventual. Complementando, um médico considerou que:

“... a equipe toda é importante na discussão sobre os casos de terminalidade. Eu acho que essa discussão, inclusive, tem que ser diária, [...] Estar trabalhando onde tu não tenha participação, pode ferir a maneira de trabalhar. [...] todos temos direito e até obrigação de expressar a opinião, participar das decisões. [...] o importante é o consenso, a discussão, o *round* reunir os profissionais multidisciplinares pra discutir esses casos. Eu acho que todos têm que participar” (MED 2).

No que tange aos graduandos, uma vez que foram citados, intermitentemente estavam presentes os estagiários do curso de medicina. É relevante destacar que o *round* é acessível a todos os profissionais e acadêmicos (que estiverem exercendo atividades na UTI), e que se interessarem em participar. Apesar disso, apenas duas vezes foi observada a presença de duas acadêmicas estagiárias de fisioterapia. Acadêmicos de enfermagem não participavam dos *rounds*, mesmo sendo convidados. Quando do convite, a resposta era: “*mas o que é que eu vou fazer lá?*” Ou então: “*ah! Mas isso é coisa só pros médicos!*” E assim sucedia.

Possivelmente, o referido fato se deva ao receio das acadêmicas por, ainda, não possuírem conhecimento técnico-científico adequado para acrescentarem algo durante as discussões. Todavia, isto não poderia se tornar motivo para que as mesmas não estivessem presentes ao menos para tomar conhecimento sobre os processos decisórios, ou ouvir como os mesmos são tomados, e se colocar a par das discussões de casos clínicos. Dessa forma, não participando, desde a graduação, destas discussões, sobrevém um desenvolvimento profissional com a errônea visão de que o *round* “é coisa só pros médicos”, sem que se dê a devida importância para o trabalho em equipe e o papel de cada membro desta dentro de uma unidade hospitalar.

Alguns médicos salientaram a importância do trabalho em equipe, de modo especial no que tange à enfermagem:

“Às vezes, o médico visita o paciente uma ou duas vezes por dia, passa alguns minutos com ele, enquanto que a equipe de enfermagem tá permanentemente ao lado, observa coisas que às vezes a gente não observa! [...] A equipe de enfermagem tem visões que a gente não tem e isso é importante a gente ouvir” (MED 1).

“... a experiência de todo mundo é válida. Tu não pode decidir pela tua experiência só. Vocês [enfermeiros] têm maior contato, a cada meia hora vocês estão ali vendo o paciente. [...] Às vezes sabem mais do que tá acontecendo do que a gente” (RES 2).

“... a enfermeira, estando mais tempo com o paciente, vai estar observando muito mais [...] do que o médico, que não tá mais tempo com o paciente. [...] em questão de terminalidade, é obrigação passar pro médico as informações, dar sugestões sobre o tratamento, assim como quem trabalha com fisioterapia dentro da UTI” (MED 2).

“É muito importante levar em consideração a opinião delas [das enfermeiras]. [...] E elas trazem uma riqueza de informações, que se a gente tem um bom contato [relacionamento profissional] com elas, se tira muito proveito disso” (MED 6).

Como se nota nas falas, os médicos valorizam a participação dos outros membros da equipe nos *rounds*, por considerarem que suas opiniões são importantes durante as discussões e delimitações de conduta. Entretanto, devido, talvez, à dinâmica de trabalho distinta da enfermagem, sua presença nos *rounds* é eventual, e, quando do comparecimento de uma enfermeira na reunião, sua presença é tímida, passando mesmo quase despercebida.

Contrariando, de certo modo, as declarações médicas acima, a enfermagem não possui uma “força de voz” tão ativa assim em relação às condutas na UTI. Não que ela saiba. Tal chance de opinar é proporcionada, mas de forma relativa, e, ainda assim, não é usufruída pelas enfermeiras. Suas presenças nos *rounds* chegam a ser desnecessárias, visto que não emitem opiniões decisivas. Aliás, não emitem opinião (pelo menos durante o período de observação referente à presente investigação). Elas apenas ouvem o que os médicos discutem e, no máximo, com as pranchetas em punho, fornecem algum tipo de informação sobre um dado clínico do paciente. Esta “participação” é percebida, do ponto de vista da enfermagem, como uma “perfumaria”, ou seja, é somente “para constar”, e ocorre na dependência da solicitação do médico ou não, como afirmou esta profissional:

“... tem períodos que você é solicitada a participar dos *rounds*, tem períodos que não. [...] Depende do médico que tá no *round*. Pedem pra enfermagem participar. Não que vá interferir na conduta deles, mas pedem. [...] A participação [da enfermagem] é mais parfumaria. [...] Porque é uma conduta que não depende de mim” (ENF 5).

Assim sendo, a decisão final é sempre médica e a equipe multiprofissional não participa, efetivamente, das discussões de conduta. Apenas a fisioterapia se sente, talvez, mais livre para tecer comentários e avaliações acerca dos pacientes que, normalmente, quando são articulados, são levados em consideração pelos médicos.

Devido a esta não participação ativa das enfermeiras nos *rounds*, a comunicação entre os membros da equipe é prejudicada, pois, como se pôde presenciar, o enfermeiro, muitas vezes, fazia, apenas, a ponte entre o médico, os técnicos de enfermagem e outros funcionários. Por exemplo: em um diálogo entre dois técnicos de enfermagem, ouviu-se o seguinte: “*a familiar veio me dizer que o médico deu poucas horas de vida pra ele [o paciente]. A gente nem fica sabendo dessas coisas! Quem me contou foi a familiar!*” Desse modo, surgiam espaços para questionamentos, reprovações e julgamentos de conduta, devido à ausência dos profissionais de enfermagem nos *rounds* e, logo em seguida, pela falha comunicativa entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, como cuidadores diretos dos pacientes.

“... normalmente, quem diz ‘vai ser feito’, ‘vai ser investido’, ‘mantido só conforto e higiene’ ou então ‘não vamos mais investir’ é a equipe médica” (ENF 5).

“Os médicos discutem no *round* e costumam comunicar a enfermagem: ‘tal paciente se parar, parou, não é investível’. [...] as tomadas de decisão partem do corpo clínico. [...] se acata a decisão e cada um faz seu trabalho, sua parte” (ENF 3).

“A decisão final é médica sempre. Por lei, tem que ser” (ENF 4).

Realmente, esse último enfermeiro está correto: por lei, a decisão final é do médico, como afirma Piva (2009). Da mesma forma, Moritz (2007) salienta que, apesar de ter que buscar a interação e a participação da equipe multiprofissional da unidade, não se pode esquecer que a responsabilidade final das decisões, em relação ao tratamento do paciente, seja terminal ou não, é do médico, e este jamais poderá se abduzir da sua participação prioritária na comunicação das tomadas de decisão. Porém, um médico, após refletir sobre tal assunto, e sabendo que a enfermagem não é “voz ativa” nos *rounds*, fez o seguinte questionamento:

“... será que não é difícil pra equipe só acatar o que foi decidido por outras pessoas? Porque, às vezes, tu acha que não tem uma postura correta, mas tu tem que acatar o que aquela pessoa diz. [...] será que isso não gera angústia, revolta?” (MED 6).

Em relação ao enunciado, Bisogno (2008) considera que, além de não compartilharem dos processos decisórios, os quais refletem inteiramente na assistência prestada, os enfermeiros sentem como se sua opinião fosse quase que insignificante, ou dispensável, ante a decisão acerca da assistência. A esse respeito, o diálogo e a concordância multidisciplinar sobre as determinações entre os profissionais seriam as peças-chaves para evitar distorções.

Sobre uma conversa informal entre dois médicos, a propósito da decisão de não mais investir em um paciente internado, há semanas, na UTI, um deles fez um desabafo, sendo enfático e bem sério: “*acho que tá um clima muito ruim, muito chato aqui com a equipe. Tô*

me sentindo até constrangido, porque podem estar achando que a gente [a equipe médica] desistiu de investir no paciente porque a gente quer. Eu não acho isso. [...] Não quero que fiquem achando que foi a gente que decidiu desistir do paciente". O outro médico, ao ouvir isto, declarou: *"eu quero passar isso pra enfermeira, pra ela passar pra equipe o porquê da nossa conduta. Acho que devemos fazer uma reunião e explicar porque foi decidido isso, que temos todo um embasamento teórico-científico pra isso".* Este médico mostrava-se aborrecido, porque havia certo burburinho na unidade com relação à conduta restritiva definida para o paciente em questão. A equipe, de certa forma, condenava tal conduta, visto que o mesmo estava lúcido e comunicativo. O problema maior foi desencadeado pela retirada da dieta do paciente, por equívoco do residente responsável por ele. Dessa forma, os comentários que se seguiram, por alguns dias, na UTI eram: *"acho que o Dr. [Fulano] quer matar o paciente"*, ou então: *"será que eles [os médicos] querem deixar o paciente morrer de fome? Que horror!"* Mesmo assim, após o retorno da administração da dieta, os comentários permaneceram: *"tá vendo? O Dr. [Fulano] se arrependeu, e agora resolveu colocar a dieta de novo!"*, *"onde já se viu deixar o paciente morrer por falta de comida?"*

Para Uller (2007), as críticas e comentários de outros integrantes da equipe, no que se refere à conduta médica, estão ligados ao desconhecimento dos motivos que levaram o médico a defini-la. Em consequência, os outros profissionais sentiram-se menosprezados, como se observou na presente investigação. A maioria dos funcionários da UTI não participa dos *rounds*, fato que, analisando por outro prisma, seria impossível ocorrer, por não poderem deixar os pacientes sozinhos no salão e nos isolamentos para participarem das reuniões.

Após esta explanação, o que se apreendeu, em decorrência das entrevistas e durante as observações na UTI, é que, apesar de os médicos considerarem que os enfermeiros têm valor nas discussões sobre os procedimentos a serem efetivados para com o doente terminal, os enfermeiros não participam de tais discussões. Por quê? Porque, por mais que existam outros profissionais nos *rounds*, a decisão é, impreterivelmente, médica. Dessa forma, se a última palavra é do médico, e se a participação dos enfermeiros é apenas "perfumaria", não existe interesse real destes profissionais em participar das reuniões.

Todavia, há de se considerar, nesse sentido, que o desejo dos médicos é dividir a responsabilidade decorrente das tomadas de decisão, como foi explicitado em uma das falas anteriores. Mas a decisão, em si, não é dividida. Então, como é deles esta decisão de investir ou não no paciente terminal, objetivamente não há porque o restante da equipe participar. Os médicos pretendem dividir os possíveis ônus ocasionados pelas decisões, mas, para tal, faz-se

verdadeiramente necessária a divisão, também, dos bônus do processo decisório, que as profissões, em sua inter e multidisciplinaridade, podem oferecer.

5.2.8 O receio das repercussões éticas e legais

Uma das evidências desta investigação refere-se à constante presença das incertezas dos profissionais sobre a legislação penal brasileira pertinente à distanásia, na formação das suas representações sociais, como é referido a seguir:

“... não sei dizer. [...] Provavelmente tenha lei, não sei explicar onde” (RES 2).

“Eu acho que não tem nada regulamentado ainda, tá tudo em estudo. Eu entendi que o Papa disse que o médico não era obrigado a manter pacientes sob certas condições se a vida fosse inviável. Mas eu ouvi dizer que ele disse! Eu não vi escrito em lugar nenhum! [...] juristas dizem que não se pode tirar vidas” (MED 4).

“... se tem [lei], eu não sei. [...] Eu acho que deve ter alguma coisa escrita, não tenho certeza. E se não tem, acho que deveria ter” (ENF 4).

Assim sendo, desconhecedores da legislação pertinente à distanásia no Brasil, como afirmaram os profissionais acima, e pelo que se observou na UTI, torna-se ainda mais complicado o processo decisório no que se refere à retirada, ou não, do suporte de vida do doente terminal, aumentando, em consequência, as angústias vivenciadas nesse contexto por médicos e enfermeiros.

Os profissionais que trabalham em UTIs brasileiras, sobretudo médicos, questionam-se sobre suas decisões no contexto da terminalidade da vida, visto que os mesmos têm consciência de que empregam, excessiva e inapropriadamente, a tecnologia, adiando, em vão, o sofrimento humano, consumindo, indevidamente, os escassos recursos designados à saúde e ocupando mal os poucos leitos de UTIs e emergências. Ademais, sentem-se abandonados, sob o ponto de vista legal, para decidir pela não-oferta ou remoção de suporte vital, além de sentirem falta de normas e diretrizes para conduzirem suas atitudes e procedimentos perante os doentes terminais (KIPPER, 1999).

Como efeito da complexidade dos receios referentes às repercussões éticas e legais sobre investir, ou não, no paciente terminal, emergiram nesta categoria duas subcategorias, as quais abordam, primeiramente, “o Código de Ética Profissional e o Código Penal” e, em seguida, discutem acerca dos “registros: ausência e eufemismos”.

5.2.8.1 Os Códigos de Ética Profissional e o Código Penal

O vazio da legislação, além das inseguranças quanto à questão, desencadeia o lançar mão de futilidades terapêuticas. Como foi notado na UTI, se a lei não é clara o suficiente para permitir que os pacientes “morram em paz”, investem-se nos mesmos, no intuito de que os profissionais não sofram qualquer tipo de desconforto, seja legal, ético, moral, religioso ou pessoal. Nesse sentido, por diversas vezes, durante as observações em campo, alguns profissionais, especialmente médicos, indagaram sobre a existência de legislação no que tange à distanásia. Surgiram discussões, muitas vezes acirradas, sobre o que é certo ou não, tamanho o grau de obscuridade presente nesta questão, denotado a seguir:

“... o Conselho Regional de Medicina criou uma normativa falando em eutanásia, ortotanásia e distanásia. A distanásia seria oferecer suporte fútil pra paciente inviável. Só que é extremamente difícil de estabelecer isso com clareza! Às vezes não oferecer suporte fútil pode significar eutanásia passiva, que é ilegal. É muito polêmico e muito difícil diferenciar isso. [...] Suspender o antibiótico é uma situação muito complicada! A gente sabe que é feito e algum juiz pode entender isso como eutanásia passiva. A lei não é clara e as situações são muito nebulosas!” (MED 3).

O que se evidenciou, tanto nas falas como nas observações, é um sentimento de extremo desconforto em relação a uma temática pouco clara, no que se refere à ética e à legislação brasileiras, tanto para médicos quanto para enfermeiros. Esta falta de clareza entre fechar o diagnóstico de terminalidade, entre investir ou não investir no paciente, entre ouvir a opinião da família e a da equipe etc., leva o profissional a dois temores essenciais: ou de sofrer processo ético ou judicial, ou de cometer um ato que não seja o melhor para o doente, em se tratando da terapia a ser ofertada ao mesmo.

