

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana

**“Até onde investir no paciente grave?” – Decisões envolvendo a
prática médica na UTI**

por

Alessandra Rodriguez Uller

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre
em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Maria Cristina Guilam

Dezembro 2007

Aos “homens” da minha
vida, *George e Daniel*, por
tudo que representam para
mim.

AGRADECIMENTOS

Durante os caminhos de realização desta pesquisa, também pude vivenciar as emoções de ser mãe pela primeira vez. Ambos os papéis (mãe e pesquisadora) se fundiram no decorrer deste percurso e se entrelaçaram em vários momentos. Tentei harmonizá-los o melhor possível dentro das exigências de cada função, mas não teria conseguido se não fosse o imenso incentivo e carinho recebido de familiares e amigos, além da verdadeira paixão pelo meu tema e profundo desejo de ver meu projeto inicial acabado.

Agradeço imensamente a meu marido, companheiro e amigo, George André Uller pela paciência, carinho, presença e apoio constante nos momentos difíceis onde achei que não fosse dar conta. Amo-te por isso e por tudo mais.

Á meu filho Daniel, minha maior realização e presente da vida.

Á minha orientadora Prof^a Dr^a Maria Cristina Guilam, pelo apoio incondicional, carinho e acolhida doce desde o início do curso. Meu verdadeiro obrigado.

Aos Professores Doutores Sergio Rego, Fernando Gutierrez e André Pereira por aceitarem o convite de participar da banca examinadora.

A todos os professores da ENSP que tive a oportunidade de convívio e aprendizado ímpar como aluna. A vocês devo o conhecimento sobre Saúde Pública e o início de uma trajetória como pesquisadora. Particularmente ao Professor Sergio Rego pela atenção e disponibilidade cedidas sempre que necessitei.

Aos professores do CESTEJH pela generosidade ao compartilhar conhecimentos e fomentar excelentes discussões em sala de aula. A verdadeira arte de ensinar está aí.

Aos meus “amigos” de turma: Tatiana, Letícia, Rejane, Bruno, Marcelo, Simone e Renata por dividirem comigo as angústias e realizações de um curso de mestrado. As “risadas” e o companheirismo vão ficar na memória.

Á minha amiga “irmã” Claudia Maria Fernandes pelo interesse e sempre disposição em me ajudar. Muito obrigada por sua amizade e carinho.

Ao mestre em Terapia Intensiva e verdadeiro amigo, Dr Joaquim Duarte Silva, por propiciar minha primeira oportunidade de trabalho em UTI como psicóloga. Sua confiança constante e verdadeiro estímulo foram essenciais para minha trajetória profissional. Muito

da paixão que tenho hoje pelo trabalho em UTI devo a você e seu serviço. Obrigada pelo afeto e disponibilidade presentes até hoje.

À Direção da UTI pesquisada que desde o primeiro contato me recebeu com muito carinho, abrindo as portas, sem ressalvas, para a realização desta pesquisa.

Aos médicos intensivistas de rotina da UTI que disponibilizaram tempo e atenção ao aceitarem fazer parte deste estudo. Muito obrigada pelo carinho e confiança ao compartilharem comigo seus pensamentos, experiências e emoções relativos ao trabalho na UTI.

Aos demais profissionais da UTI (plantonistas médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas e nutricionistas) que conviveram comigo durante meses na unidade, sempre atenciosos e interessados em contribuir.

A todos os profissionais, pacientes e familiares que convivi trabalhando em Terapia Intensiva ao longo desses anos. Graças ao convívio com todos, ora como psicóloga, ora como integrante da equipe, ora como amiga pude amadurecer melhor as indagações que me impulsionaram a este estudo.

**“O que penso eu do mundo?
Sei lá o que penso do mundo!
Se eu adoecesse pensaria nisso.”**

(Fernando Pessoa)

Resumo

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), a partir da utilização de tecnologia sofisticada e emprego de metodologias criadas para aferir e controlar as variáveis vitais, são responsáveis pela manutenção e prolongamento da vida, por vezes, além do desejado ou indicado para certos pacientes. Frente a real possibilidade de adiar o momento da morte, cada vez mais as equipes de saúde da UTI se deparam com questões éticas, morais, religiosas e até judiciais, que tornam o trabalho realizado neste setor por vezes difícil, complexo e desgastante. A grande dúvida para estes profissionais parece ser *até quando investir em tratamentos e quando interrompê-los*.

O presente estudo procurou conhecer, através de entrevistas e observação participante, como os médicos intensivistas responsáveis pela rotina de uma UTI lidam com questões por eles mesmos qualificadas como *dilemas* e identificar os aspectos da organização de trabalho que, por ventura, facilitam ou dificultam este enfrentamento. Os resultados revelam a angústia do médico intensivista em tomar decisões solitariamente e ao mesmo tempo a dificuldade na criação de espaços de discussão e compartilhamento das condutas. Questões como a relação dos médicos com as famílias dos pacientes, a interação com outros membros da equipe, as inadequações da formação médica para lidar com a morte foram discutidas, bem como as motivações e perspectivas profissionais futuras.

Palavras-chave: trabalho médico, organização do trabalho em saúde, dilemas morais, UTI, finitude.

Abstract

Intensive Care Units (ICUs), based on the use of sophisticated technology and employment of methods designed to assess and control vital variables, are responsible for the maintenance and extension of life, sometimes beyond the desired or indicated for certain patients. Due to the real possibility to postpone the moment of death, health professional teams are faced with ethical, moral, religious and even legal issues, which make the work sometimes difficult, complex and wearing. The main question for these professionals seems to be when investing in treatments and when to interrupt them. The present study sought to examine, through interviews and participant observation, how medical doctors responsible for the routine of a UIC deal with issues classified by themselves as dilemmas and identify aspects of work organization that might facilitate or hinder this confrontation. The results reveal the anguish of doctors in making decisions by themselves, and, on the other hand, the difficulty in creating spaces for discussion and sharing medical problems. The relationship with patients' families, the interaction with other members of the team, the inadequacy of medical training to deal with death were also discussed, as well as motivations and future professional prospects.

Key words: medical work, health work organization, moral dilemmas, UIC, finitude.