Um dos pontos nevrálgicos das discussões sobre o *modus operandi* em relação a esta questão remete às divergências que a própria legislação brasileira possui nos seus códigos, de modo especial no Código Penal. O que se vem discutindo pelos juristas no País é a questão da possibilidade legal de se permitir que o doente usufrua uma boa morte, digna e em paz, sem o emprego dos inúmeros e moderníssimos recursos terapêuticos de prolongamento da vida. Ao mesmo tempo, discute-se se a limitação de tratamento ou a suspensão de tais recursos caracterizariam a eutanásia passiva, considerada crime de homicídio pelas leis vigentes no Brasil (VILLAS-BÔAS, 2008).

Este impasse legal provoca, também, confusões de cunho prático no cotidiano dos profissionais intensivistas, sobretudo em relação aos médicos, como é enunciado nestas falas:

“... é muito difícil. [...] é um terreno que as coisas não estão bem definidas. O que é excessivo pra um não é pra outro! Não existe nenhum critério definido!” (MED 1).

“... o que a legislação fala é justamente a questão do bom senso. Não é nada objetivo [...] do meu ponto de vista. Acho que nós poderíamos classificar melhor, [...] facilitar, diminuir a subjetividade dessa decisão” (MED 5).

“... paciente que tá num leito de UTI, com medidas terapêuticas pra manter a vida, e não tá em morte encefálica, quando interromper a terapia? É uma coisa discutível, e, por enquanto, se considerarmos os rigores da lei, se interrompermos as medidas terapêuticas, nós podemos estar considerando que isso é uma eutanásia!” (MED 2).

Por consequência, existe uma grande divergência entre decidir investir ou não no paciente terminal porque a não oferta de terapias, mesmo de caráter fútil, ou a retirada destas, pode ser entendida, judicialmente, como eutanásia passiva. Por outro ângulo, à luz do entendimento dos juristas que estudam a terminalidade de vida, tal fato, apesar de controverso, não ocorre. Neste contexto, se os recursos artificiais utilizados não trazem quaisquer benefícios para o paciente terminal, a restrição de recursos artificiais não pode ser considerada crime. É, pura e simplesmente, obstinação terapêutica (VILLAS-BÔAS, 2008).

A autora segue afirmando que existe diferença jurídica entre a eutanásia passiva e as condutas médicas restritivas, ou ortotanásia. A primeira é ilícita, a segunda, não.

Na eutanásia passiva, omitem-se ou suspendem-se arbitrariamente condutas que ainda eram indicadas e proporcionais, que poderiam beneficiar o paciente. Já as condutas médicas restritivas são lastradas em critérios médico-científicos de indicação ou não-indicação de uma medida, conforme a sua utilidade para o paciente, optando-se conscienciosamente pela abstenção, quando já não exerce a função que deveria exercer, servindo somente para prolongar artificialmente, sem melhorar a existência terminal (VILLAS-BÔAS, 2008, p. 63).

Em outras palavras, na eutanásia passiva, suspende-se ou omite-se a medida terapêutica no intuito de matar mais rapidamente, ou, de outra forma, deixar morrer. Na ortotanásia, a intenção é tão somente aliviar o sofrimento do doente terminal.

Por vezes, tementes das repercussões legais, os profissionais preparam um “circo”, na tentativa de mostrar, ou “prestar contas”, para os familiares e para os próprios colegas médicos, como se quisessem dizer: “observem, estou fazendo alguma coisa para salvar o paciente, não me processem.” Esta ideia é expressa por um dos entrevistados:

“Às vezes, a gente tem até que montar um circo pra fazer de conta que tá reanimando o paciente pra que o médico assistente e a família, se forem olhar o prontuário, não verem que a gente não reanimou. [...] E daí dá uma satisfação pro médico como se a gente tivesse realmente feito uma massagem [cardíaca] efetiva, uma ventilação efetiva, pra se resguardar [legalmente] (MED 4).

Para exemplificar, em uma ocasião na UTI, havia um jovem, familiar de um funcionário, internado na unidade. O caso era grave e desanimador, e o mesmo evoluiu para o óbito muito rapidamente. Depois de alguns dias, descobriu-se que era um caso de morte provocada pela gripe A H1N1. Todavia, já sabendo do quadro irreversível do paciente, o médico plantonista disse o seguinte: *“ele vai morrer já, já. Não vou reanimar, mas na hora vou fazer uma massagenzinha só pra dar uma satisfação pros familiares, pra não dizerem que a gente não tentou”*. Chegado o momento, assim foi feito. O que se observa nesta situação é o receio do médico sobre o que os familiares pensariam a respeito dele se não tivesse tentado a reanimação cardiorrespiratória. Por isso, ele queria apenas “dar uma satisfação”. Em uma diferente ocasião, complementando a ideia acima, outro médico comentou: *“tem médico assistente que coloca o nome do paciente que já tá nas últimas lá na lista de espera só pra mostrar pra família: ‘ó, botei o nome do teu familiar na lista, pedi leito na UTI. A partir de agora, lavo as minhas mãos’”*.

O Código Penal Brasileiro está em processo de reformulação há anos e ainda não traz um horizonte definido no que concerne às interpretações de condutas para com o doente terminal. Pessini (2001, p. 198) considera, nesse sentido, que deveria ser estabelecido que “não constitui crime deixar de manter a vida de alguém, por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, e desde que houvesse consentimento do paciente ou seu representante”.

No entanto, persiste o temor de haver um processo judicial por omissão de socorro. No Código Penal vigente, que data de 1940, o artigo 135 conceitua o crime de omissão de socorro como “deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou a pessoa inválida ou ferida, ao desamparo, ou em grave e iminente perigo; ou não pedir nestes casos, o socorro da autoridade pública” (BRASIL, 1940, p. 1). Determinados juristas e muitos médicos, com isso, interpretam que não executar manobras de ressuscitação cardiorrespiratória, em qualquer conjuntura, estabeleceria um ato de omissão de socorro, mas, uma vez que o paciente terminal está em processo inexorável de morte, não existem meios para “salvá-lo”. Esse processo é irreversível e, portanto, o artigo 135 não é aplicável aos pacientes terminais (TORRES e BATISTA, 2008).

No que se refere à omissão, para a doutrina jurídica, o modo subjetivo da omissão de ação própria é o dolo, e da omissão de ação imprópria, o dolo e a imprudência. Em ambas, o dolo não precisa ser composto de consciência e vontade, uma vez que dolo, como pretensão consciente de omitir ação mandada, é raro, como no caso em que o médico decide recusar o

paciente em estado grave sob o argumento de inexistência de leito livre (DODGE, 1999 apud MARTEL, 2007).

Ainda que não existam consciência e vontade, mas haja a objetividade de conduta, a limitação consentida de tratamento poderia constituir-se em dolo, pois apenas deixam-se as coisas acontecerem, em perfeita consciência do perigo e da posição de garante. Entretanto, de acordo com o Código Penal, a omissão somente será proeminente se aquele que se omitiu devesse e fosse capaz de atuar para impedir a consequência. Cabe enfatizar que tal fato não é genérico, mas específico, pois “somente aquele que é titular de um dever especial formalmente atribuído – i. e, assumir a posição de garante – poderá ser sujeito ativo de um crime omissivo impróprio” (DWORKIN, 1996 apud MARTEL, 2007, p. 214).

O costume da obstinação terapêutica no Brasil fundamenta-se na errônea interpretação do artigo 57 do antigo Código de Ética Médica, que proibia ao médico deixar de empregar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento em benefício do paciente. Muitos médicos interpretam literalmente o artigo, compreendendo ser sua obrigação utilizar, ininterruptamente, todos os meios para o tratamento. Todavia, é “antiético e até desumano instituir medidas ditas ‘heróicas’ em uma pessoa em que a morte é a evolução natural de um processo de doença; certamente isso não significa atuar ‘em favor do paciente’” (TORREÃO, 2000, p. 432).

No Brasil, o órgão que abaliza os deveres do médico é, por lei federal, o Conselho Federal de Medicina (CFM). Este conselho elaborou o novo Código de Ética Médica (Resolução CFM 1805/2006), aprovado em setembro de 2009, e retificado em outubro do mesmo ano (Resolução CFM 1931/2009). O código destaca, no artigo sexto, que “o médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral”. Além disso, é proibido ao médico, nos artigos primeiro e 14, respectivamente, “causar dano ao paciente, [...] praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País”. Em referência aos direitos humanos, o artigo 25 assinala que o médico não pode praticar “tortura ou procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, [...] ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem”. Por fim, o novo código salienta, em seu artigo 41, que é vedado ao profissional “abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”. E em casos de pacientes incuráveis e/ou terminais, “deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou de seu representante legal” (CFM, 2009).

Com efeito, a Resolução CFM 1805/2006 delimitou as fronteiras do dever médico de continuar o tratamento de pacientes terminais, enfatizando a autonomia destes e dos seus familiares. Contudo, não é sua obrigação (muito menos seu direito) sustentar ou principiar tratamentos obstinados. Dessa forma, “não se trata, sobremaneira, de oferecer o direito aos membros da equipe de saúde de decidirem manter ou não um tratamento, mas de instituir o dever de salvaguardar a decisão dos pacientes e familiares” (MARTEL, 2007, p. 215).

Desse modo, enfatiza-se que a Resolução CFM 1805/2006 não conflitua com o direito penal. Em antítese, a mesma é

a lei em sentido material que define o conteúdo do *dever médico*, conteúdo altamente significativo quando se está diante de crimes omissivos impróprios. O CFM fez apenas o que, de acordo com a legislação federal, é da sua alçada. Estipulou que o dever médico consiste em respeitar a autonomia do paciente, como garante da sua liberdade, e não em prolongar sua vida contra a sua vontade, como garante do dever de viver em sofrimento. Em face desta leitura, não comete crime de homicídio omissivo impróprio o médico que, atendendo à vontade de seu paciente ou, se for caso, de seus familiares, suspende ou não inicia tratamento extraordinário ou capaz apenas de prolongar a vida do paciente, sem possibilidade de reabilitação ou cura. Entrementes, dada a plurissignificação dos enunciados normativos, as outras interpretações expostas seguem sendo possíveis na *moldura* do direito penal. Portanto, a condição dos envolvidos continua nebulosa (MARTEL, 2007, p. 215).

Assim sendo, é certo que ao médico não é mandatório, sob o prisma ético, instituir medidas terapêuticas em um paciente com doença incurável. Estes profissionais têm o dever de salvar vidas, mas quando é possível. Quando não mais, é perfeitamente admissível que o médico suspenda a terapêutica curativa e inicie a palição como forma de primar pela qualidade de vida e de morte do doente e sua família.

Partindo do pressuposto que a família tem o direito de participar da decisão da conduta a ser oferecida ao paciente, cabe salientar que, mesmo que aquela solicite, incansavelmente, a conservação de medidas terapêuticas, estas não devem ser sustentadas de modo ilimitado, “pois isso implicaria agressão desnecessária ao paciente, o que não é objetivo nem dever dos médicos. Somente o próprio indivíduo pode fazer a opção pelo sofrimento adicional, considerando-o válido, apesar de medicamento fútil” (VILLAS-BÔAS, 2008, p. 63).

Como se percebeu nas observações e nas entrevistas, as representações sociais sobre a distanásia também decorrem da ortotanásia. Ambas são vistas como obscuras e subjetivas pelos profissionais, existindo uma inquietação essencialmente pertencente aos médicos, visto que, como já se explanou, a palavra final é deles durante as discussões sobre a conduta a ser praticada para o paciente terminal.

5.2.8.2 Registros: ausência e eufemismos

Um dado encontrado no presente estudo está relacionado à escassez de registros sobre as decisões restritivas de conduta. Ressalta-se que as anotações nos prontuários e fichas de evolução médica e de enfermagem não continham registros claros e precisos sobre o diagnóstico de terminalidade do paciente, ou seja, este fato não é informado na forma escrita. O direito ao acesso ao prontuário, instituído juridicamente aos pacientes e familiares, constitui o fator que justifica a ausência de registros, como se pode perceber nas seguintes falas:

“... como é que eu vou escrever numa pasta ‘paciente não é reanimável’? Eu não tenho como escrever isso na pasta! [...] Porque o grande problema é que agora, [...] qualquer um pode ter [acesso ao] seu prontuário, pode chegar e pedir” (MED 4).

“Pela parte da enfermagem também não é escrito isso em lugar nenhum” (ENF 3).

“... quando é passado só verbal, a gente registra como ‘paciente tratado’, como qualquer outro não terminal, vamos dizer assim, pelo quesito legal” (ENF 5).

“Eu nunca vi ninguém registrar na pasta [...] ‘não vão mais ser tomadas as medidas terapêuticas etc.’” (MED 1).

Moritz et al. (2009), nessa perspectiva, apontam que os médicos, assim como foi possível observar com os enfermeiros da UTI, têm, realmente, diversos receios no que se refere às repercussões éticas e/ou legais em relação ao registro das condutas. Pode-se afirmar, inclusive, que esse é o maior receio dentre todos os outros que existem no contexto da terminalidade de vida, segundo os profissionais entrevistados. É exatamente o medo de perder o número do registro profissional, da cassação do diploma, e, em consequência, a impossibilidade de exercer a profissão, se, porventura, o profissional for processado por alguma conduta que a família do paciente discordou.

Esse receio pôde ser notado durante uma das discussões sobre a conduta em relação a um paciente terminal cuja família era “*problemática*”, “*ambivalente*”, pois não concordava com a implementação das medidas de restrição terapêutica para o familiar em estágio terminal. O que se observou, corroborando com os autores acima citados, é que este medo de sofrerem processos éticos e/ou penais, com risco, inclusive, de “*perder o meu CRM*” ou “*se eu anotar e alguém da família ler, eu não vou poder mais nem trabalhar!*”, como foi verbalizado por um médico e uma enfermeira, respectivamente. Como efeito,

“... [o registro] não existe. Isso aí é passado verbal” (MED 4).

Por outro lado, como realça Villas-Bôas (2008), todo profissional de saúde deve, criteriosamente, explicar no prontuário todas as condutas definidas e procedimentos realizados. Segundo o Código de Ética Médica, no artigo 80, ao médico é vetado “expedir documento [...] sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade” (CFM, 2009, p. 1).

Analisando-se de outro ângulo, o Código de Ética de Enfermagem preconiza, nos artigos 68 e 79, respectivamente, que é obrigatório ao enfermeiro “registrar no prontuário, e em outros documentos próprios da enfermagem, informações referentes ao processo de cuidar da pessoa”, registrando, desse modo, “as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa (COFEN, 2007, p. 1).

Então, é categoricamente proibido, do ponto de vista ético médico e de enfermagem, não anotar, de forma clara e objetiva, tudo o que foi realizado para com o paciente.

Em um estudo sobre as discrepâncias entre os procedimentos de ressuscitação cardiorrespiratória e os registros nos prontuários dos pacientes, Torreão et al. (2000) constataram que em 27,4% dos prontuários analisados havia a referência “constatado óbito” e em 72,6%, “feitas manobras habituais de ressuscitação, sem sucesso”. Em nenhum dos 29 prontuários com alusão à realização de manobras de ressuscitação cardiorrespiratória havia prescrição de drogas com este fim, ou o registro, pela enfermagem, da realização das manobras. Ademais, no meio hospitalar, além desses fatores, acrescenta-se o medo dos profissionais de serem processados por omissão de socorro. Como foi evidenciado no referido trabalho, 72% dos registros nos prontuários estavam incorretos quanto aos procedimentos realizados. Poder-se deduzir, por conseguinte, que tal ausência de anotações verídicas pode refletir uma forte insegurança profissional perante a legislação brasileira, de assumir um procedimento, mesmo considerado correto.

O que se nota nas falas, e igualmente ao que se observou nas anotações dos profissionais da UTI, é que não existe o registro do diagnóstico relacionado à terminalidade de vida nas fichas nem em prontuários. Existe apenas o diagnóstico das patologias. Ao mesmo tempo, em relação à conduta, também não há o registro claro de que foram, por exemplo, “mantidos cuidados paliativos”, como verificado em seguida:

“... quando tá documentado na prescrição médica, é feito o registro, se não, a gente não escreve. Às vezes, é passado só verbal” (ENF 5).

“Da parte de enfermagem, só irá haver um registro se o médico já estiver colocado em seu prontuário [...] ‘paciente com medidas de conforto’. [...] Se não, não é colocado” (ENF 1).

Como se observa, os profissionais não anotam, fidedignamente, as condutas definidas nos prontuários com relação ao paciente terminal. Este fato se explica porque as medidas de limitação terapêutica não estão inteiramente incorporadas na prática dos profissionais de saúde, sobretudo médicos, por “constrangimentos legais impostos desde a década de 40, época em que as UTIs nem sequer existiam” (AGUIAR, 2007 apud Moritz et al., 2009).

Dessa forma, complementando tal afirmação, Yaguchi et al. (2005) consideram que é muito provável que, em decorrência deste vazio na legislação, e de fatores relacionados aos aspectos culturais brasileiros, os médicos optam por concentrar as ordens de não reanimar somente através da forma verbal e informal.

Sendo assim, no Brasil não é comum documentar a ordem de não ressuscitar, como ocorre em outros países (BITTENCOURT et al., 2007). Yaguchi et al. (2005) apontam, em um estudo realizado com médicos intensivistas de vários países, que os médicos brasileiros, da mesma forma que acontece nos hospitais do sul da Europa, preferem dar ordens de não reanimar verbais ao invés de escritas. Este fato foi igualmente observado na UTI pesquisada, ou seja, os médicos não registravam as determinações de não reanimação dos pacientes não salváveis. Da mesma forma, ocorria com as anotações da enfermagem.

Entretanto, o receio em registrar a recusa à reanimação cardíaca deve ser profundamente repensado, visto que, nos pacientes terminais, este procedimento, além de ser desnecessário, fere o princípio ético da não-maleficência. Não reanimar pacientes nessas condições é uma conduta protegida moral e eticamente, mas, ainda assim, não está ainda institucionalizada e não é benquista pacífica, legal e unanimemente no Brasil, porém, a partir do momento em que poupar a vida já não é mais factível, o alívio ao sofrimento deve ser guia central e a não ressuscitação é altamente desejável (TORREÃO et al., 2000).

Os mesmos autores também apontam, em relação à sua pesquisa, que, apesar de, em determinados casos, os médicos registrarem nos prontuários que o paciente havia sido internado para cuidados terminais, foi anotado pelo médico que verificou o óbito que foram realizadas manobras habituais de ressuscitação cardiorrespiratória, mas sem sucesso. Os seguintes depoimentos refletem sobre tal questão:

“... escrevo ‘[...] paciente fez parada cardíaca evoluindo pra óbito’. [...] Tem colegas que escrevem, pra se proteger (porque já tiveram problema), ‘foi realizado manobra de ressuscitação’ [...] como se tivesse feito. Mas é muito complicado escrever uma coisa que eu não fiz, eu jamais faria” (ENF 5).

“... o paciente foi a óbito, tu vai ligar e pedir pro familiar vir aqui. [...] eles têm direito ao acesso ao prontuário, e no momento que só constata e escreve ‘paciente em parada cardiorrespiratória, foi a óbito’, e entre esse espaço de tempo? O que tu

fez? Não fez nada?! [...] tem pessoas que, se tiverem a fim de achar um culpado, elas conseguem achar, porque tu não registrou, [ou] registrou uma coisa que não fez. Eu não conseguiria escrever que fiz manobra de ressuscitação se eu não fiz!” (ENF 3).

Uma situação trivial observada foi o emprego de eufemismos para amenizar a carga negativa que o assunto morte encerra. Ao recorrermos a eufemismos, criamos algo que faz parecer que o morto não morreu, mas adormeceu. Nas unidades hospitalares, os profissionais de saúde sustentam intrincadas discussões sobre como comunicar, e se vão comunicar, a verdade sobre a condição de terminalidade ao paciente e familiares (KÜBLER-ROSS, 2008), ao mesmo tempo em que utilizam palavras mais amenas, muitas vezes até poéticas, para camuflar a morte e encobrir o evento derradeiro que se aproxima.

Os profissionais da UTI não estão inertes a esta “dissimulação” da morte, pois muitos deles, ao abordarem o tema, ou ao referirem que o paciente morreu, empregavam expressões do tipo “*ele foi a óbito*”, “*ouviu Deus chamando*”, “*passou pro outro lado*”, “*acabou indo*”, “*descansou*”, “*pegou o trem*”, “*não resistiu*”, “*embarcou*”, dentre outras inúmeras conotações utilizadas como uma forma de velar aquilo que está saltando aos olhos.

Em relação às anotações de medicina e enfermagem, nos prontuários, não foi observado, de maneira clara, os termos “paciente terminal”, ou “paciente fora de possibilidades terapêuticas”, ou, então, “paciente com ordens de não ressuscitar” (ou algum código escrito para tal). Tudo era velado, em se tratando dos registros formais, e permanecia restrito às ordens verbais. Nem ao menos se registrava o quadro clínico do paciente de maneira aberta, apenas codificava-se o seu “*mau prognóstico*” com os termos “*prognóstico reservado*”. Algumas condutas, mas não a maioria, eram formalizadas nos prontuários como “*medidas de suporte*”, “*manter conforto*”, “*cuidados de higiene e conforto*”, “*manter conduta*” etc., demonstrando, visivelmente, o uso de eufemismos para designar os diagnósticos e condutas em relação aos pacientes terminais.

Nesse sentido, Moritz et al. (2009) apontam que, na grande maioria das ocasiões, os médicos registram no prontuário do paciente termos como “prognóstico reservado, familiares cientes”, com o objetivo de deduzir, pelas palavras usadas, que estes pacientes sofriam de patologias terminais e que as manobras de ressuscitação cardiopulmonar não deveriam ser realizadas nestes casos, informando, dessa maneira, o quadro clínico e as definições de conduta para o outro profissional, que, por exemplo, receberia o próximo plantão. As falas que se seguem evidenciam esta questão:

“O que a gente vê e [...] escreve é ‘medidas de conforto’, [...] mas a gente não usa ‘não vou mais usar medicações que mantenham a vida desse paciente’. [...] Se usa de eufemismos pra comunicar isso” (MED 1).

“São palavras, registros [...] meio codificados, não tão explícito. [...] E a conduta: ‘medidas de conforto, tratamento conservador’. Isso são palavras, códigos que nos dizem que a gente não vai mais investir. [...] Esse é o registro mais claro que existe aqui. [...] são palavras não contundentes, que não geram um desconforto” (MED 6).

“Geralmente são ‘cuidados de conforto e retirada dos antibióticos’ [...] Tudo é colocado como ‘cuidados de conforto’ apenas” (ENF 2).

“... o que a gente escreve?! ‘Paciente grave, com falência de múltiplos órgãos, prognóstico reservado’. [...] tu não vai escrever ‘paciente sem indicação de reanimação, conduta: retirar suporte aos poucos’. Isso é subliminar” (MED 4).

“... é colocado assim: ‘paciente não respondeu [ao tratamento], refratário a toda a conduta instituída anteriormente e decidido por cuidados de conforto. Mantida a sedação, nutrição, hidratação...’” (MED 5).

A última declaração cita uma situação que, na concepção do médico, acontece. Contudo, este fato não foi observado nos prontuários dos pacientes da UTI durante o período de observação. Como foi explicitado, o máximo que se escreve é algo que denota a não ressuscitação cardiorrespiratória.

Por fim, pode-se afirmar que médicos e enfermeiros não são claros nos seus registros quanto ao diagnóstico de terminalidade nem ao prognóstico de morte em breve. Por quê? Mais uma vez, como foi observado, existe o assombroso receio das implicações éticas e legais, visto que ainda se trata de um campo de grandes incertezas, sobretudo pelo receio de a família solicitar acesso ao prontuário e tomar conhecimento daquilo que a mesma não quer aceitar: a morte do ente querido.

5.2.9 Anseios de boa morte para si e para a família

Um elemento presente nas representações sociais dos médicos e enfermeiros estudados sobre a distanásia é edificado, também, pela forma como os mesmos almejam a sua própria morte, ou a de um ente querido, ainda que afirmem não pensar muito nesse assunto. O que se constatou foram os desejos de, sobretudo, uma morte boa, digna para si e para os membros da família, em detrimento à internação hospitalar no final da vida. Contudo, imaginar a sua própria morte, ou a de um filho, por exemplo, não é algo que passa pelo consciente de forma habitual, como os profissionais relataram.

Embora a morte seja um fato inexorável e inevitável, e muito presente no dia-a-dia das instituições hospitalares, especialmente nas UTIs, pode-se notar que a reflexão sobre a própria

morte é sempre postergada para um futuro distante, fato que nada ou pouco influencia nos projetos de vida do profissional. Assim sendo, as vivências interiores e as experiências cotidianas acerca da morte do outro são ligeiramente supridas pelos imperativos da vida moderna e dos afazeres laborais (NOGUEIRA, OLIVEIRA e PIMENTEL, 2006).

Kübler-Ross (2008) salienta que, a partir do viés psiquiátrico, é compreensível o fato de o indivíduo acreditar que a morte é somente possível para o outro, não para ele, uma vez que é inacreditável, em se tratando do inconsciente, imaginar um fim concreto para a própria existência. O indivíduo não se permite morrer naturalmente, ele somente se permite ser morto. Dessa forma, acredita-se que refletir sobre tal possibilidade (que não é possibilidade, visto que é certeza) desencadeia sentimentos negativos, fato que pôde ser percebido em algumas falas dos profissionais durante as entrevistas e também nas observações realizadas na UTI.

Nesta categoria surgiram duas subcategorias. A primeira, denominada “eu gostaria de ficar em casa. Só isso. Com a minha família...”, abarca os desejos do profissional em relação à sua própria morte, e a segunda, intitulada “e se fosse um familiar...”, discorre a respeito dos desejos de boa morte para um ente querido.

5.2.9.1 *“Eu gostaria de ficar em casa. Só isso. Com a minha família...”*

Morrer no domicílio é um desejo muito comum entre os pacientes sob cuidados paliativos durante o período final de sua doença. Um estudo realizado no Reino Unido publicou que cerca de 60% dos pacientes entrevistados, todos portadores de câncer em estágio avançado, e sem solução terapêutica com vistas à cura, preferiram o domicílio como o local mais apropriado para receber os cuidados até o final de suas vidas (MACIEL, 2004).

Na presente investigação, mas em vigência de casos hipotéticos de terminalidade, constatou-se que as representações sociais de médicos e enfermeiros em relação à distanásia, em se tratando dos desejos para a própria morte, perpassam pelos anseios de não sofrer, nem física nem psicologicamente, e não sentir dor. Ao mesmo tempo, almejam passar os momentos derradeiros com a família, e, sobretudo, não desejam estar internados em uma UTI ou hospital recebendo um cuidado técnico apenas. O mais importante, o que mais esperam, é a companhia dos entes queridos durante o processo de final de vida e o calor do seio da família, assim como anseiam por uma mão amiga. Estes são os fatores fundamentais para se vivenciar a terminalidade de vida com dignidade, como vistas à boa morte para si, segundo os profissionais estudados. Isso pode ser observado a seguir:

“... o meu sonho de consumo é morrer no meio da família! O que a gente faz quando tá fragilizado? Quer uma mão amiga pra segurar. [Para] os pacientes em ventilação mecânica, inconscientes, a gente não consegue estender a mão” (MED 3).

“... não gostaria de ficar no hospital. [...] toda pessoa gostaria de ter os últimos momentos de vida do lado das pessoas que gosta, da família. [...] E o hospital não te proporciona isso. Numa CTI tu fica longe da família, fica com pessoas que tu nunca viu na vida, que vão fazer um monte de coisas, maltratar, entre aspas” (ENF 4).

“... boa morte é uma morte sem dor e perto dos teus, perto da família. Não é três meses num leito de CTI, isolado dos teus e sem poder se manifestar, sem [...] poder se relacionar com nada. Isso não é uma boa morte” (ENF 1).

“... morte digna é tu poder ficar com as pessoas do teu lado, [...] com o mínimo de sofrimento possível, o mínimo de dor, de complicação. [...] Se eu não tenho cura, se não tem o que fazer, que pelo menos eu possa [...] ter o convívio dos meus familiares. [...] Eu gostaria de ficar em casa. Só isso. Com a minha família” (RES 1).

Um fato a ser destacado, visto que foi comentado em distintas entrevistas, é o rechaço à internação hospitalar para si, se caso o próprio profissional padecesse de uma doença terminal. Dessa forma, médicos e enfermeiros têm a consciência de que morrer na UTI, cercados de pessoas estranhas, frias e indiferentes, envoltos a aparelhos que apenas aferem parâmetros quantitativos e objetivos não são os elementos essenciais para a boa morte. Estes cuidados já não mais importam àquele que está morrendo.

Estes dados corroboram com os resultados de um estudo inglês sobre as preferências do lugar da morte, com pacientes em estado terminal. Tal estudo detectou que alguns destes pacientes assumiram preferências claras quanto ao desejo de morrer em casa, desejos estes respeitados até a última hora (MUNDAY, PETROVA e DALE, 2009).