Sumário

Apresentação.....	1
Introdução.....	3
Capítulo 01- Conhecendo as UTIs	8
1.1- <i>Origem.....</i>	8
1.2- <i>Objetivos e rotina.....</i>	9
1.3- <i>Organização do espaço e psicodinâmica de trabalho na UTI</i>	11
Capítulo 02- UTI: trabalho médico e finitude.....	15
2.1– <i>O surgimento e aperfeiçoamento da instituição hospitalar para a chegada das UTIs.....</i>	15
2.2- <i>O profissional de saúde diante da morte.....</i>	17
2.3– <i>Organização do trabalho em saúde e aspectos psíquicos.....</i>	22
Capítulo 03 – Impressões sobre o trabalho de campo.....	26
Capítulo 04 –Até onde investir no paciente grave?	31
4.1- <i>“Sou eu quem decido?”</i>	31
4.2- <i>“Vestindo a armadura para conversar”</i>	37
4.3 – <i>“Deixando o paciente ir”</i>	44
4.4- <i>“O sonho de todo Rotina é”</i>	48
Considerações finais.....	56
Referências Bibliográficas.....	59
Anexo.....	64

Apresentação

As peculiaridades e especificidades do trabalho em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) desde cedo marcaram a minha trajetória profissional, motivando o interesse em desenvolver uma pesquisa que fizesse interface entre as áreas de saúde e trabalho. Como psicóloga especialista em psicologia hospitalar e atuante em Terapia Intensiva desde minha formação, ora em hospital privado, ora em instituição pública, pude perceber o quanto às características deste ambiente e rotina de trabalho exercem profundas implicações nas pessoas que ali convivem, sejam os profissionais das várias equipes de saúde, pacientes ou familiares. Por tratar-se de um setor especializado do hospital, onde há a convergência de recursos tecnológicos e humanos em prol do tratamento de pacientes graves em iminente risco de vida, a rotina diária destes profissionais inclui o confronto com dúvidas, angústias, alto grau de responsabilidade, além de desgaste físico e mental decorrentes do exercício de suas funções.

Por conhecer a complexidade da função que envolve cuidar e tratar de pacientes críticos, que exigem atenção, vigilância e integração constante das equipes multiprofissionais, pude perceber o quanto é difícil exercer a função de médico intensivista e tomar decisões referentes ao quadro clínico de pacientes que muitas vezes encontram-se sem chances de recuperação. A grande dúvida para estes profissionais parece ser *até quando investir em tratamentos e quando interrompê-los*, já que o desenvolvimento de tecnologia avançada de suporte de vida pode favorecer a manutenção e prolongamento da vida além do desejado ou indicado para certos pacientes na UTI.

Frente a todo um aparato tecnológico voltado para salvar vidas ou estabilizar quadros clínicos antes irreversíveis, cada vez mais as equipes de saúde se deparam com questões éticas, morais, religiosas e até judiciais envolvendo suas condutas, o que torna o trabalho realizado na UTI por vezes difícil, complexo e desgastante.

As dificuldades e dúvidas observadas na rotina de trabalho dos médicos intensivistas, aliadas às especificidades desta organização de trabalho, motivaram as indagações iniciais para a presente pesquisa: deve a Medicina Intensiva, a qualquer custo, fazer tudo o que lhe permita seu arsenal terapêutico? Quais as situações da prática médica em UTI que podem ser considerados *dilemas* para os profissionais? Como agem os profissionais diante de tais situações? O que poderia ajudá-los dentro da organização de trabalho para um melhor enfrentamento destas situações?

A partir dessas indagações, a pesquisa procura discutir a relação do médico intensivista com seu cotidiano profissional, priorizando os momentos onde há tomada de decisão frente ao paciente grave, e identificar aspectos da organização de trabalho que, por ventura, possam ampliar ou atenuar as dificuldades destes profissionais relacionadas aos dilemas de sua prática.

O médico que exerce a função de rotina na unidade, ou seja, que se encontra na UTI diariamente, foi escolhido como sujeito da pesquisa por estar à frente da divisão de trabalho em saúde e das conseqüentes tomadas de decisão na UTI. É ele o responsável pela definição da programação terapêutica a ser seguida e também pelas informações prestadas ao familiar, além de estabelecer um maior contato com os profissionais das demais equipes. Conhecer como estes profissionais lidam com as situações envolvendo questões morais de sua prática, considerando a relação deles com as famílias dos pacientes e com os demais componentes das equipes também foi de interesse da pesquisa.

A UTI escolhida para a investigação foi a de um hospital geral e particular, localizado no município do Rio de Janeiro, do qual fui integrante da equipe como psicóloga por seis anos. Os sujeitos escolhidos foram os oito médicos pertencentes à Rotina da unidade.

No capítulo 1, é apresentado um breve histórico das Unidades de Terapia Intensiva no Brasil com o intuito de oferecer ao leitor conhecimentos sobre o campo de pesquisa, no que diz respeito às origens, função, rotina e dinâmica de trabalho.

No capítulo 2, a UTI é situada como um setor do hospital onde são freqüentes os processos que envolvem a morte e o morrer. A partir de estudos de Foucault, Áries, Dejours e outros, discute-se a função terapêutica do hospital, a concepção de morte na sociedade contemporânea e a relação do profissional de saúde com a morte. São discutidos também a relação da organização do trabalho em saúde com aspectos psíquicos.

No capítulo 3, são relatadas as impressões sobre o trabalho de campo.

Por fim, no capítulo 4, apresenta-se e discute-se os resultados da pesquisa. São abordadas situações da prática médica que, na percepção dos sujeitos entrevistados, seriam considerados dilemas e as várias formas adotadas pelos profissionais para lidar com estas situações. As discussões envolvem aspectos do trabalho médico, possibilidade de compartilhar ou não as decisões com familiares e a própria equipe, sobre a finitude, formação médica, e as motivações e perspectivas profissionais futuras.

Introdução

Desde a segunda metade do século XX, a medicina vem incorporando, com muita rapidez, um impressionante arsenal tecnológico¹. A produção de conhecimentos e a utilização cada vez maior de tecnologia avançada na área da saúde possibilitaram o surgimento de instituições hospitalares de grande porte com especialização em unidades e serviços diversos, além da incorporação de novas profissões à área da saúde e novas especialidades médicas. Dentre essas especialidades está a Medicina Intensiva destinada a diagnosticar, tratar e manter estáveis doentes em iminente risco de vida, porém potencialmente reversíveis².

Fortemente apoiada em tecnologia avançada e práticas especializadas, a Medicina Intensiva é responsável por uma rotina específica de cuidados intensivos e pela ampliação considerável da sobrevivência de determinados pacientes. Dentre as condutas médicas realizadas pelos intensivistas estão as medidas de ressuscitação cardio-pulmonar, ventilação invasiva e sustentação hemodinâmica, que podem, às vezes, manter a sobrevivência de pacientes muito além do indicado ou esperado.

Em outras palavras, as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), a partir da utilização de tecnologia sofisticada e emprego de metodologias criadas para aferir e controlar as variáveis vitais, oferecem aos profissionais de saúde a possibilidade de adiar o momento da morte. Apesar disso, a maioria dos óbitos intra-hospitalares ocorre nas UTIs, onde o momento da morte pode ser precedido por decisões sobre a recusa ou a suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis³.

Cada vez mais pesquisas^{4,5,6} apontam para a necessidade de limitação das práticas de suporte de vida para intervenções consideradas sem sucesso na missão de recuperar a função vital e bem estar do paciente. De acordo com Pessini: “centenas ou talvez milhares de doentes estão hoje jogados a um sofrimento sem perspectivas em hospitais, sobretudo nas UTIs e emergências. Não raramente submetidos a uma parafernália tecnológica, que só não consegue minorar-lhes a dor e o sofrimento, como ainda os prolonga e os acrescenta inutilmente⁷”.

Observa-se, portanto, que o poder de intervenção do médico e da tecnologia médica cresceu enormemente sem que, simultaneamente, ocorresse uma reflexão mais intensa sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos enfermos⁸. E esse médico se vê cada vez mais indeciso sobre como proceder em determinadas situações, onde só se consegue prolongar o sofrimento do paciente e da família. Parece

que é no momento em que mais se afirma o poder fantástico do médico que surge também sua fragilidade⁹.