Por sua vez, Kübler-Ross (2008) afirma que permitir que um paciente termine seus dias em ambiente domiciliar é formidável, uma vez que requer um esforço muito menor de sua parte para se adaptar à situação. Em sua residência, o paciente manterá acesso aos seus pertences, ao calor humano dos familiares e amigos, aos bichos de estimação, à comida caseira que lhe agrada o paladar, à alegria das crianças pela casa, ao perfume do ambiente, dentre inúmeros outros benefícios que morrer em casa pode proporcionar. Tudo isso não é possível em um ambiente hospitalar, muito menos em uma UTI.

Pôde-se perceber que em um leito de UTI, o paciente deixa de ser uma pessoa, perde o seu eu. Quando admitido na unidade, é prontamente cercado de enfermeiros e médicos apressados, estudantes e residentes ávidos em aprender sobre a patologia e a forma de tratá-la. Do mesmo modo, estão presentes os técnicos de enfermagem, os de laboratório disso, laboratório daquilo, coleta-se sangue, faz-se eletrocardiograma, raios-X, quantifica-se e examina-se a pele, as pupilas, os reflexos, os acessos venosos, a urina, as fezes, o escarro, os

sons que o corpo emite... As reações dos pacientes são controladas com sedativos potentes. A higiene corporal é realizada por pessoas estranhas, diferentes em cada turno do dia, e quem controla “onde”, “em qual leito” (e não “a quem” ou “para quem”) será desempenhado o trabalho é a escala de serviço. Há espaço para se sentir vergonha? Há. Mas para o paciente (se estiver consciente). Não para a equipe, pois o trabalho é rotinizado, regulado e racionalizado. O banho, a nudez? Mais um procedimento trivial. Onde está o ser humano, o eu do paciente, se ele é meramente parte da rotina? Como alguns profissionais diziam, enquanto cuidavam dos doentes que morriam, *“Deus me livre, eu não quero ficar [morrer] assim!”*

Essas conclusões foram elaboradas a partir das observações realizadas na UTI, com base nas conversas ouvidas, no modo como eram executados os trabalhos, na maneira como eram vistos os pacientes. O que se pode notar, atualmente, nas instituições hospitalares é a “coisificação” do doente. Como afirma Kübler-Ross (2008, p. 13), o doente pode até

clamar por repouso, mas recebe em troca infusões, transfusões, coração artificial ou uma traqueotomia, se necessário. Pode desejar que alguém pare por um instante para fazer só uma pergunta, mas o que se vê é uma dúzia de pessoas olhando um relógio, todas muito preocupadas com as batidas de seu coração. Com o seu pulso, com o eletrocardiograma, com o funcionamento dos pulmões, com as secreções e excreções, mas não com o ser humano que existe nele. Pode querer lutar contra tudo, mas será em vão, pois tudo isto é feito na tentativa de que ele viva e, se salvarem sua vida, podem dispensar atenções à pessoa mais tarde. Quem dispensa atenção à pessoa em primeiro lugar pode perder um tempo precioso para salvar-lhe a vida! Pelo menos este parece ser – ou é? – o motivo ou a justificativa que se esconde por trás de tudo.

Consequentemente, quando o paciente deixa de ser uma pessoa, ele deixa de ser livre para tomar suas próprias decisões, não rege mais a sua vida ou escolhe os pareceres pessoais quanto à sua situação. Acredita-se que, por conviverem cotidianamente com esta realidade, os profissionais entrevistados afirmaram que não desejam terminar seus dias em ambiente hospitalar, especialmente em uma UTI.

Em concordância, Chaves (2006) assinala que, nestas unidades, os doentes terminais encontram-se, normalmente, em quadro clínico instável, com necessidade de intervenções, ações, equipamentos e tecnologias complexas, ou seja, o processo de morrer demanda assistência contínua e especializada nas UTIs, assim como acontece com os outros pacientes internados nessas unidades, mesmo sem necessidade de tal atuação. Essa ideia também é manifestada por alguns profissionais:

“Eu não gostaria de passar por uma UTI, estar intubado, como as pessoas ficam aqui” (MED 6).

“... com certeza tu ir pro hospital ser sedado, posto em ventilação mecânica e ser alvo só de visitação, de observação, dos outros não é uma coisa legal” (MED 1).

Corroborando com tais acepções, cita-se um estudo realizado nos Estados Unidos, em 1995, e que continua muito atual, denominado *SUPPORT – A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: the study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment*³⁶ –, citado por Kipper (1999) e Pessini (2001). Este estudo considera que os médicos (e aqui se pode estender, igualmente, aos enfermeiros) submetem seus pacientes criticamente enfermos a tratamentos e procedimentos mais excessivos do que eles próprios optariam ou recomendariam para si mesmos. Ou seja, da mesma forma que referiram os entrevistados, os profissionais de saúde não gostariam de sofrer como os pacientes sob seus cuidados padecem no fim da vida, especialmente dentro de uma UTI, onde os procedimentos geralmente são invasivos e demandam sofrimento físico, pelo seu uso indevido e obstinado, e psicológico, ocasionado pelo isolamento da família. Diante disso, um questionamento paira: se os profissionais não desejam, de forma alguma, esse tratamento obstinado para si, por que o prescrevem aos pacientes?

A certeza é: eles, os profissionais, em sua maioria, já conversaram com seus familiares a respeito do que desejam para o seu processo de morrer, justamente porque têm esse grande contato com a morte quase que diariamente. Tal fato, apesar de, para muitos, ser repugnante, impele que médicos e enfermeiros reflitam sobre seu processo de morrer e solicitem aos seus familiares que não os deixem ficar como os pacientes que cuidam na UTI: em um sofrimento infundável, sustentado por medicações em infusões contínuas; cateteres nas veias, no coração; sondas entrando (ou saindo) pelo nariz, boca e uretra; tubos orotraqueais e ventiladores mecânicos; máquinas de hemodiálise etc. Como observado na UTI, os profissionais não desejam “estar no lugar” daquele paciente que não deveria estar lá:

“... eu vou ter 90 anos, vou estar em cima de uma cama, num respirador, com insuficiência renal e [o filho] vai dizer: ‘eu quero que vocês façam tudo pelo meu papaizinho’. Eu vou dizer (e vou dizer mesmo!) ‘eu não quero’” (MED 4).

Um estudo realizado por Simões e Santos (2005) apontou que, em relação aos desejos de boa morte, tanto pacientes e familiares quanto médicos e enfermeiros almejam para si mesmos uma morte sem sofrimento, sem dor, com vistas e uma morte “humanizada”. Busca-se, então, o ideal da morte digna, a qual, sob o olhar do próprio doente terminal, é referenciada em um dos contos de Beauvoir (1964, p. 94), como um pedido atormentado:

³⁶ O Estudo para Compreender Prognósticos e Preferências dos Resultados e Riscos de Tratamento.

não me deixem entregue às feras. Eu pensava em todos aqueles que não podem dirigir esse apelo a ninguém: que angústia sentir-se uma coisa sem defesa, inteiramente à mercê de médicos indiferentes e enfermeiras extenuadas! Nenhuma mão sobre a fronte quando o terror os invade. [...] Nas enfermarias comuns, quando se avizinha a hora derradeira, cerca-se o leito do moribundo com um biombo; ele viu esse biombo colocado em redor de outras camas que no dia seguinte estarão vazias; ele sabe.

No entanto, apesar das opiniões explicitadas, até cogita-se a hipótese de se morrer no hospital. Mas por um motivo, de certa forma, justificável: o medo da morte em casa e do sofrimento dos familiares (que continuarão vivos) por conviverem, no próprio lar, com a morte que está por vir. Um ponto que Simoni e Santos (2003, p. 173) distinguem faz referência à hospitalização no fim de vida com o escopo de atender, muitas vezes, à impossibilidade de as famílias manterem um doente em casa enquanto trabalham, principalmente quando a autonomia e a independência motoras do mesmo estão seriamente comprometidas ou quando não conseguem suportar assistir ao sofrimento de uma pessoa querida. É o que declara uma das entrevistadas:

“... [o melhor lugar para morrer] não é em casa, eu acho que é no hospital. Poucas pessoas estão preparadas para ter um familiar morrendo dentro da tua casa, dentro de um quarto, convivendo contigo e de uma hora pra outra ele morrer. Eu [...] não estaria preparada pra ter um familiar morrendo dentro da minha casa” (ENF 1).

Com o passar da história, houve mudanças radicais quanto ao local de morrer. Antes, a morte pública, na própria residência, entre familiares e amigos, transformou-se em uma morte solitária, isolada das pessoas queridas, anônima e escondida em um quarto de hospital. Todavia, em se tratando do despreparo para acompanhar o processo de morrer em domicílio, para algumas pessoas é impossível conviver com um doente terminal e suportar a carga psicológica deste convívio. Ademais, tal circunstância, essa falta de preparo, sempre significa definhamento emocionalmente com o moribundo (CHIAVENATO, 1998).

Em complemento, Maciel (2004), afirma que, apesar de ser um anseio comum morrer em casa, os familiares, em sua maioria, não estão preparados para enfrentarem o processo de morte e morrer do ente querido, uma vez que muitos deles não possuem essa vivência. Os familiares padecem com o medo do sofrimento do paciente, o receio de recordações indesejadas e/ou traumatizantes no ambiente familiar após a morte do mesmo, além do possível retardamento para a retirada do corpo. Portanto, pode-se entender que acompanhar o processo de morrer de um membro da família é extremamente desgastante e sacrificante, de todas as maneiras imagináveis.

Sob outro enfoque, um desejo destacado pelos profissionais é a recusa à eutanásia, e, como se pode inferir, a rejeição à distanásia é presente nas entrelinhas de quase todas as falas:

“Eu não gostaria que fizessem coisas que prorrogassem o meu sofrimento, mas nada que abreviasse a minha morte. Eu não pediria uma eutanásia!” (MED 6).

“... eu não gostaria de sofrer por mais tempo do que o necessário, mas também não gostaria de ser induzida a morrer” (ENF 3).

Nesse sentido, como assegura Sousa (2003), não se trata de precipitar, nem postergar, a morte, mas de aguardá-la no momento correto, lançando mão de meios regulares para os cuidados que se tornarem necessários e essenciais. Esta prática respeita os princípios da dignidade da pessoa humana, assim como os princípios da autonomia, beneficência e justiça, do ponto de vista ético.

Por sua vez, Goldim (2004) defende a ideia de que a ortotanásia busca a utilização de meios adequados para o tratamento de uma pessoa que está à beira da morte, sendo contemplada como uma alternativa civilizada de entender e atender os doentes terminais. Neste caso, são considerados o sofrimento físico, psíquico, espiritual e social sofridos pelo paciente e pela família. É utilizada a chamada “atenção integral” ao paciente, através de uma ótica holística, a qual deve ser proporcionada pela equipe de saúde.

De acordo com as concepções dos profissionais, existe o grande temor do sofrimento causado por possíveis dores intratáveis, como ocorre comumente com os casos terminais decorrentes de câncer. Segundo Pessini e Bertachini (2006), ouve-se frequentemente dos doentes terminais que eles não têm medo de morrer, mas temem sofrer durante este processo. O que amedronta, na verdade, é a dependência, a impotência, a dor e o sofrimento, atrelados à doença, verificadas na fala a seguir:

“... eu quero morrer de repente. [...] com o mínimo de dor, com alguém querido do meu lado” (ENF 5).

“Meu [parente] [...] saiu a cavalo às nove da manhã no campo, era meio dia e ele não voltava, foram ver e acharam ele morto no campo! Essa é uma morte maravilhosa! Até o último dia com a família, com a esposa. [...] uma morte boa é uma morte de origem cardíaca. A gente consegue fazer tudo que tem que ser feito até o último momento. Lá num belo dia, apaga! Morre dormindo” (MED 6).

“Eu acho que a morte, vamos dizer, abençoada por Deus [...] ou é a morte súbita ou é um infarto, [...] que não seja na CTI” (MED 4).

Na cultura ocidental, o significado de morte está intensamente atrelado ao sofrimento, como se este representasse um “pré-requisito” para a sua chegada. Por outro lado, atualmente,

tal fato não deixa de ser real, visto que muitas doenças crônico-degenerativas desencadeiam sintomas geradores de sofrimentos, tais como dor, dispnéia e incapacidade funcional, dentre outros. Dessa forma, um dos elementos essenciais do sofrimento é a dor, ou seja, ponderar sobre o sofrimento é, inevitavelmente, pensar em dor. Portanto, uma boa morte é aquela sem sofrimento, é súbita, aguda, que não ocasiona dor nem angústia (SILVA e SIMÕES, 2005).

Em complemento, Pessini e Bertachini (2004) assinalam que, hodiernamente, a morte breve, quase instantânea e sem sofrimento, é a que mais se deseja, e, sobretudo, sofre-se com o medo de uma morte lenta, delongada e com muita dor ao pensar no sofrimento dos enfermos sem possibilidade de cura.

5.2.9.2 *E se fosse um familiar...*

“... não acho que uma morte na UTI seja uma morte digna! [...] morrer com um tubo na boca, uma sonda vesical, um acesso central, um respirador... [...] Não é o que eu gostaria pra mim ou pra um familiar meu” (RES 1).

Mais uma vez, os desejos dos profissionais não incluem morrer no hospital, envoltos a uma “parafernália tecnológica” que apenas posterga a morte e aumenta o sofrimento nesse processo. Por consequência, da mesma maneira que não almejam esta morte para si mesmos, não desejam para seus familiares, pois não querem vê-los sofrer.

Em um trabalho realizado com familiares de doentes terminais em suas residências, notou-se a intensa preocupação em oferecer uma boa morte para os entes queridos no seu próprio domicílio. Os familiares cuidadores, apesar de, em muitas ocasiões, sentirem-se extenuados, física e psicologicamente, por trabalharem fora e ainda cuidarem de um doente terminal em casa, sentiam-se bem em poderem proporcionar, dentro do próprio lar, um fim de vida junto à família, mesmo que o momento da morte, em si, não fosse benquisto para dentro de casa. Inclusive, houve pacientes que, a partir do grande agravamento do quadro clínico, e na vigência da morte iminente, foram levados ao hospital apenas para morrer (BERTOLINO, 2007).

Em se tratando do paciente assistido em domicílio, Sena et al. (2006) salientam que os familiares cuidadores praticam um tipo de ação que presta o cuidado sem vínculos formais, por meio da execução de atividades relacionadas, basicamente, à manutenção da vida, ou seja, alimentação, higiene e conforto. O membro da família, ou a ela interligado, é considerado um cuidador informal responsável pela prática das atividades cuidadoras no domicílio, mas que não é dono de uma formação profissional para tal.