Recentemente (nov/2006), o Conselho Federal de Medicina trouxe maior visibilidade a este assunto, aprovando a resolução 1.805/2006[♦] que permite aos médicos interromperem os tratamentos que prolongam a vida dos doentes em estado terminal^{*}, desde que o próprio paciente ou seu representante legal esteja de acordo¹⁰. Espera-se, a partir desta medida, a emergência de um debate que inclua profissionais de saúde e a sociedade como um todo, no sentido da proposição de novas práticas direcionadas a tais pacientes, já que atualmente a prática diante destes casos ainda tem sido manter o paciente vivo o maior tempo possível.

Para compreender como o avanço tecnológico na área da saúde trouxe à tona uma gama de questões de ordem ética e moral relativas ao uso de tecnologia em pacientes graves, é interessante a discussão estabelecida por Schramm^{11,12} a respeito do paradigma biotecnocientífico, no campo da biomedicina. Os autores apontam para o fato da incorporação tecnológica no campo da saúde estar sendo feita muitas vezes de forma acrítica, sem que os profissionais de saúde avaliem e reflitam acerca de sua eficácia, efetividade e eficiência.

Em resposta aos problemas morais e éticos atuais envolvendo a incorporação tecnológica em saúde e os conflitos despertados pelas circunstâncias nas quais se fazem as intervenções médicas¹³, surgiu a Bioética no final da década de 60, atualmente considerada como um ramo da Ética Aplicada às questões da saúde e da pesquisa com seres vivos¹⁴.

A Bioética representa uma reflexão com base na realidade e é definida como:

“Um conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e legitimam eticamente os atos humanos, cujos efeitos afetam profunda e irreversivelmente, de maneira real ou potencial, os seres vivos”¹⁵.

Atendendo às dificuldades da prática clínica e à demanda de respostas acerca daquilo que é moralmente justo fazer diante de novos questionamentos encontrados na saúde, surge esta ciência da reflexão sobre os problemas que se colocam à consciência moral, denominada Bioética¹³. Tais problemas seriam a reprodução humana, a

[♦] Resolução disponível em <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes>.

^{*} Paciente terminal é definido como aquele cuja condição é irreversível, independentemente de ser tratado ou não, apresentando uma alta probabilidade de morrer num período relativamente curto, de três à seis meses, por exemplo. Sua definição é baseada em critérios clínicos. (Kipper; Piva. J pediatr (RJ) 1998; 74 (4): 161-2).

experimentação com animais, pesquisas com seres humanos, a atualização da ética médica, a eutanásia e outros¹⁶.

A *Bioética do fim da vida* aborda questões relacionadas a aspectos morais e éticos das condutas de profissionais de saúde em relação à morte e ao morrer. Diz respeito ao indivíduo que morre, mas também assume um papel importante no campo da Saúde Coletiva, uma vez que o progressivo envelhecimento da população permite que um maior número de pessoas chegue à senectude, tornando-as mais suscetíveis a moléstias crônico-degenerativas e aos cuidados intensivos¹⁷. Certamente o envelhecimento da população mundial é o fator que mais preocupará as autoridades governamentais neste século, pois a tendência de gastos crescentes com idosos é uma realidade inquestionável¹.

Ética e moral são conceitos freqüentemente utilizados nas discussões da Bioética, e refletem o conflito atual das evoluções tecnológicas e suas conseqüentes implicações para a saúde^{18,19}.

O modo mais genérico de definir Ética consiste em dizer que é a “tematização do ethos”, uma das formas como o homem se auto-observa num caráter reflexivo²⁰. É apresentada também como ciência da moral, tendo sempre a pretensão de ser algo aplicável, uma espécie de discurso crítico sobre as éticas vigentes e também uma reflexão da maneira de se comportar em determinadas situações. A Ética é o campo da filosofia que se ocupa do que é bem/bom ou do que não o é, que pondera os argumentos a favor e contra um determinado comportamento ou uma determinada ação²¹. Desta forma é uma análise crítica dos valores morais vigentes numa determinada sociedade e num momento histórico particular, tendo sempre a pretensão de ser algo aplicável.

A ética aplicada enfoca as conseqüências do agir humano, avalia as implicações sociais das transformações (bio)tecnocientíficas do mundo vivido, das políticas públicas e de saúde, e de maneira geral, das práticas humanas. Inclui a ética médica, a bioética, ética ambiental, ética das profissões e outras¹². Já a moral refere-se às normas de conduta vigentes (intuitivas e “vindas de fora” do indivíduo)²². Em outras palavras, a ética é a reflexão sobre o problema moral, refere-se às normas de condutas resultantes do exercício da razão crítica.

É muito freqüente, na linguagem corrente, utilizarmos o termo “ética” como equivalente ao termo “moral”^{23,20}, uma vez que há uma confluência etimológica, como veremos a seguir. No entanto, esses termos, filosoficamente, apresentam significados distintos. Sendo assim:

A palavra “ética” procede do grego ethos, que significava originariamente “morada”, “lugar em que vivemos”, mas posteriormente passou a significar “caráter”, o “modo de ser” que uma pessoa ou grupo vai adquirindo ao longo da vida. Por sua vez o termo “moral” procede do latim mos, moris, que originariamente significava “costume”, mas em seguida passou a significar também “caráter” ou “modo de ser”. Desse modo, “ética” e “moral” confluem etimologicamente em um significado quase idêntico (...) e não é de se estranhar que apareçam como intercambiáveis em muitos contextos: fala-se, por exemplo, de uma “atitude ética” para designar uma atitude “moralmente correta”; ou diz-se que um comportamento “foi pouco ético” para significar que não se ajustou aos padrões habituais da moral vigente (...). (Cortina, 2005)²³

Para uma melhor compreensão em termos acadêmicos, convém utilizar o termo “ética” para se referir à Filosofia moral, e o termo “moral” para denotar os diferentes códigos morais concretos, como sugere Cortina. Tal distinção torna-se útil porque designam nos conceitos, dois níveis de reflexão distintos, dois níveis de pensamento e linguagem acerca da ação moral.

A moral representa esse conjunto de princípios, normas e valores que cada geração transmite à geração seguinte na esperança de que se trata de um bom legado de orientações sobre o modo de se comportar. E a ética representa uma disciplina filosófica que constitui uma reflexão de segunda ordem sobre os problemas morais. Enquanto a pergunta básica da moral é: “o que devemos fazer?”, a questão central da ética seria antes: “por quê devemos?”, ou seja, “que argumentos corroboram e sustentam o código moral que estamos aceitando como guia de conduta?”²³.

O objetivo de nosso estudo não é fazer uma análise ética acerca dos problemas morais vividos pelos médicos intensivistas em sua prática diária, nem investigar os princípios éticos norteadores das escolhas terapêuticas, mas sim conhecer quais as situações da prática profissional, na concepção dos sujeitos (médicos de rotina de uma UTI), representariam dilemas e como lidam com eles. Observe-se que a palavra “dilema” foi usada na pesquisa a partir do senso comum e não em seu sentido técnico. Tecnicamente, os especialistas em ética chamam as situações onde o agente se vê tendo razões morais para fazer escolhas entre duas ou mais alternativas, mas somente pode realizar uma delas, de dilemas morais²⁴. O que é comum a ambas as escolhas é o conflito vivido pelo agente. Este parece condenado, então, ao fracasso moral; não

importa o que faça, ele vai fazer algo errado (ou falhar em não fazer algo que deveria ser feito).²⁴

É na reflexão sobre este campo de práticas da UTI que surgem conceitos como “distanásia”, “obstinação terapêutica”, “tratamento fútil”, entre outros, referindo-se a dúvidas de até onde investir no paciente sem o agredir. Aprofundaremos a discussão sobre estes conceitos no capítulo 04, onde serão apresentados os resultados da pesquisa.

As deformações no processo de morrer, oriundas das lacunas existentes na formação acadêmica²⁵, associadas às dificuldades em lidar com a finitude humana^{8,26,27} e a ausência ou insuficiência de espaços formais dentro da organização de trabalho em saúde também corroboram para práticas onde prevalece o “prolongamento da morte e não a recuperação da vida”⁶.

Acreditando que essas discussões precisem avançar no sentido de não transformar a prática médica numa “obsessão contra a morte”, negando-se a dimensão da finitude e dignidade humana²⁸, é necessário favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde, e também um maior preparo destes para lidar com a morte ou a possibilidade dela em seu cotidiano de trabalho.

Apresentamos, a seguir, um breve histórico das UTIs, sua inserção no contexto hospitalar, sua função e rotina, para que o leitor possa conhecer melhor o setor do qual trata a pesquisa. Esta unidade surge com a missão de “salvar um maior número de vidas e reverter quadros clínicos antes inimagináveis”². Parece, entretanto, estar caminhando cada vez mais para uma realidade onde o sofrimento desnecessário e o prolongamento do morrer são freqüentes. Por quê?

Capítulo 01 – Conhecendo as UTIs

1.1 Origem das Unidades de Terapia Intensiva

Apesar das dificuldades em achar registros documentais que permitam estabelecer uma cronologia, mesmo que aproximada, dos primórdios da história da Terapia Intensiva mundial e seus primeiros anos como especialidade brasileira, é evidente sua evolução no Brasil, há pelo menos quatro décadas².

As primeiras Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) surgiram na década de 50 na Europa e EUA, no auge dos acontecimentos dramáticos da epidemia de poliomielite. A Insuficiência respiratória e suas decorrentes complicações demandavam novas estratégias de tratamento e seus benefícios óbvios resultaram numa nova engenharia dos hospitais através da introdução de respiradores artificiais e da prática da ventilação mecânica². Essas unidades fechadas já demonstravam claramente a necessidade de uma equipe multidisciplinar diferenciada para tratar do paciente grave com potencial risco de vida, que necessitava da aplicação direta de tecnologia avançada.

No Brasil, em 1955, a Terapia Intensiva chegou através da prática da ventilação mecânica com os primeiros respiradores artificiais direcionados ao Instituto de Ortopedia e Traumatologia da USP para tratar de pacientes com poliomielite. Posteriormente, o primeiro Centro de Tratamento Intensivo do Brasil foi inaugurado em 1967, no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro², graças ao empenho de Antonio Tufik Simão, médico anesthesiologista responsável por estudos em ventilação mecânica na França que treinou médicos e enfermeiros para esta técnica.

Enquanto as Unidades de Terapia Intensiva iam se disseminando pelo país, sobretudo nas regiões sul e sudeste, em 1972 era realizado o 1º Simpósio Internacional de Terapia Intensiva no Rio de Janeiro, primeiro evento a reunir especialistas brasileiros e vários convidados estrangeiros, pioneiros na especialidade.

A jovem especialidade, hoje conhecida como fundamental no sistema de saúde, ainda não era reconhecida oficialmente pelo Conselho Federal de Medicina, mas tinha pressa em crescer e para isso era indispensável a formação de uma massa crítica de intensivistas.

A partir de experiências pioneiras em instituições públicas de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Florianópolis e Porto Alegre, houve a implementação dos serviços de Terapia Intensiva em nosso país. Assim cada vez mais médicos concentraram suas atividades nos cuidados a pacientes críticos. Estes intensivistas,

sentindo a necessidade de troca de informações e experiências, se organizaram em sociedades como a SOPATI – Sociedade Paulista de Terapia Intensiva e a SOTIERJ – Sociedade de Terapia Intensiva do Estado do Rio de Janeiro. Em 1982 é criada a AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira, de maior representatividade médica e política. Em 1992, o Conselho Federal de Medicina reconhece a Terapia Intensiva como especialidade².

O objetivo das UTIs vai pouco a pouco delineando-se para uma melhora do nível de qualidade dos serviços hospitalares, mediante a redução da mortalidade de casos graves recuperáveis. O uso de tecnologia avançada e recursos humanos e técnicos especializados tornam-se características peculiares destes novos ambientes de saúde.

Desde cedo fica claro o caráter essencialmente multiprofissional da atividade intensiva, com a expectativa de alcance de uma atuação também interdisciplinar. Os profissionais de fisioterapia, nutrição e psicologia foram aos poucos incorporados à equipe permanente de saúde da UTI, reiterando a importância da abordagem global ao paciente.

A contribuição de outras especialidades médicas na UTI também é frequente, através de pedido de pareceres à diversas clínicas que possam ajudar tanto no diagnóstico como nas condutas terapêuticas.

Sendo assim, este serviço dentro do hospital, de alta tecnologia e com profissionais especializados, atuam em suas respectivas práticas, desenvolvendo protocolos e rotinas de trabalho com o objetivo de agilizar a coleta de dados e os procedimentos necessários à recuperação dos pacientes. Esta é uma tarefa complexa quando consideramos a necessidade de integração das ações profissionais e a própria organização do trabalho em saúde, fragmentada nos seus saberes, práticas e lógica de execução.

O advento das UTIs acabou demonstrando que apesar do controle de certas doenças e da queda das taxas de mortalidade, é cada vez maior o reconhecimento de que este setor possa ser também um ambiente de trabalho pesado, ansiogênico, despersonalizante, estressante e de hiperestimulação sensorial para pacientes e profissionais²⁹, devido às características deste ambiente, organização, objetivos e rotina.

1.2 Objetivos e rotina

A UTI diferencia-se de outras unidades do hospital por oferecer tratamento especializado e intensivo para o paciente crítico, com uso de equipamentos sofisticados,

recursos materiais, tecnológicos e humanos diferenciados para uma melhor abordagem ao paciente grave. De acordo com a assistência prestada a crianças ou adultos, tais unidades podem ser denominadas de UTI adulto, UTI pediátrica ou UTI neonatal.

A UTI de adulto é destinada a receber pacientes com diagnósticos clínicos de diversas enfermarias como: pós-cirúrgicos, politraumatizados, com insuficiência respiratória aguda, infarto agudo do miocárdio, angina instável, insuficiência renal, aneurismas, infecção generalizada, feridos por arma de fogo, acidente vascular cerebral, parada cardiorrespiratória, entre outros³⁰. Em comum, todos estão em estado crítico necessitando de cuidados intensivos e especiais.