Os cuidadores de pacientes terminais, por vivenciarem o desafio de cuidar daquele que está morrendo, sofrem forte sobrecarga emocional, acarretada pelas dificuldades e enfrentamentos que surgem no processo de morrer. Essas dificuldades são representadas pelo desgaste físico, aumento dos gastos financeiros e tempo necessário para assistir o paciente, além dos riscos físicos e mentais. Rezende et al. (2005, p. 80) apontam que “os cuidadores têm papel muito importante nos aspectos práticos, sociais, físicos e emocionais do paciente, bem como nas decisões a serem tomadas no fim da vida”.

Outro fato comentado pelos profissionais está atrelado à aceitação da finitude humana, a finitude do familiar, como fator decisivo para a tomada de decisão entre investir ou não nesse processo, sobretudo em situação de dor e sofrimento, ou seja,

“Evitar o investimento depende de aceitar. [...] um filho que fica em cima de uma cama, que tá sofrendo e não se tem mais nada pra fazer, e a gente tem discernimento do que é reversível e do que não é, tem que aceitar. Não vai ser fácil!” (MED 6).

“... o meu pai me dizia que a única coisa que ele não queria era sentir dor. [...] com meus filhos, por serem meus filhos, por serem jovens, e por, teoricamente, terem uma expectativa de vida maior, [...] eu tivesse conflitos muito grandes pra decidir interromper tratamento ou algo assim. Com [o cônjuge], já conversamos várias vezes, e nenhum de nós quer ficar definhando em cima de uma cama” (MED 4).

Aceitar a morte dos pais e do cônjuge, por exemplo, não é tarefa fácil, mas aceitar a situação de terminalidade do próprio filho é, definitivamente, mais complexo. O profissional, que neste caso (hipotético) passa a tomar o lugar de um familiar, sente-se, ao mesmo tempo, culpado e aliviado por esta aceitação. Estes sentimentos ambivalentes dimanam do desejo de que tudo se resolva, mesmo que seja da “pior forma possível”, ou seja, com a morte do ente querido. Este evento, no caso, poderia significar o fenecer do sofrimento do enfermo e sua família, culminando na retomada do curso de vida “de quem fica” (PEREIRA e DIAS, 2007).

Em alguns casos, como afirma Kübler-Ross (2008), a aceitação é uma racionalização do sofrimento; em outros, continua sendo uma forma de negação necessária, sendo que a família, na terminalidade de vida, guarda uma função muito importante, pois o seu ente querido reagirá à situação, enfrentará o processo de morrer, de acordo, também, com a maneira como a família o encara.

Por outro lado, os profissionais declararam que a conduta a ser tomada estaria na dependência das condições de comunicação e da vida de relação do enfermo, revelada assim:

“Na situação de ter uma doença terminal, que não permite comunicação, não que eu desejaria, mas eu permitiria que ele [o familiar] partisse logo, sem investimento nenhum, só analgesia. Por outro lado, se ele tem capacidade de se comunicar [...] eu

acho que lançaria mão do procedimento terapêutico enquanto ele pudesse se comunicar, ter uma vida de relação” (MED 1).

O que se percebe nesta fala é que existe uma diferença entre o paciente terminal que se comunica e aquele que não se comunica. O primeiro consegue expressar seus sentimentos e angústias, da mesma forma que consegue participar, de certo modo, da dinâmica familiar, sobretudo se estiver em casa. Às vezes, este fato é confortante para a família, às vezes não.

Durante as observações na UTI, acompanhou-se um doente terminal o qual apresentou relativa melhora dentro da unidade, apesar de muito debilitado física e psicologicamente. Tornou-se novamente lúcido e comunicativo, acompanhava todo o trabalho da equipe, mal dormia e também acabava por acompanhar os óbitos ocorridos na unidade. À noite ele chorava, silenciosamente, no leito. Especialmente durante as visitas, o doente se mostrava mais angustiado, com pedidos incessantes de que o filho, ou permanecesse com ele na UTI (e o filho chegou, realmente, a fazer tal pedido para a equipe, devido à insistência do pai), ou tirasse, rapidamente, de lá. Alguns profissionais compadeceram-se do caso, que era de se emocionar profundamente, porque o paciente, ao mesmo tempo em que chorava, pedia, sorrindo, a companhia do filho. Em consequência, surgiram comentários do tipo: “*ai, Deus... Se fosse meu pai, eu não sei... Tiraria logo daqui. Ele tá pedindo! É muito sofrimento...*”

A capacidade de se comunicar deste paciente foi crucial durante os processos decisórios na UTI e, por fim, o mesmo foi transferido para a Unidade de Clínica Médica e, de lá, para a sua casa, pois, assim, poderia usufruir da presença da família em seus últimos momentos, como, de fato, aconteceu. No dia em que se despediu da equipe da UTI, ele estava muito debilitado, mas sorria com os olhos. Estava deixando a tortura da obstinação terapêutica e adentrando nas medidas proporcionadas que seriam proporcionadas pelos cuidados paliativos junto aos seus entes queridos.

Por fim, uma fala de um dos profissionais, colocando-se no lugar de um doente terminal, revela o mais importante, o mais desejado na fase final da vida, se bem aceita:

“... eu preferia morrer de uma doença que não me levasse muito rapidamente, por mais que isso implicasse em dor. Eu gostaria de ver pessoas que faz tempo que não vejo, gostaria de conversar conversas que eu não tive. Acho que isso é digno, é uma maneira de tu sair com tudo resolvido” (MED 1).

6 CONCLUSÕES DO ESTUDO

“Se fizéssemos um esforço sobre-humano para encarar nossa própria morte, para analisar as ansiedades que permeiam nosso conceito de morte e para ajudar os semelhantes a se familiarizarem com tais pensamentos, talvez houvesse menos destruição ao nosso redor” (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 17).

As representações sociais de médicos e enfermeiros sobre a distanásia transcorrem de diversos fatores, os quais são parte importante da formação das ideias centrais dessas representações, tanto no cotidiano laboral quanto, imagina-se, na vida pessoal.

É importante lembrar que a associação de um grupo de pessoas produz um todo, uma realidade social, uma consciência coletiva. Nesse sentido, pode-se dizer que as representações sociais sobre a distanásia são densamente influenciadas pela sociedade na qual os profissionais de saúde estão inseridos, ou seja, a sua natureza individual é intimamente ligada ao que pensa essa sociedade e o senso comum dos seus membros. Dessa forma, as representações sobre a distanásia traduzem a maneira pela qual os médicos e enfermeiros se percebem no cotidiano das suas relações com o macrocosmo, a sociedade em geral, e o microcosmo, o hospital, a UTI.

Nessa perspectiva, a pressão social exerce grande influência nas atitudes dos profissionais de saúde durante as decisões tomadas no processo de morrer. Os fenômenos simbólicos desenvolvidos no domínio público perpassam, por exemplo, pelo medo da morte, pela rejeição da finitude humana, pela insistência obstinada dos familiares, como representantes do senso comum, para que o médico implemente uma terapia fútil para o tratamento do doente terminal.

O que médicos e enfermeiros pensam e significam sobre a distanásia é desenvolvido desde antes mesmo do ingresso no curso de graduação, uma vez que, como indivíduos integrantes de uma sociedade que nega e afasta a finitude humana, os profissionais de saúde, como reflexos desta, também negam e afastam a morte. O que se nota é uma difícil relação de

médicos e enfermeiros com o processo de morrer dos pacientes, pois, movidos pelo forte desejo de tratar, curar e salvá-los, não conseguem, muitas vezes, encarar, com naturalidade, o fim da vida.

Como escolheram cursar Medicina ou Enfermagem no intuito de cuidar do paciente para salvar a sua vida, médicos e enfermeiros não estão preparados, nem técnica nem psicologicamente, para atuar no tratamento adequado do enfermo sem possibilidades terapêuticas. A academia, ainda intensamente movida pelo enfoque biologicista, curativista e cartesiano, ensina aos futuros profissionais da saúde a apenas atentarem para o cuidado técnico baseado nessa concepção, segundo os entrevistados. Em consequência, se a graduação não instrumentaliza o aluno para o cuidado no tratamento do ser humano em todas as fases da vida (a morte faz parte da vida), este, quando adentra o mercado de trabalho, como recém-formado, apresenta grandes dificuldades e angústias no convívio com o paciente terminal, pois este o lembra, inevitavelmente, que, como ser humano que é, também é finito.

Por conseguinte, o que se observa é um cuidado despersonalizado, frio, rotinizado, regulado e indiferente ao paciente terminal na UTI, pois o mesmo é “coisificado” no transcurso do cuidado diário, pela maioria dos profissionais da equipe. Como foi mencionado pelos entrevistados, é um paciente que, por vezes, é esquecido, rejeitado pela equipe, especialmente porque não há mais medida curativa que consiga salvá-lo da morte. E esta, quando acontece, é aparentemente compreendida, tão somente, como um evento corriqueiro dentro da UTI. Fato que não ocorre verdadeiramente, pois, se a morte é considerada apenas mais um evento normal, os profissionais, então, não deveriam sentir tantas dificuldades e angústias durante o processo de morrer do paciente sob seus cuidados, especialmente durante as tomadas de decisão entre investir ou não no mesmo, pois esse ato de optar pela continuidade do tratamento, ou por sua recusa, ocasiona grandes angústias no profissional, sobretudo no médico, o qual, indiscutivelmente, tem a palavra final no processo decisório.

Mas as dificuldades relacionadas ao paciente terminal são vivenciadas desde antes da sua admissão na UTI, pois, rotineiramente, existem diversos pedidos de leitos para pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Nesse sentido, há um grande dilema sobre a internação destes enfermos na UTI, a qual, tecnicamente, ponderando sobre o objetivo-fim desta unidade, não pode ser considerada o último recurso na tentativa de salvar um paciente terminal da morte. O que mais predomina, nessas ocasiões, como referiram os sujeitos desta investigação, são as solicitações de leitos pelos médicos assistentes, os quais não aceitam a morte dos seus pacientes, e a obstinação da família em tentar tudo o que for possível para

“livrar” o ente querido da morte próxima. Estes fatores são determinantes para a instalação de dilemas legais, pessoais, morais e bioéticos no cotidiano do profissional de saúde da UTI.

No que se refere a esses dilemas, dentre as representações sociais de médicos e enfermeiros sobre a distanásia estão as divergências de conduta entre os próprios colegas de trabalho, pois, muitas vezes, confrontam, entre si, seus ideais, objetivos e subjetividades no cuidado do doente terminal. Como não existe, ainda, um parâmetro para estabelecer nitidamente as decisões de conduta na terminalidade de vida, os confrontos profissionais são inevitáveis. Até porque os próprios profissionais de saúde consideram que as tomadas de decisão acerca da distanásia *versus* a ortotanásia são influenciadas por aspectos relativamente subjetivos. Todavia, ainda assim, os elementos que mais influenciam nas tomadas de decisão sobre até quando investir no doente terminal, como foi observado, são os dados objetivos referentes ao seu estado clínico, tais como idade, tipo e grau de patologia, evolução clínica, exames laboratoriais etc. Mas foi enfatizado que deve-se avaliar, individualmente, cada caso no processo decisório, pois o que se torna o tratamento ideal para um paciente pode não ser o melhor para o outro.

Durante esse processo decisório, discutido quase que diariamente pelos profissionais da UTI estudada, pôde-se notar que é uma deliberação inteiramente médica, ainda que alguns membros da equipe, tais como fisioterapeutas e enfermeiros, estejam presentes nos *rounds*. A presença destes existe, mas não foi verificada a sua participação efetiva na tomadas de decisão. O que se observou foi que a presença de enfermeiros, por exemplo, é um fato que tão somente tem o objetivo de “fornecer uma satisfação” para a equipe, no sentido de demonstrar que a multidisciplinaridade se faz presente, mas sem “força de voz”. Nesse contexto, o que existe é o desejo dos médicos em repartir a responsabilidade das tomadas de decisão para que, se, porventura, passarem por algum tipo de problema ético ou jurídico desencadeado pelas suas decisões, futuramente seja repartido o ônus que sobrevir. Entretanto, tal fato é um tanto quanto paradoxal, pois se o ônus, teoricamente, tem que ser dividido, o bônus também o deve. Mas isso não acontece, visto que, independentemente do que a equipe expresse ou opine, a determinação final, até mesmo legalmente, é do médico. Portanto, se a enfermagem não tem “força de voz” durante as decisões, por que se interessaria em participar ativamente dessas discussões?

Esse desejo de corresponsabilizar a equipe pelas definições de conduta para com o paciente terminal é, nada mais, nada menos, que o reflexo do enorme receio que paira sobre os profissionais da UTI em relação às repercussões éticas e legais acerca da licitude de uma restrição terapêutica, ou retirada de terapia fútil, ou não instituição desta. Pode-se afirmar que,

em muitas ocasiões, a distanásia ocorre por causa desse medo de um possível processo ético ou legal, visto que não existem leis jurídicas claras, no Brasil, sobre o assunto. Dessa forma, a interpretação do Código Penal é ambígua com relação ao homicídio, à omissão de socorro e a outras questões concernentes ao fim da vida.

O Código de Ética de Enfermagem não aborda o tema, no entanto, neste ano de 2009, foi aprovado o novo Código de Ética Médica, um importante “ganho” para os médicos, no sentido de autorizá-los, eticamente, a recusar a instalação de terapia fútil ou a continuação desta, com vistas à ortotanásia e cuidados paliativos como tratamento ideal para o paciente terminal. Todavia, as decisões devem, impreterivelmente, ser compartilhadas com o paciente e sua família, levando em consideração suas percepções e desejos nessa situação. Justamente com os mesmos, o médico e a equipe devem entrar em um consenso sobre quais as medidas devem ser definidas no tratamento do paciente terminal a fim de evitar a distanásia.

Mas, apesar dessa “conquista ética” dos médicos, ainda persiste a subjetividade e a dependência dos desejos da família em relação ao tratamento do doente, especialmente em UTIs, pois, como foi observado, nessas unidades, a grande maioria dos pacientes se encontra sedoanalgesiada e é a família que, como responsável legal deste, auxilia os médicos na determinação de suas condutas. Com isso, se a família não aceitar a morte do ente querido, novamente, mesmo com o surgimento do novo código, o médico, e também o enfermeiro, se verão em no antigo dilema: o que fazer? Não em relação à atitude do ponto de vista ético, mas no que se refere à legislação jurídica penal brasileira. Nesse sentido, o que se poderia instituir seria uma reformulação do (obsoleto) Código Penal, no intuito de resguardar o profissional de saúde quando da instituição de condutas restritivas no tratamento doente terminal, visto que não é objetivo, nem da Medicina, nem da Enfermagem, levar o paciente a um arrastado, sofrido e desumano processo de morrer. O desígnio desses profissionais, ao contrário, é proporcionar um fim de vida digno com a mesma eficácia que se luta pela qualidade de vida do outro ser humano que não está morrendo.