Embora as UTIs não sejam indicadas para pacientes terminais, sem possibilidade de recuperação, vários pacientes internam sem possibilidade de reversão do quadro clínico e chegam somente “para morrer”³¹. Tais distorções nos critérios de internação acontecem por vários fatores, dentre eles: o despreparo e a impossibilidade da família em ver o paciente morrer em casa ou em outro lugar do hospital, a pressão dos médicos assistentes e direção da UTI que lucra com os planos de saúde e a própria dificuldade do profissional em ter autonomia para recusar um paciente que não possui critérios de internação.

Para controlar a gravidade do quadro clínico dos pacientes, este setor utiliza-se de tecnologia avançada e equipamentos como respiradores artificiais (cuja função é garantir a capacidade respiratória do paciente enquanto este se encontra impossibilitado de fazê-lo autônomo); o monitor cardíaco (que registra os batimentos cardíacos 24h); o oxímetro (mensura a quantidade de oxigênio aproveitado pelo sangue); nebulizador (serve para pacientes que respiram sem auxílio do respirador, mas ainda precisam de uma quantidade maior de oxigênio do que a normal do ar); bomba de infusão (controla a quantidade de soro e medicação infundida no paciente), e outros.

A procedência dos pacientes internados na UTI pode ser do centro cirúrgico, de enfermarias de diversas especialidades do hospital, ou de outros hospitais que não dispõem de recursos necessários para cuidar do paciente grave.

As necessidades específicas desta unidade, segundo Hudson³², podem ser definidas objetivamente na atenção aos seguintes objetivos: observação direta do paciente, como parte de função de monitorização; vigilância; oferta de intervenções terapêuticas de emergência ou rotineiras e registro de todas as informações.

Por toda esta gama de aspectos, o paciente internado na UTI encontra-se restrito ao leito, confrontando-se com a gravidade de uma doença num ambiente físico desconhecido, sem acompanhante, com a higiene e alimentação sendo realizadas no

próprio leito e na maioria das vezes, muito assustado diante dos procedimentos de intervenção e possibilidade de morte iminente³⁰. O paciente passa a ser um número de leito ou prontuário, uma síndrome ou um órgão doente e não um ser humano com necessidades individuais que está sofrendo pela doença e pelo afastamento de seu ambiente familiar e pessoal.

A família, por sua vez, também se encontra ansiosa devido ao quadro clínico do paciente associado ao risco de vida, sentindo-se impotente, sem saber como ajudar. Por isso, toda uma carga emocional pode ser constantemente projetada no médico que transmite as informações diárias sobre a evolução do quadro clínico (o rotina) e sobre a equipe. Se este aspecto emocional relacionado à internação do paciente não for devidamente trabalhado e controlado pela equipe, a tendência será um desgaste muito maior que o já habitual sentido por parte de quem cuida do paciente, e interferências significativas na recuperação deste³³.

O ambiente da UTI, de acordo com as características de seu espaço físico, também é denominada por Nogacz & Pusch³³ como “barulhento, tenso e acelerado”. Isto devido à carga excessiva de trabalho, a necessidade de um estado de alerta constante por parte da equipe, às dificuldades de relacionamento interpessoal, e a necessidade de inúmeras informações serem processadas de forma eficiente e rápida.

1.3 Espaço e Psicodinâmica do Trabalho na UTI

A estrutura física das UTIs varia de acordo com a disponibilidade de espaço e planta física do hospital. Ela pode ser construída com o objetivo de facilitar o fluxo de pessoas e organização ou funcionar num ambiente tumultuado nos seus fluxos e processos, tornando-se um lugar de trabalho por vezes hostil para pacientes, equipes e familiares³⁴.

No Brasil, a UTI em geral é composta por um padrão de salão aberto que concentra leitos dispostos um ao lado do outro, separados por divisórias ou cortinas, embora muitas unidades já adotem o padrão de quartos privados, a exemplo da tendência americana.

A UTI consiste de três zonas de atividades: a área de leitos dos pacientes, a área da equipe (posto de enfermagem, sala de reuniões, espaço de descanso médico e de enfermagem) e áreas de apoio (expurgo, esterilização, farmácia, etc).

A equipe de trabalho presente na UTI é composta de diversos profissionais (médicos de rotina e plantonistas, chefia de enfermagem e enfermeiros plantonistas,

técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogo e nutricionista) que se dividem em turnos para dar assistência ao paciente 24 horas. Além da equipe permanente, também circulam profissionais de outros setores do hospital, que são chamados para dar pareceres e acompanhar determinados pacientes.

O médico *rotina* na UTI tem a função de uniformizar condutas médicas e direcionar os tratamentos, funcionando como elo entre plantonistas, médico assistente e restante da equipe. O médico assistente é aquele que já acompanhava o paciente antes de entrar naquela unidade, devido à assistência a alguma patologia crônica ou descompensação aguda, como, por exemplo, pacientes cardiopatas de longa data em acompanhamento regular ou pacientes renais crônicos em terapia específica (hemodiálise), ou ainda pacientes diabéticos, hipertensos e neurológicos, que em alguma etapa do tratamento venham a necessitar de suporte especial.

Desta forma a *rotina médica ou médico de rotina*, trabalha para que a programação terapêutica traçada seja seguida, além de ter contato diário com as famílias informando a evolução clínica do paciente. Por estar presente na unidade diariamente, possui maior contato e acesso às diferentes equipes de trabalho, fortalecendo seus vínculos com estes profissionais e com familiares dos pacientes internados. A possibilidade de uma boa relação e comunicação eficaz com os integrantes da equipe é maior em virtude do tempo e compromisso diário dispensado a este ambiente de trabalho.

O médico plantonista é responsável por um plantão num determinado turno e/ou dia da semana. Sua função em relação a pacientes novos é recebê-los, estabilizá-los em suas condições hemodinâmica e respiratória revertendo a condição aguda na qual chegaram, e nos pacientes já internados, prosseguir com a manutenção do tratamento já definido.

A equipe de enfermagem tem a função de vigilância e cuidados contínuos com o paciente como verificar pressão, temperatura, diurese, sinais vitais e aspectos importantes para o diagnóstico. Um trabalho “considerado por diversos estudos como desgastante, incessante, por vezes repetitivo e de enorme responsabilidade”³⁰. O fisioterapeuta tem seu foco de trabalho no restabelecimento da função respiratória dos pacientes, através de condutas invasivas e/ou não-invasivas e de mobilização no leito. O nutrólogo ou nutricionista, quando solicitado, tem a função de cuidar da nutrição (oral, enteral ou parenteral) do paciente internado, adequando a dieta às restrições de cada patologia e necessidades específicas do tratamento. O psicólogo tem como principal função assistir ao paciente em relação aos fatores que influenciam sua estabilidade

emocional, avaliando sua adaptação à internação, seu estado psíquico e sua compreensão do diagnóstico, já que tais fatores podem interferir na adesão ao tratamento e recuperação do mesmo.