Nessa perspectiva, os profissionais, ao pensarem em sua própria morte, e na de seus familiares amados, desejam que o seu processo de morrer seja humano, acolhedor, junto à família, no aconchego do lar, de mãos dadas com alguém querido no momento do último suspiro. Ou, então, no máximo, em um leito hospitalar que conte com a presença de um profissional que possibilite tal cuidado humano. Fato que os próprios médicos e enfermeiros sabem que é raro de acontecer, visto que o paciente na UTI apenas faz parte da rotina de trabalho. Com exceção do paciente jovem, o qual causa grande comoção entre os membros da equipe, por se tratar de uma pessoa que, teoricamente, teria uma vida inteira pela frente.

A partir deste estudo, observou-se que médicos e enfermeiros vivenciam angústias e dilemas durante as decisões que envolvem a terminalidade de vida, as quais poderiam ser sanadas, ou minoradas, se fosse disponibilizado espaço para que expusessem o que sentem, pensam, significam e representam sobre a morte e o processo de morrer. Assim sendo, sugere-se que esse espaço dialógico seja criado nas UTIs, assim como em outras unidades hospitalares, para que os profissionais, enquanto equipe e seres humanos, conversem entre si a fim de exporem seus sentimentos, sem qualquer tipo de constrangimento. Por consequência, amenizando as dificuldades para lidar cotidianamente com a morte e o processo de morrer, plantar-se-á a possibilidade de prestar um cuidado verdadeiramente humanizado àquele que está morrendo. Ademais, conversar sobre o assunto poderá, inclusive, auxiliar no enfrentamento das próprias perdas pessoais.

Outro ponto que merece ser mais bem esclarecido é a legislação penal. Dessa forma, sugere-se que os estudos jurídicos sobre a terminalidade de vida sejam efetivos, pois há urgente necessidade de uma reformulação das leis brasileiras que isentem os profissionais de saúde a responderem judicialmente por uma atitude terapêutica restritiva, devido à errônea (e subjetiva) interpretação do Código Penal. É premente a retificação das ambiguidades deste código, como forma de diminuir a realização desse procedimento inteiramente fútil e torturante para o doente terminal e, ao mesmo tempo, para a equipe que cuida dele.

Para tanto, o ser humano e a sociedade em geral precisam ter a noção de que a vida é finita para todos e a medicina tem os seus limites. Ao mesmo tempo, os cursos biomédicos precisam ensinar, e enfatizar aos estudantes, que é necessário entender, verdadeiramente, esse limite, com vistas ao bem-estar do doente em uma fase da vida que pode ser (e talvez seja) extremamente angustiante: o processo de morrer.

Um fato observado tratou da falta de interesse em estudar os temas relacionados à Tanatologia, sobretudo entre os profissionais mais jovens. Isso, acredita-se, é mais uma consequência da negação social da morte, que “comanda” e impele o indivíduo à rejeição da finitude humana. Essa rejeição social incide sobre a (ausência de) educação acerca da terminalidade de vida durante a graduação, a qual, por sua vez, influencia a assistência (obstinada) prestada no cotidiano laboral hospitalar. Esse cuidado, por fim, despersonaliza e martiriza o paciente em sua despedida da vida. Como se notou, as representações sociais sobre a distanásia advêm de uma cascata de atitudes que negam, veementemente, a morte em múltiplas instâncias.

Finalmente, algumas interrogações, como propostas para novos e importantes estudos, permanecem: o profissional de saúde se sente na obrigação de “fazer tudo o que for possível”

na tentativa de salvar o paciente terminal? O progresso científico torna a distanásia mandatória em detrimento à ortotanásia? Por que médicos e enfermeiros submetem seus pacientes a um tratamento tortuoso e degradante, se eles próprios não desejam tal conduta para si e para aqueles que amam? Até quando a legislação brasileira vai continuar nessa inércia ambivalente com relação ao tema? E até quando o profissional permanecerá na dúvida sobre até que ponto investir em um paciente fora de possibilidades terapêuticas, pela falta de parâmetros que auxiliem na definição de tal conduta?

São muitos os questionamentos que restam, cujas respostas são extremamente difíceis, e, talvez, até impossíveis de serem respondidas na atual conjuntura brasileira. Todavia, a partir do momento em que, pelo menos, uma parte delas for esclarecida, tornar-se-á menos angustiante e contraproducente a convivência com o paciente terminal e, quiçá, haja uma minoração das dicotomias assistenciais sobre o cuidado ofertado a este doente, com o objetivo-fim de, na impossibilidade de cura, que a inexorabilidade da morte seja vivida como um processo natural, digno, fundamentado nos preceitos da humanização dos cuidados, e, essencialmente, no amor ao próximo em todas as fases da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, R. C. F.; CASTRO, A. L. O exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 172-185, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/09.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2009.

ALEXANDRE, M. Representação Social: uma genealogia de conceito. **Revista Comum**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 23, p. 122-138, jul./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.facha.edu.br/publicacoes/comum/comum23/Artigo7.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2009.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.

AMARAL, M. X. G. et al. Reações emocionais do médico residente frente ao paciente em cuidados paliativos. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2009.

ANJOS, M. F. Para compreender a espiritualidade em bioética. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 155-160, abr./jun. 2007. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/01_para_compreender.pdf>. Acesso em: 02 out. 2009.

ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

AZEREDO, N. S. G. **O acadêmico de medicina frente à morte**: questões para (re) pensar a formação. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12945/000635601.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 22 ago. 2009.

BACKES, D. S. et al. Principais razões que motivam os candidatos de nível técnico a uma vaga na profissão de enfermagem, Florianópolis. **Revista Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 75-80, abr. 2006. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1414-81452006000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 jul. 2009.

BAFFI, M. A. T. **Modalidades de pesquisa**: um estudo introdutório. Petrópolis, 2002. Disponível em: <<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/met02a.htm>>. Acesso em: 08 jun. 2008.

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 546-551, set./out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672007000500012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 maio 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 11 ed. rev. e atual. Coimbra, Portugal: Edições 70, 2008.

BATISTA, C. C. et al. Futilidade terapêutica e insuficiência respiratória: realização de um estudo de coorte prospectiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 151-160, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-507X2007000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 set. 2008.

BEAUVOIR, S. **Uma morte muito suave**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1964.

BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B.; LEOPARDI, M. T. Detalhamento da Metodologia. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2 ed. rev. e atual. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – Pós-Graduação em Enfermagem, 2002. p. 163-182.

_____. Técnicas e procedimentos de pesquisa qualitativa. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2 ed. rev. e atual. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – Pós-Graduação em Enfermagem, 2002. p. 223-253.

BECKER, H. S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

BERTOLINO, K. C. O. **Educação em saúde para a realização de cuidados paliativos ao paciente terminal em domicílio**. Relatório de atividades assistenciais. Curso de graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2007.

BERTOLINO, K. C. O.; NIETSCHKE, E. A. **Paciente terminal**: a Bioética e a atuação dos enfermeiros nesse último processo da vida. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008.

BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.) **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. p. 87-100.

BIFULCO, V. A. A Morte na Formação dos Profissionais de Saúde. **Revista Prática Hospitalar**, São Paulo, ano 8, n. 45, p. 164-166, 2006.

BISOGNO, S. B. C. **Representação social da ortotanásia**: significados atribuídos por enfermeiros e médicos na unidade de terapia intensiva. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 2008. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2008.

BITENCOURT, A. G. V. et al. Conduas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 137-143, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n2/a01v19n2.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2009.

BOEMER, M. R.; SAMPAIO, M. A. O exercício da enfermagem em sua dimensão Bioética. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, abr. 1997.

BOURDIEU, P. Para uma teoria conjuntural na prática. In: _____. **Esboço de Uma Teoria da Prática** – Precedido de três estudos de etnologia Cabila. Oeiras, Portugal: Celta, 2002, p. 132- 276.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-lei nº 2848, de 7 de Dezembro de 1940. **Código Penal**. Brasília, 1940. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del2848compilado.htm>>. Acesso em: 22 set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico**. Portaria MS 1071 de 04 de julho de 2005. Consulta pública nº 3, de 7 de julho de 2005. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.sobрати.com.br/ms-politica-critico.htm>>. Acesso em: 11 abr. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196**, 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 23 nov. 2008.

BRÊTAS, J. R. S.; OLIVEIRA, J. R.; YAMAGUTI, L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre a morte e o morrer. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 477-483, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4v40_n4a04.pdf>. Acesso em: 09 maio 2008.

CANTOR, M. D. et al. Do-Not-Resuscitate Orders and Medical Futility. **Archives of Internal Medicine**, Washington, United States of America, v. 163, n. 22, p. 2689-2694, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.archinternmed.com>>. Acesso em: 24 jun. 2007.

CARVALHO, C. R. R.; TOUFEN JUNIOR, C.; FRANCA, S. A. Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. In: III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. **J. Bras. Pneumol**, Brasília, v. 33, supl. 2, p. 54-70, 2007. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/Suple_149_47_1cap_1.pdf>. Acesso em: 12 set. 2008.

CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (BIREME). **Descritores em Ciências da Saúde**. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/>>. Acesso em: 25 set. 2009.

CERVO, A.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 4 ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CHAVES, A. A. **Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidades de Terapia Intensiva**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 2006. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-17102006-11092005>>. Acesso em: 14 jun. 2007.

CHIAVENATO, J. J. **A morte: uma abordagem sociocultural**. São Paulo: Moderna, 1998. (Coleção Polêmica).

COELHO, E. O. E.; EMERICK, T. O.; SANTOS, T. V. C. Pesquisando a comunicação escrita dos serviços de enfermagem em periódicos das bases eletrônicas de dados: um estudo sobre o estado da arte. **Revista Meio Amb. Saúde**, Manhuaçu, v. 2, n. 1, p. 112-122. 2007. Disponível em: <[http://http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%202\(1\)%20112-122.pdf](http://http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%202(1)%20112-122.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2008.

COLOGNESE, S. A.; MÉLO, J. L. B. A técnica de entrevista na pesquisa social. In: NEVES, C. E. B.; CORRÊA, M. B. (Orgs.) **Pesquisa Social Empírica: métodos e técnicas**. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Sociologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1998. p. 143-159. (Coleção Cadernos de Sociologia. v. 9).

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. **Revista Estudos de Psicologia**, Natal, v. 11, n. 2, p. 209-216, 2006. <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a10v11n2.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2009.

COMERLATO, E. M. B.; GUIMARÃES, I.; ALVES, E. D. Tempo de plantar e tempo de colher: as representações sociais de profissionais de saúde e idosos sobre o processo de envelhecimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 736-747. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a13.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN 311/2007. **Código de Ética de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>>. Acesso em: 14 maio 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM 1805/2006. **Código de Ética Médica**. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8822>. Acesso em: 27 out. 2009.

CORBANI, N. M. S.; BRÊTAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 6, n. 3, p. 349-354, maio/jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672009000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 set. 2009.

CORTES, S. M. V. Técnicas de coleta e análise qualitativa de dados. In: NEVES, C. E. B.; CORRÊA, M. B. (Orgs.) **Pesquisa Social Empírica: métodos e técnicas**. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Sociologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1998. p. 11-47. (Coleção Cadernos de Sociologia. v. 9).

COSTELA, S.; QUINTANA, A. M. O estudante do curso de Enfermagem e o paciente terminal: uma relação desafiadora. **Revista Centro de Educação**, v. 29, n. 1. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2004. Disponível em: <<http://www.coralx.ufsm.br/revce/2004.htm>>. Acesso em: 14 jun. 2007.

COUNCIL FOR INTERNATIONAL ORGANIZATIONS OF MEDICAL SCIENCES (CIOMS). **International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects**. Geneva, Switzerland, 2002. Disponível em: <http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm>. Acesso em: 14 jun. 2008.

DRANE, J.; PESSINI, L. O que é uma medicina mais humana? In: _____. **Bioética, medicina e tecnologia**. São Paulo: Loyola, 2005. p. 53-65.

DUARTE, T. A possibilidade de investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica). **CIES Working paper nº 60/2009**. Lisboa, Portugal, 2009. Disponível em: <http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP60_Duarte_003.pdf>. Acesso em: 17 set. 2009.

EINSTEIN, A. **The World as I see it**. New York, United States of America, 1931. Disponível em: <<http://www.aip.org/history/einstein/essay.htm>>. Acesso em: 01 nov. 2009.

EMANUEL, L. L.; GUNTEN, C. F. FERRIS, F. D. Gaps in end-of-life care. **Arch. Fam. Med.**, Chicago, United States of America, v. 9, p. 1176-1180, nov./dez. 2000. Disponível em: <<http://archfami.ama-assn.org/cgi/content/full/9/10/1176>>. Acesso em: 12 set. 2009.

FARELL, M. D. Apresurando la propia muerte. **Revista Perspectivas Bioéticas en las Américas**, [s. l.], ano 1, n. 1, p. 92-99, jan./jun. 1996.

FARR, R. M. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em Representações Sociais**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1995, p. 31-59.

FERNANDES, S. L.; SANTOS, A. Y.; TOMANIK, E. A. **O estudo das representações sociais no Brasil**: distribuição por regiões e áreas da ciência. In: 5 Jornada Internacional e 3 Conferência Brasileira sobre Representações Sociais, Brasília, jul./ago. 2007. Disponível em: <http://www.gosites.com.br/vjirs/adm_trabalhos_ver2.asp?arq=VJIRS_0186_0387.PDF&perm=com>. Acesso em: 22 set. 2009.

FERREIRA FILHO, J. P.; LORENZONI, M. **Indicadores hospitalares 2009 totais HUSM**. Setor de Estatística do Hospital Universitário de Santa Maria. Santa Maria, outubro, 2009a.

_____. **Indicadores hospitalares 2009 UTI Adulto**. Setor de Estatística do Hospital Universitário de Santa Maria. Santa Maria, outubro, 2009b.

FIELDING, N.; SCHREIER, M. Introduction: on the compatibility between qualitative and quantitative research methods. **Forum Qualitative Sozialforschung and Forum Qualitative Social Research**, Berlim, Deutschland, v. 2, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/965/2107>>. Acesso em: 18 set. 2009.

FINUCANE, T. E. How rarely ill becomes dying: a key to end-of-life care. **JAMA**, Chicago, United States of America, v. 282, n. 17, p. 1670-1672, 1999. Disponível em: <<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/282/17/1670>>. Acesso em: 02 set. 2008.

FLORIANI, C. A. Quanto o tratamento oncológico pode ser fútil? Do ponto de vista do paciente-família. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 411-413, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v04/pdf/411_413_Quando_o_Tratamento_Oncol%C3%B3gico_Pode_Ser_Futil_paciente_familia.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2009.

FRANCO, M. L. P. B. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 34, n. 121, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v34n121/a08n121.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2009.

FUNDAÇÃO DE APOIO À TECNOLOGIA E CIÊNCIA (FATECIENS) – **Fundação de Apoio a Tecnologia e Ciência**. Santa Maria, 2009. Disponível em: <<http://www.fatec.ufsm.br/>>. Acesso em: 09 set. 2009.

GAMBATTO, R. et al. Mecanismos de defesa utilizados por profissionais de saúde no tratamento do câncer de mama. **Psicol. Am. Lat.**, n. 6, México, 2006. Disponível em: <http://www.pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2008.

GARROS, D. Uma boa morte na UTI: isso é possível? **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, supl. 2, p. 243, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s2/v79s2a14.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2009.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDIM, J. M. **Eutanásia**. Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/eutanasi.htm>>. Acesso em: 22 nov. 2008.

_____. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2 ed. Porto Alegre: DaCasa, 2000.

_____. **Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**: Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), em colaboração com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Porto Alegre, 1997. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/cioms.htm>>. Acesso em: 12 dez. 2008.

GONÇALVES, H. C. Resolução CFM nº 1805/2006: nosso humilde reconhecimento do limite do possível diante da natureza da pessoa humana. **Jornal do Cremesp**, São Paulo, ed. 263, set./2009. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=917>>. Acesso em: 29 set. 2009.

GONÇALVES, M. F. Currículo oculto e cultura(s) de aprendizagem na formação de professores. **Revista Millenium on line**, Viseu, Portugal, n. 6, 1997. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/inv6_3.htm>. Acesso em: 30 ago. 2009.

GUEST, G.; BUNCE, A.; JOHNSON, L. How many interviews are enough? **Field Methods**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 59-82. 2006. Disponível em: <<http://fm.sagepub.com/cgi/content/abstract/18/1/59>>. Acesso em: 22 set. 2009.

HENNEZEL, M. **Morrer de olhos abertos**. Portugal: Casa das Letras, 2006.

HIBBERT, et al. How Much Does It Cost To Survive In The Intensive Care Unit? **Revista Portuguesa de Medicina Intensiva**, Lisboa, Portugal, p. 179-181, 2000. Disponível em: <http://www.spici.org/ficheiro/conteudo/pdf/RPMI_2001_2_1_costs2.pdf>. Acesso em: 19 set. 2009.

HORTA, A. L. Processo de morte e morrer no paciente, na família e nos profissionais de enfermagem. **Revista Nursing**, Barueri, v. 5, n. 54, p. 15-17, 2002.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM). **Hospital Universitário de Santa Maria**: apresentação. Santa Maria, 2009. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/index.php?secao=apresentacao>>. Acesso em: 09 set. 2009.

JODELET, D. **Loucuras e Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

JOVCHELOVITCH, S. Representações sociais sobre a esfera pública no Brasil. In: _____. **Representações sociais e esfera pública**: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 23-42.

KIPPER, D. O Problema das Decisões Médicas Envolvendo o Fim da Vida e Propostas para Nossa Realidade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 59-70, 1999. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v7/probdeciso.es.htm>>. Acesso em: 18 jul. 2007.

KOVÁCS, M. J. Bioética nas questões da vida e da morte. **Revista Psicol. USP**, São Paulo, v. 14, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642003000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2009.

_____. Desenvolvimento da Tanatologia – área de estudos sobre a morte. In: _____. **Educação para a morte**: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 149-211.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LAGO, P. M.; DEVICTOR, D.; PIVA, J. P. End-of-life care in children: the Brazilian and the international perspectives. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 83, supl. 2, p. 109-116. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n2s0/a13v83n2s0.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2009.

LAGO, P. M.; GARROS, D.; PIVA, J. P. Participação da família no processo decisório de limitação de suporte de vida: paternalismo, beneficência e omissão. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 364-368, jul./set. 2007.

LANKSHEAR, C.; KNOBEL, M. **Pesquisa Pedagógica**: do projeto à implementação. Porto Alegre: Artmed, 2008. (Coleção Métodos de Pesquisa).

LAURETTE, A. et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. **N. Engl. J. Med.**, Waltham, United States of America, v. 356, n. 5, p. 469-479, fev. 2007. Disponível em: <<http://content.nejm.org/cgi/reprint/356/5/469.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2009.

LEOPARDI, M. T. (Org.). **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2 ed. rev. e atual. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LOPES, A. D. A morte do “painel da morte”. **Revista Veja**, Internacional, São Paulo, p. 78-81, set. 2009a.

_____. “Estou preparado para a morte”. **Revista Veja**, Brasil, São Paulo, p. 78-83, ago. 2009b.

LUCE, J. M.; RUBENFELD, G. D. Can health care costs be reduced by limiting intensive care at the end of Llife? **Am. J. Respir. Crit. Care Med.**, San Francisco, United States of America, v. 165, p. 750-754, 2002. Disponível em: <<http://ajrcm.atsjournals.org/cgi/reprint/165/6/750>>. Acesso em: 19 set. 2009.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, E. D. A. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. Rio de Janeiro: Editora Pedagógica Universitária, 2007. (Coleção Temas Básicos de Educação e Ensino).

MAC DONALD, C. **A Guide to Moral Decision Making**. Halifax, Canada, 2002. Disponível em: <<http://www.ethicsweb.ca/guide/guide.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2009.

MACIAK, I.; SANDRI, J. V. A.; SPIER, F. D. Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: percepção do usuário. **Revista Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 14, n. 1, p. 127-135, jan./mar. 2009.

MACIEL, M. G. S. Morte no domicílio: experiência da Equipe de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. **Revista Prática Hospitalar**, São Paulo, n. 6, n. 36, nov./dez. 2004.

MAGALHÃES, M. J. B. et al. Sentimentos dos enfermeiros ao cuidar do paciente terminal. **Revista Nursing**, Barueri, v. 105, n. 9, p. 89-93, fev. 2007.

MALINOWSKI, B. **Uma teoria científica da cultura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas; amostragens e técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

MARINO, P. L. **The ICU Book**. 3 ed. Philadelphia, United States of America: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

MARTEL, L. C. V. Terminalidade da vida e limitação consentida de tratamento: um olhar jurídico sobre a resolução 1805/2006 do Conselho Federal de Medicina. XVI Congresso Nacional do Conselho de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito. **Anais...** Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <http://www.conpedi.org/manaus/arquivos/anais/bh/leticia_de_campos_velho_martel.pdf>. Acesso em: 18 out. 2009.

MARTINS, M.; TRAVASSOS, C.; NORONHA, J. C. Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 185-192, 2001. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 12 ago. 2009.

MENEZES, R. A. Dífceis decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 27-49, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v10n2/a02v10n2.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2008.

_____. Etnografia do ensino médico em um CTI. **Revista Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 117-130. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/08.pdf>>. Acesso em 22 ago. 2008.

MEYER, P. **A irresponsabilidade médica**. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

MINAYO, M. C. S. O conceito de Representações Sociais dentro da Sociologia Clássica. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em Representações Sociais**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 89-111.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.

MOREIRA, S. N. T. et al. Processo de significação de estudantes do curso medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 14-19, maio/ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0100-55022006000200003&lng=pt&nrm=iso&tln g=pt>. Acesso em: 02 ago. 2009.

MORIN, E. **O homem e a morte**. Portugal: Publicações Europa-América, 1976.

MORITZ, R. D. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 485-489, out./nov. 2007.

_____. Os profissionais de saúde diante da morte e o morrer. **Revista Bioética**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 51-63, 2005.

MORITZ, R. D. et al. Avaliação das decisões médicas durante o processo do morrer. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 141-147, 2009.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 5 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007. (Coleção Psicologia Social).

MOSELI, K. L.; SILVEIRA, M. J.; GOOLD, S. D. Futility in evolution. **Clin. Geriatr. Med.**, Bethesda, United States of America, v. 21, n. 1, p. 211-222, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15639047>>. Acesso em 02 jun. 2009.

MUNDAY, D.; PETROVA, M.; DALE, J. Exploring preferences for place of death with terminally ill patients: qualitative study of experiences of general practitioner and community nurses in England. **British Medical Journal**, London, New England, v. 338, 2009. Disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/339/jul15_1/b2391>. Acesso em: 01 nov. 2009.

NASCIMENTO, C. A. D. et al. A Significação do Óbito Hospitalar Para Enfermeiros e Médicos. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 7, n. 1, p. 52-60, 2006.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-5, 2º sem. 1996. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2007.

NOGUEIRA, A. C. C.; OLIVEIRA, L. M.; PIMENTEL, V. O profissional de saúde e a finitude humana: a negação da morte no cotidiano profissional da assistência hospitalar. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, n. 6, ano 5, p. 1-11, dez. 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1026/806>>. Acesso em: 02 set. 2009.

NORTON, S. A. et al. Life support withdrawal: communication and conflict. **American Journal of Critical-Care**, Columbia, United States of America, n. 12, p. 548-555, 2003. Disponível em: <<http://ajcc.aacnjournals.org/cgi/reprint/12/6/548>>. Acesso em 12 jul. 2009.

NUNES, A. P. L.; SÁ, E. **A preparação dos enfermeiros para acompanhar um doente numa situação terminal de vida**. Lisboa, Portugal, [s. d.]. Disponível em: <<http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Ana%20Paula%20Lima%20Nunes.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2009.

NUNES, L. **Enfermagem, Cuidados Paliativos e Eutanásia**. Recife, 2004. Disponível em: <http://www.no.sapo.pt/adescoberta_files/paliativoseeutanasia.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2007.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia Científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. São Paulo: Pioneira, 2002.

PADAK, N.; PADAK, G. **Research to Practice: guidelines for planning action research projects**. Ohio, United States of America, 2008. Disponível em: <<http://literacy.kent.edu/Oasis/Pubs/0200-08.htm>>. Acesso em: 22 set. 2009.

PAGLIARIM, M. et al. **Normas e rotinas do Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria**. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria – Hospital Universitário de Santa Maria, 2002.

PEREIRA, A.; CAMPOS, A. E. R.; SILVA, R. S. Morrendo com dignidade – sentimentos de enfermeiros ao cuidar de pacientes que morrem na unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 3, n. 3, p. 131-136, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/165/165>>. Acesso em: 11 out. 2009.

PEREIRA, L. H. Análise de conteúdo: um *approach* social. In: NEVES, C. E. B.; CORRÊA, M. B. (Orgs.) **Pesquisa Social Empírica: métodos e técnicas**. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Sociologia/Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1998. p. 87-114. (Coleção Cadernos de Sociologia. v. 9).

PEREIRA, L. L.; DIAS, A. C. G. O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. **Revista Psico**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 55-65, jan./abr.

2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1924/1430>>. Acesso em: 11 out. 2009.

PESSINI, L. **Bioética: um grito por dignidade de viver**. 3 ed. rev. e atual. São Paulo: Paulinas, 2008.

_____. **Distanásia: até quando investir sem agredir?** São Paulo, 1996. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v4/distanasia.html>>. Acesso em: 27 jun. 2007.

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

_____. **Eutanásia: por que abreviar a vida?** São Paulo: Loyola, 2004.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. 8 ed. revista e ampliada. São Paulo: Loyola, 2007.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **O que entender por cuidados paliativos?** São Paulo: Paulus, 2006. (Coleção Questões Fundamentais da Saúde).

PIVA, J. C. Pacientes terminais: o diagnóstico e tratamento ainda é uma atribuição médica! **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 53, n. 1, p. 96-99, 2009.

PIVA, J. P.; CARVALHO, P. R. A. **Considerações Éticas nos Cuidados Médicos do Paciente Terminal**. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v1/consideracoes.html>>. Acesso em: 17 jun. 2007.

RAMOS, V. B. **Espiritualidade no contexto hospitalar: uma visão filosófica e cristã arraigada no Carisma de Champagnat**. Cajuru, 2007. Disponível em: <http://www.marista.org.br/pastoral/documentos/escola/2007_VANDERLEI_RAMOS.pdf>. Acesso em: 02 set. 2009.

REZENDE, A. L. M. et al. **Ritos de morte na lembrança de velhos**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

REZENDE, V. L. et al. Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Campinas, v. 51, n. 1, p. 79-87, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v01/pdf/revisao5.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Projeto de Lei 88/2003, de 16 de fevereiro de 2002. Regula Procedimentos Clínicos ou Cirúrgicos ou Experimentais em pacientes terminais, mediante consentimento informado... **Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, RS, 6 ago. 2003. Disponível em: <http://www.ghente.org/doc_juridicos/pl88.htm>. Acesso em: 22 set. 2009.

ROCHA, M. J. R.; ROCHA, M. S. **A humanização de enfermagem no cuidado hospitalar: um olhar sobre o centro cirúrgico**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em

Enfermagem). 2008. Faculdade de Ciências da Saúde de Campos Gerais. Campos Gerais, 2008. Disponível em: <http://www.facica.edu.br/tcc/2008-2/Marcia_Jacinta_e_Maria_Sonaira.pdf>. Acesso em: 05 set. 2009.

ROZA, B. A. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. **Revista Einstein**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 129-130, 2004. Disponível em: <<http://www.einstein.br/biblioteca/artigos/Vol2Num2/Assessment%20of%20coma.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2009.

SÁ, C. P. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINKY, M. J. (Orgs.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 19-45.

_____. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SADALA, M. L. A.; SILVA, F. M. Cuidando de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 287-294, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a05v43n2.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2009.

SANTOS, M. F. S. A Teoria das Representações Sociais. In: SANTOS, M. de F. de S.; ALMEIDA, L. M. (Orgs.) **Diálogos com a Teoria das Representações Sociais**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2005. p. 15-38.

SCHENEIDERMAN, L. J.; JECKER, N. S.; JONSEN, A. R. Medical futility: its meaning and ethical implications. **Ann. Int. Med.**, Washington, United States of America, v. 1112, n. 12, p. 949-954, 1990. Disponível em: <http://courses.washington.edu/bh497/readings/Med_Futility_Meaning_and_Implications_LS_NJ_AJ.pdf>. Acesso em: 01 set. 2009.

SELIGMAN-SILVA, E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. 2 ed. atual e ampl. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 1142-1182.

SENA, R. R. et al. O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. **Revista Cogitare Enfermagem**, Belo Horizonte, n. 11, v. 2, maio/ago. 2006.

SGRECCIA, E. A pessoa humana e seu corpo. In: _____. **Manual de Bioética – Fundamentos e ética biomédica**. 2 ed. São Paulo: Loyola, 2002. p. 111-138.

_____. **Aspectos Éticos da Assistência ao Paciente Moribundo**. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.acidigital.com/eutanasia/assistencia>>. Acesso em: 06 jun. 2007.