A anamnese, a conduta e a evolução do caso são registradas no prontuário para acesso de toda equipe. Dependendo da unidade em questão, há a metodologia de visitas médicas a beira do leito ou “rounds” (discussões clínicas), com a função de levantar todos os dados pertinentes ao paciente e discuti-los com a participação de toda a equipe. As visitas médicas nem sempre compõem-se só de médicos, sendo acompanhados também por outros profissionais como o enfermeiro e fisioterapeuta. Entretanto, como o momento definido para estas “visitas” é determinado sempre pelo médico, na grande maioria das vezes os demais profissionais em virtude de suas intervenções programadas e tarefas a cumprir na unidade, ou por não serem convidados, não estão presentes. Estas atividades, quando ocorrem de forma efetiva e com a participação positiva de todos, revelam-se extremamente significativas, fortalecendo o diálogo entre os profissionais e trabalho integrado, além de reconhecer e agregar valores dos diferentes “olhares” destinados aos pacientes pela equipe.

Pode-se perceber que para os profissionais que trabalham na UTI, é grande o desafio em promover uma melhor assistência ao paciente, considerando as particularidades deste ambiente e as necessidades atuais de atendimento humanizado. Uma organização altamente especializada e complexa, contando com recursos tecnológicos e humanos específicos para reversão de quadros clínicos graves, também exige por parte da equipe, atenção, dedicação e responsabilidade constantes, além da necessidade de ação conjunta e integrada dos diversos profissionais para obter o êxito esperado³⁵.

Sendo assim, o trabalho na UTI por si só já representa um desafio para os profissionais, pois trabalhar de forma integrada e com os preceitos de um atendimento humanizado não é tarefa fácil. Habilidade técnica e comunicação interpessoal não são alcançadas da noite para o dia³⁶.

O stress, presente no espaço de trabalho da UTI, tem sido apontado como importante fator de desqualificação da atividade profissional, gerando sofrimento nas equipes que ali atuam³³. Por esta razão tem sido debatido como o confronto diário dos profissionais com questões relativas a morte e o contato diário com angústias provenientes das famílias, podem ser as causas geradoras deste desgaste mental. Outras abordagens enfatizam que, por sua natureza, a estrutura e funcionamento de alguns setores do hospital, dentre eles, as UTIs, já apresentam um ambiente favorável ao stress,

pois o que está em questão é a vida do paciente e a iminência de sua morte³⁷, atribuindo ao profissional um alto grau de responsabilidade. Pode-se observar o stress na queda de produtividade, nas faltas constantes, no desperdício de material e nos custos oriundos da necessidade de assistência médica aos funcionários³³.

Na UTI, estudos e experiências particulares apontam para fontes de stress diário decorrente da organização de trabalho específica destas unidades como: o ambiente físico, confronto permanente com situações de sofrimento e iminência de morte, carga excessiva de trabalho, qualidade do inter-relacionamento profissional com equipe, necessidade das inúmeras informações de diferentes fontes serem processadas de forma eficiente e contato com familiares.³³

O trabalho realizado na UTI também encontra comparativos no trabalho desenvolvido nas emergências, no sentido de apresentar em seus ambientes o confronto diário com o inesperado, imprevisível e incontrolável: *“Ter uma pessoa gravemente enferma que precisa de cuidados imediatos, que corre risco de vida, pode deflagrar no profissional sentimento de impotência, de perda de controle sobre seu trabalho, de impossibilidade de fazer algo positivo pelo paciente, caracterizando sofrimento psíquico¹”*(Rego e Palácios, 1996)³⁸.

Segundo Guanaes e Filgueiras, “a estrutura física de uma UTI e o uso de sofisticados aparelhos necessários para o suporte à vida, somados à necessidade quase sempre da superutilização do espaço físico, resultam num ambiente barulhento, inóspito e altamente estressante não só para o paciente e seus familiares como para toda equipe assistencial”³⁹.

Glaci Franco³⁵ em seus estudos, também aponta para o fato de que a convivência dentro da UTI, sob efeitos de fatores de desgaste como rotina acelerada e atuação em espaço restrito, favorece a iminência de tensões e conflitos entre os profissionais nas relações de trabalho.

Por outro lado, parece que os profissionais que trabalham em UTIs e setores de emergência, também *“tendem a assinalar o lado brilhante de sua tarefa: salvar vidas, ter a sensação de heroísmo e de potência (...)”*⁴⁰, o que acionariam mecanismos de defesa adaptativas às situações de trabalho.

Como abordaremos as situações da prática médica na UTI onde as decisões são mais difíceis, é importante conhecer a transformação de estrutura, organização e função da instituição hospitalar como um todo, ao longo dos séculos, para compreendermos melhor a postura dos profissionais de saúde, sobretudo os médicos, frente à morte.

¹ Este conceito da área de saúde do Trabalhador será melhor definido no cap.02.

Capítulo 02 – UTI: trabalho médico e finitude

2.1- O surgimento e aperfeiçoamento da instituição hospitalar para chegada das UTIs

O surgimento do hospital como instituição com finalidade terapêutica e campo de aplicação de tecnologia e disciplina médicas é fruto de um conjunto de transformações em suas atribuições, processo que se inicia ao final do século XVII⁴¹.

Foucault assinalou a função não terapêutica do hospital em sua origem, quando havia dois modelos de cuidado às pessoas: cuidados médicos exercidos em ambientes domésticos, não hospitalares destinados a pessoas nobres e de alta renda; e os cuidados hospitalares para administração da pobreza e acolhida às anomalias humanas⁴¹.

Na idade média, o hospital era um espaço restrito de exclusão ou assistência religiosa a doentes pobres, sem perspectiva terapêutica. Segundo Foucault, o hospital era um “morredouro, um lugar para se morrer”⁴¹. Sendo assim, o personagem principal do hospital até o século XVIII não era tanto o doente que precisava se curar, mas o pobre que estava morrendo. Essa instituição era uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica, tal como a conhecemos hoje, não existia.

Ao final do século XVIII, em defesa de interesses mercantilistas, a classe dominante passou a se preocupar com os espaços de isolamento e marginalidade que se instauravam nos hospitais marítimos e militares, favorecendo o tráfico de mercadorias, além da formação de “guetos” de endemias e epidemias que se instalavam nestes locais. O preço da mão-de-obra militar e marítima da época se tornava cada vez mais cara ao Estado, que não admitia mais perdê-la por motivos de doença. Portanto, impunha-se a transformação do hospital e a anulação de seus efeitos negativos: era necessário que essa instituição deixasse de ser foco de desordem econômica ou médica⁴¹. A reorganização do hospital foi, portanto, inicialmente uma manobra política.

A instituição hospitalar que emerge ao final do século XVIII apresenta-se como dispositivo de cuidado médico e disciplinar. A “disciplinarização” do hospital se traduz por uma organização minuciosa com registros de tempo, espaço e movimentos⁴² e constitui o embrião do hospital contemporâneo.

A disciplina, definida por Foucault como tecnologia e técnica de gestão de homens, alia-se a clínica como campo de saberes de tal maneira que remodela o hospital, estabelecendo um campo único e novo de saberes e poderes⁴¹. A prática

médica constitui-se naquele momento como uma medicina hospitalar e teve seu saber organizado e aperfeiçoado. A medicina passa a produzir um discurso científico sobre o indivíduo, sua saúde e doença.

Com esta nova organização e função de cura, o hospital passou a ser o local privilegiado para o registro, acúmulo, formação e transmissão do saber médico. A medicina praticada ao final do século XVIII serviu como instrumento de articulação para o desenvolvimento capitalista e para o processo de construção da própria sociedade, utilizada como forma de controle social e regulação econômica do Estado. A organização hospitalar vai apontar para um novo “espaço de produção”, uma produção singular - a assistência médico-curativa - marcada pela sujeição disciplinar tanto dos pacientes quanto dos trabalhadores que produziam os cuidados terapêuticos⁴¹. Essa subordinação ao médico faz com que este assuma um papel importante à frente dessa nova organização.

Simultaneamente à nova organização e divisão do trabalho hospitalar, surge a necessidade de incorporação de outras práticas e profissionais de saúde ao cuidado aos pacientes. A revolução industrial e a consolidação do sistema capitalista criaram novas áreas de práticas e novos papéis ocupacionais. Assim, a produção de novos conhecimentos e a criação de áreas especializadas possibilitaram o surgimento de inúmeras profissões, não só na área da saúde. Elas passaram a requerer para si o domínio do conhecimento, aplicando-o através da oferta de serviços especializados.

A partir da segunda metade do século XX, torna-se evidente a impossibilidade do domínio por um único profissional da totalidade dos conhecimentos e técnicas disponíveis resultantes de uma crescente inovação técnico-científica. Cresce a necessidade de um trabalho realizado por equipes de saúde interdependentes. Todavia, a complexidade do objeto de trabalho em saúde, o ser humano, não conduziu necessariamente, a uma abordagem interdisciplinar.

Em suma, os avanços dos conhecimentos médicos, bem como a conseqüente maior sobrevida da população e a complexidade dos problemas em saúde pública tornaram necessária uma intervenção conjunta, cada vez mais complexa, possibilitando o surgimento de instituições hospitalares de grande porte, com especialização em unidades e serviços diversos.

Nos dias de hoje, o hospital é considerado o centro do sistema de atenção à saúde, figurando entre as mais complexas e dinâmicas instituições de nossa sociedade⁴³, ocupando um lugar central e quase naturalizado na sociedade ocidental, no que concerne à assistência à saúde, à doença e à morte⁹.

O profissional de saúde especializado, cujo local de trabalho é prioritariamente o hospital, é exposto continuamente a novas descobertas científicas, cada vez mais aptas para a tarefa de salvar vidas. O mercado de trabalho dos médicos está inserido nessa perspectiva de oferta de serviços altamente especializados e quanto mais recursos e serviços especializados disponíveis para tratar as diversas patologias, mais o profissional de saúde, sobretudo o médico, acirra seu empenho e dedicação em “vencer a morte”⁴⁴.

Assim vão se firmando as novas especialidades e sub-especialidades na área, dentre elas a Terapia Intensiva que, até a década de 80, não fazia parte das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

O avanço tecnológico, que ampliou exponencialmente as possibilidades da intervenção médica, vem afetando a prática profissional desta categoria, trazendo consequências não só para o processo de trabalho, mas para o sistema de saúde como um todo⁴⁴. Se por um lado, a especialização permite um grande acúmulo de conhecimento, por outro determina um modelo de produção de serviços e organização de trabalho fragmentado, o que dificulta aos profissionais uma visão mais integral do ser humano. Segundo Machado, o processo de especialização tem sido um mecanismo estratégico adotado pelas profissões para manter sob controle os avanços e os novos conhecimentos, de modo a assegurar o monopólio do saber e da prática profissional, “mas, por outro lado, a perda da dimensão da totalidade é inevitável”⁴⁴.

O trabalho médico na UTI apresenta nuances próprias relacionadas com a especificidade da prática (tratamento de pacientes graves e domínio de tecnologia avançada) e com a própria organização de trabalho. Do cotidiano desse trabalho, emergem questões morais envolvendo a percepção que o profissional tem da morte e do morrer, aliadas à sensação de poder e onipotência adquiridos durante a formação médica. Como tais fatores estão muito presentes na discussão dos resultados desta pesquisa, abordaremos, a seguir, aspectos teóricos relacionados à morte e ao processo de morrer presentes na prática médica da UTI.

2.2 -O profissional de saúde diante da morte

É sabido que morrer é um dos pontos mais culminantes e críticos da existência humana, habitualmente relacionada, em nossa sociedade ocidental, à tristeza e ao sofrimento. E que o exercício da medicina na sociedade contemporânea promove implicações éticas e morais relacionadas ao processo de morrer que no dia a dia do

médico, evocam responsabilidades cruciais em atos e decisões tomadas diante do enfermo que está morrendo²⁷.

Morrer causa temor, porque é o desconhecido que está por vir⁴⁵. Freud já dizia que a “morte é a indelével certeza da condição humana”²⁶, embora quase sempre recalçada. Não só o profissional de saúde tende a vê-la como um fracasso, uma vez que foi formado para combatê-la, mas também para a sociedade como um todo, ainda é grande a resistência em “aceitar” a morte^{1,46,47}.

Apesar da morte ocorrer cada dia mais no hospital, os médicos não conseguem lidar bem com ela, não a aceitando como parte inerente de suas vidas. Ao contrário, “o confronto com a morte sempre parece despertar sentimentos conflitantes de fracasso, culpa e impotência”⁴⁸.

A concepção de morte possui aspectos históricos e culturais que merecem ser mencionados para uma melhor compreensão deste fenômeno nos dias de hoje.

Na Idade Média, os ritos familiares para morte eram presenciados pela comunidade e o moribundo encarava seu fim próximo consciente e conformado, pois morrer era um destino coletivo⁴⁹. Enquanto os pobres eram colocados em covas comunitárias e seus ossos serviam para alimentar animais, os nobres eram enterrados dentro das igrejas. Com a construção dos cemitérios, a morte perde seu caráter coletivo e cada corpo ganhou um espaço individualizado: o caixão. A morte passou a ser encarada como o fim da vida terrestre⁴⁹.

O Renascimento ampliou a separação corpo-alma e tornou o corpo e a morte objetos de estudo: o cadáver passou a pertencer à medicina. O estudante de medicina começou então a construir uma visão particular do doente, pois seu material de trabalho era um cadáver “sem alma”⁵⁰. As descobertas da anatomia patológica em meados do século XVIII propiciaram uma melhor descrição dos sinais, sintomas e evolução das doenças, mas também determinaram um comportamento médico que se dirigia predominantemente a eliminação da doença e a busca da cura: “*a morte permanecia às costas do médico, como a grande ameaça sombria em que se aboliavam seu saber e sua habilidade*”⁴¹.

A partir daí, é notório o esforço heróico que as sociedades fazem procurando manter a doença à distância, combatendo-a ou preocupando-se ao extremo em administrá-la⁵¹. A atitude de preservar a vida a todo custo e as inúmeras possibilidades criadas pelo tecnocientificismo tornam-se co-responsáveis por um dos maiores temores do ser humano hoje em dia: “o de morrer ou ter sua vida mantida às custas de muito

sofrimento, de forma por vezes, solitária num quarto de hospital ou unidade de cuidados intensivos, cercado de apenas tubos e máquinas”²⁸.