SHANAWANI, H. et al. Meeting physician's responsibilities in providing end-of-life care. **Chest Journal**, Northbrook, United States of America, v. 133, v. 3, p. 775-783, mar. 2008. Disponível em: <<http://chestjournal.chestpubs.org/content/133/3/775.full.pdf+html>>. Acesso em: 12 abr. 2009.

SHIMIZU, H. E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, maio/jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672007000300002&lng=en &nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 out. 2008.

SILVA, A. L. A dimensão humana do cuidado em enfermagem. **Rev. Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 3, n. especial, parte 1, 2000, p. 86-90.

SILVA, F. S.; PACHEMSHY, R.; RODRIGUES, I. G. Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 148-154, 2009.

SILVA, J. V.; SIMÕES, I, A, R. **Os significados da boa morte e morte digna**: as representações sociais do paciente, familiar cuidador e profissionais da área de saúde de Pouso Alegre, MG. Pouso Alegre, 2005. Disponível em: <<http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Jos%C3%A9%20Vitor%20da%20Silva%20Os%20Significados%20de%20Boa%20Morte%20e%20Morte%20Digna.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2009.

SILVA, K. S.; RIBEIRO, R. G.; KRUSE, M. H. L. Discursos de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 451-456, maio/jun. 2009.

SILVA, L. S. et al. **A morte no contexto hospitalar**: a visão de uma equipe de enfermagem. Porto, Portugal, 2008. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0463.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2009.

SILVA, M. A. P. D. **As Representações Sociais e as Dimensões Éticas**. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1998.

SIMONI, M.; SANTOS, M. L. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho em enfermagem. **Revista Psicologia USP**, São Paulo, n. 14, v. 2, p. 169-194, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n2/a09.v14n2.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2007.

SIQUEIRA, J. E. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. **Revista Bioética**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 37-50, 2005.

SOARES, M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 481-484, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a13v19n4.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2009.

SOUSA, A. D. Variáveis conceituais da eutanásia. **Rev. Esc. Direito**, Pelotas, v. 4, n. 1, p. 505-522, jan./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.ucpel.tche.br/ojs/index.php/Direito/article/viewFile/246/202>>. Acesso em: 13 set. 2009

SOUZA, N. V. D. O.; LISBOA, M. T. L.; CRUZ, J. R. R. Estratégias coletivas de defesa: táticas para mitigar o sofrimento no trabalho hospitalar da enfermeira. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, 2007. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.994/265>>. Acesso em: 21 ago. 2009.

SPRUNG, C. I. et al. End-of-life practices in european intensive care units: the Ethicus Study. **JAMA**, Chicago, United States of America, v. 290, n. 6, p. 790-797, 2003. Disponível em: <<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/290/6/790?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESUL>

TFORMAT=&fulltext=ethicus+study&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCI>
Acesso em: 01 nov. 2009.

STARZEWSKI JUNIOR, A.; ROLIM, L. C.; MORRONE, L. C. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 1, jan./fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n1/a13v51n1.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2009.

TAVARES E SOUZA, M. M. A dinâmica subjacente ao processo de humanização da prática do enfermeiro do trabalho. **Revista Ensino, Saúde e Ambiente**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 41-62, dez. 2008. Disponível em: <[http://www.uniqli.com.br/mestrado/rempec/ing/conteudo/Texto %204%20%20Marilei.pdf](http://www.uniqli.com.br/mestrado/rempec/ing/conteudo/Texto%204%20%20Marilei.pdf)>. Acesso em: 19 ago. 2009.

TORREÃO, L. A. Ressuscitação cardiopulmonar: discrepância entre o procedimento de ressuscitação e o registro no prontuário. **J. pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 6, p. 429-433, 2000. Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/00-76-06-429/port.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2009.

TORRES, R. V. S. D.; BATISTA, K. T. A ordem de não ressuscitar no Brasil, considerações éticas. **Revista Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 19, n. 4, p. 343-351. 2008. Disponível em: <http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol19_4art01.pdf>. Acesso em: 22 out. 2009.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

ULLER, A. R. “**Até onde investir no paciente grave?**” - decisões envolvendo a prática médica na UTI. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). 2007. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/8/4/1348-ullerarm.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (UFSM). **Edital nº 053, de 28 de agosto de 2009** - Processo seletivo para ingresso na residência médica da UFSM em fevereiro de 2010. Santa Maria, 2009. Disponível em: <<http://sucuri.cpd.ufsm.br/editais/pdf/edital1777.pdf>>. Acesso em 09 set. 2009.

URBAN, C. A. et al. Implicações éticas das ordens de não ressuscitar. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 3, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302001000300037&script=sci_arttex &tlng](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302001000300037&script=sci_arttex&tlng)>. Acesso em: 25 jun. 2007.

VIANNA, A.; PICCELLI, H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. **Rev. Ass. Med. Brasil.**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 21-27, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v44n1/2004.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2007.

VILLAS-BÔAS, M. E. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 61-83, 2008.

XAVIER, R. Representação social e ideologia: conceitos intercambiáveis? **Revista Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 18-47, jul./dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v14n2/v14n2a03.pdf>>. Acesso: 21 nov. 2008.

WALL, et al. Family satisfaction in the ICU: differences between families of survivors and non-survivors. **Chest Journal**, Northbrook, United States of America, jun., 2007. Disponível em: <<http://chestjournal.chestpubs.org/content/early/2007/06/15/chest.07-0419.full.pdf+html>>. Acesso em: 02 ago. 2009.

WIKIPÉDIA. **A Escolha de Sofia** (Sofie's Choice). Direção de Alan Pakula. Estados Unidos, 1982. Drama. 150 min., son., color. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Sophie%27s_Choice>. Acesso em: 17 jul. 2009.

_____. **A Lista de Schindler** (The Schindler's List). Direção de Steven Spielberg. Estados Unidos, 1993. Drama. DVD. 193 min., son., color. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/A_lista_de_schindler>. Acesso em: 22 ago. 2009.

_____. **Os Goonies** (The Goonies). Direção de Richard Donner. Estados Unidos, 1985. Aventura. 111 min., son., color. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/The_goonies>. Acesso em: 25 set. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 1997 – conquering suffering, enriching humanity**. Geneva, Switzerland, 1997. Disponível em: <http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2009.

YAGUCHI, A. et al. International differences in end-of-life attitudes in the intensive care unit: results of a survey. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, United States of America, v. 165, n. 17, p. 1970-1975, set. 2005. Disponível em: <<http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/165/17/1970>>. Acesso em 01 out. 2009.

ZAIDAHFT, S. **Morte e formação médica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: *“Representações sociais de médicos e enfermeiros intensivistas sobre o investimento excessivo no paciente terminal³⁷”.*

Pesquisadora: Enfa. Mda. Karla Cristiane Oliveira Bertolino

Contato: (55) 8142-1422; e-mail: k.karla@live.com

Orientador: Prof. Dr. Psic. Alberto Manuel Quintana

Contato: (55) 3220-9231; e-mail: albertom.quintana@gmail.com

Local da coleta de dados: Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Prezado(a) Senhor(a),

O(A) Senhor(a) está sendo convidado a participar desta pesquisa, que objetiva compreender como médicos e enfermeiros pensam e representam o tratamento excessivo que prolonga o processo de morrer de pacientes terminais em uma UTI, e, especificamente, descrever como médicos e enfermeiros significam a terminalidade da vida e o investimento excessivo no paciente terminal; investigar como estes profissionais avaliam sua formação acadêmica face ao cuidado no processo de morrer e identificar reações e sentimentos frente à morte do paciente.

Esta pesquisa destina-se à elaboração de uma Dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, a qual será realizada por meio de entrevista e observação. A entrevista será realizada de acordo com sua disponibilidade, em uma sala do HUSM, que mantenha sua privacidade assegurada, será gravada e transcrita, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade das informações recebidas pela substituição do nome do(a) Senhor(a) por códigos. A gravação de áudio será guardada em CD-ROM até a data de defesa da Dissertação e a entrevista transcrita será guardada por cinco anos sob a responsabilidade do pesquisador orientador Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana, na sala 209, do Departamento de Psicologia da UFSM. Após esse período serão destruídos. A observação será realizada durante as atividades rotineiras da UTI e os fatos observados serão registrados em um diário de campo sendo, também garantido o anonimato e a confidencialidade. Os dados, depois de analisados, serão divulgados na Dissertação de Mestrado, em periódicos científicos e eventos

³⁷ O título da dissertação fora modificado, posteriormente, para *“Representações sociais de médicos e enfermeiros sobre distanásia em UTP”.*

científicos na área da saúde, ficando os pesquisadores comprometidos com a entrega do relatório final para esta instituição.

A princípio, o(a) Senhor(a) não sofrerá quaisquer riscos pessoais ou profissionais ao participar desta pesquisa. No entanto, o(a) Senhor(a) poderá sentir-se desconfortável ao lembrar de algumas situações de sua vida e falar sobre elas ou sentir-se cansado, desconfortável ou constrangido, incomodado ao ser observado durante seu trabalho na UTI. A participação não trará benefício direto ao(à) Senhor(a), mas contribuirá para os estudos referentes à fase terminal da vida de modo a suscitar reflexões sobre esse período tão complexo.

O(A) Senhor(a) tem assegurados os direitos de:

- Recusar-se a participar da pesquisa, sem sofrer penalização alguma;
- Receber respostas a todas as suas dúvidas sobre o desenvolvimento da pesquisa;
- Retirar o Consentimento, em qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- Não ter a identidade revelada em nenhum momento da investigação, assegurando a sua privacidade.

Os pesquisadores se comprometem a seguir as diretrizes da Resolução 196/96, que regulariza as normas para pesquisa com seres humanos.

Karla Cristiane Oliveira Bertolino
Pesquisadora

Alberto Manuel Quintana
Professor orientador

Eu, _____, RG nº _____
informo que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, sobre os objetivos, riscos e benefícios, além de ser informado sobre os meus direitos como participante desta pesquisa, da qual aceito participar livre e espontaneamente.

Assinatura do participante

Data: ____ / ____ /2009.

Observação: Este documento será apresentado em duas vias, uma permanecerá de posse dos pesquisadores e a outra, do participante.

Para contato com o Comitê de Ética da UFSM:

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Sala 702. Cidade Universitária – Bairro Camobi – CEP: 97105-900 – Santa Maria – RS.

Tel.: (55)3220-9362; e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br.

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ENTREVISTA

Dados de identificação do participante

- **Idade:** ____ anos
- **Sexo:** () masculino () feminino
- **Profissão:** () Médico(a) () Contratado(a) () Residente
() Enfermeiro(a)
- **Tempo total de formação acadêmica:** ____ anos ____ meses
- **Tempo de atuação na UTI Adulto/HUSM:** ____ anos ____ meses
- **Religião:** _____

Eixos norteadores

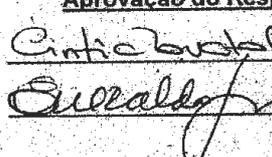
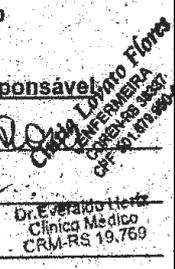
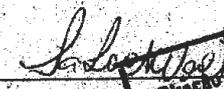
- O paciente terminal e o investimento excessivo;
- Relato de experiências profissionais com pacientes terminais;
- Experiências pessoais em relação à terminalidade da vida;
- A boa morte ou a morte digna;
- O “SPP” ou “SIR” ou “ONR”³⁸:
 - A tomada de decisão (situações de conflito entre investir e não investir);
 - A legislação pertinente ao tema;
 - O registro da decisão;
 - A equipe neste contexto;
- O paciente terminal, a morte e a formação acadêmica;
- Se um parente próximo (cônjuge, pais, filhos) estivessem fora de possibilidades terapêuticas...

³⁸ Estas siglas, comumente utilizadas em instituições hospitalares que lidam com pacientes terminais, significam “Se Parar, Parou”, “Sem Indicação de Ressuscitação” ou “Sem Investimento Recomendado” e “Ordem de Não Ressuscitar”, respectivamente.

ANEXOS

ANEXO A

**PROTOCOLO DE REGISTRO DE ACOMPANHAMENTO DE
PROJETOS E AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA – DIREÇÃO DE ENSINO,
PESQUISA E EXTENSÃO**

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA DIREÇÃO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
Protocolo de Registro, Acompanhamento de Projetos e Autorização Institucional	
Nº Inscrição DEPE: <u>005/2009</u> Data: <u>03/03/2009</u>	
Responsável: <u>ALBERTO MANUEL QUINTANA</u> Função: <u>PROFESSOR</u>	
CPF: <u>414.806780</u> IS: <u>115</u> SIAPE: <u>379606</u> Telefone: <u>811-0304</u>	
Unidade/Curso: <u>CCS/MESTRADO EM ENFERMAGEM</u>	
Título: <u>"REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS INTENSIVISTAS SOBRE O INVESTIMENTO EXCESSIVO NO PACIENTE TERMINAL"</u>	
<input type="checkbox"/> Ensino <input checked="" type="checkbox"/> Pesquisa <input type="checkbox"/> Extensão <input checked="" type="checkbox"/> Prospectivo <input type="checkbox"/> Retrospectivo	
Declaro ter conhecimento das resoluções nº 196/96 e nº 251/97 do Conselho Nacional de Saúde e que este projeto não está em desacordo com nenhum dos itens destas resoluções.	
	 _____ Coordenador do Projeto
Setores Envolvidos <u>UTI ADULTO</u> _____ _____ _____ _____	Aprovação do Responsável  _____  Dr. Everaldo Henriques Clínica Médica CRM-RS 19.769
Parecer Ético - CCS _____ _____	
Parecer - DEPE <u>Aprovado</u> <input type="checkbox"/> Concluído <input checked="" type="checkbox"/> Desistiu	 _____ DEPE - Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão Secretária
Data: <u>12/3/9</u>	

ANEXO B

**CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA, EMITIDA
PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA MARIA**



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
(CONEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM
REGISTRO CONEP: 243



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Representações Sociais de Médicos e Enfermeiros Intensivistas Sobre o Investimento Excessivo no Paciente Terminal

Número do processo: 23081.003329/2009-11

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0031.0.243.000-09

Pesquisador Responsável: Alberto Manuel Quintana

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/2010- Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 14/04/2009

Santa Maria, 20 de Abril de 2009.

Edson Nunes de Morais
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.

Pelo sonho é que vamos
comovidos e mudos.

Chegamos? Não, chegamos?

Haça ou não haça frutos,
pelo sonho é que vamos.

Basta a fé no que temos.

Basta a esperança naquilo
que talvez não teremos.

Basta que a alma demos,
com a mesma alegria,

ao que desconhecemos

e ao que é do dia a dia.

Chegamos? Não, chegamos?

- Partimos. Vamos. Somos.

(Sebastião da Gama)