A idéia de levar o paciente ao hospital porque é lá que se proporcionam cuidados que não são mais viáveis em casa pode esconder, na verdade, o desejo de que a morte ocorra num outro espaço que não mais o doméstico. A morte “domesticada” descrita por Áries, dá lugar a morte “medicalizada” num leito de hospital: não é mais uma cerimônia ritual presidida pelo moribundo e em companhia da família, mas sim um fenômeno técnico e solitário, presidido por um médico ou equipe desconhecidos⁴⁹. Morre-se cada vez mais em isolamento e acredita-se que assim se evite, não só ao doente, mas também ao seu círculo de relações e à sociedade, o incômodo e a emoção demasiadamente fortes advindos de tal realidade.⁴⁹ A morte vai tornando-se algo a ser totalmente evitado.

Neste contexto, o uso crescente da tecnologia na saúde causa deturpações nos processos de morrer, colocando a medicina em xeque, diante dos limites de sua capacidade de “curar”⁴⁴. Como fruto das posturas de negação ou de evitação da morte, parece evidente que é difícil para o profissional de saúde não só lidar com a morte, como também cuidar do paciente que está morrendo⁵².

Kovács^{53,54} destaca que uma das causas de sofrimento do profissional de saúde é o sentimento de impotência/onipotência diante das possibilidades e limitações da medicina, e a consciência de finitude na qual os profissionais são submetidos quando lidam com uma realidade onde a doença e iminência de morte são tão reais. Parece que no contato com a morte em tarefa diária, o profissional pode “reexperimentar medos infantis de separação, abandono e o medo de sua própria mortalidade”⁵³.

Nas Unidades de Terapia Intensiva, o médico se defronta com a possibilidade de manter vivos pacientes graves que, em épocas anteriores, sem a utilização de suporte avançado de vida, seria impossível. A morte não é mais um evento simples e sim um fenômeno complexo, passível de ser decomposto analiticamente em morte clínica, biológica e celular. Deixou de haver uma fronteira clara entre a vida e a morte e esta passou a ser um processo gradual, muitas vezes, reversível⁹. As novas definições de morte cerebral ou encefálica², e de morte clínica⁵⁵ tornam cada vez mais difícil a definição do momento exato da morte. Desta forma, surgem dificuldades consideráveis para a conceituação rigorosa de morte na atualidade, principalmente no caso de doenças

² O conselho Federal de Medicina define os critérios para diagnóstico de morte encefálica; considerando-a como a parada total e irreversível das funções encefálicas equivalente à morte. A morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida. Os exames complementares deverão demonstrar de forma inequívoca a ausência de atividade elétrica cerebral, ou atividade metabólica cerebral ou perfusão sanguínea cerebral. ([http:// www.cfm.org.br](http://www.cfm.org.br)).

incuráveis ou que, em determinado momento evolutivo, não respondem às medidas terapêuticas. Nestes casos, os avanços da tecnociência permitem a substituição, ainda que temporária, de determinada função orgânica, possibilitando, às vezes, uma recuperação⁵⁶. Sendo assim, as novas possibilidades terapêuticas anunciam a necessidade de reavaliação não só de diagnósticos e prognósticos, mas também da própria definição de vida e morte⁵⁷, ou seja, uma necessidade de redefinição da própria ética médica.

O trabalho em UTI coloca o profissional médico em confronto com escolhas e tomadas de decisões envolvendo aspectos éticos e morais profundamente imbricados à incorporação tecnológica na área da saúde^{55,58}. Dependendo de sua decisão, ele pode tanto interromper os cuidados como fazer esforços heróicos de reanimação.

A manutenção de tratamentos invasivos em pacientes sem possibilidades de recuperação na UTI caracteriza uma prática muito comum que é a distanásia: o tratamento que, sem probabilidade de ter valor terapêutico, agrega riscos crescentes sem benefício associado, não influenciando a sobrevivência ou qualidade de vida para o paciente¹⁷. Uma grande dificuldade para o intensivista neste sentido (incorrer na prática da distanásia) é determinar o que seriam tratamentos *ordinários*, obrigatórios para salvar o paciente, ou oferecer alívio e controle de seus sintomas; e quais seriam os extraordinários, também conhecidos como *fúteis*²⁸.

Sabemos que infligir um processo de morte lento e sofrido aos pacientes é algo que os profissionais da UTI não desejam, mas é o que na maioria das vezes acontece seja por pressões da família, ausência de diretrizes legais que norteiem tais ações ou dificuldade de diálogo aberto com familiares, pacientes e equipe, em busca de um projeto terapêutico que possa ser melhor compartilhado.

Um fator importante a se considerar no processo de tomada de decisões em que o resultado é a distanásia é a visão que, sobretudo o profissional médico tem da morte e do processo de morrer. Por isso, é relevante a atenção a este aspecto, sobretudo pelas instituições responsáveis pela formação médica.

Treinados para salvar vidas a qualquer custo e a estarem disponíveis e aptos ao ofício a qualquer hora do dia, os médicos tornam-se “guardiões da vida”⁴⁴. Esse poder de curar aliado às expectativas internas e externas depositadas na profissão contribuem sobremaneira para a construção de uma identidade heróica, continuamente retroalimentada pela sociedade e pela própria corporação. O processo de “endeusamento”, através do qual o médico se torna “senhor da vida e da morte” se desenvolve desde a formação médica. Cedo, os estudantes são socializados para se

sentirem responsáveis pela vida das pessoas que os procuram em busca de assistência e para encarar a morte como “o maior dos adversários”, que deverá ser sempre combatido e, se possível, vencido, graças à melhor ciência ou competência disponível¹⁷.

A formação na graduação privilegia os aspectos biológicos do indivíduo doente e habilita o médico a manejar métodos diagnósticos e terapêuticos altamente sofisticados. Por outro lado, não prepara o jovem médico para o confronto com dilemas éticos/morais que por ventura, podem emergir da prática profissional: “O médico encontra-se cada dia mais preparado tecnicamente para lidar estritamente com os aspectos biológicos da vida, mas cada vez menos preparado para a relação médico-paciente, contato humano e relacionamento interpessoal integrado”⁵⁹.

Treinado, portanto, para diagnosticar e restabelecer a saúde, o médico não o é para enfrentar a morte e o morrer. Como lidar com a sensação de fracasso nesses casos, se os médicos não têm a oportunidade de discutir o próprio medo do fim?⁶⁰

Lidar com vidas, quase sempre em situações de fragilidade, tomar decisões que envolvem riscos vitais, fazer intervenções clínicas ou cirúrgicas em indivíduos gravemente enfermos podem tornar o médico um profissional propenso a desenvolver desgaste não só físico, mas psicológico ao longo de sua trajetória profissional.

A idéia da morte nos traz permanentemente a consciência de nossa vulnerabilidade. Ela nos lembra de que nenhum avanço tecnológico nos permitirá dela escapar. E para o profissional da UTI, lidar com o paciente moribundo, que vai morrer a despeito de toda a parafernália tecnológica disponível no setor, o remete drasticamente à consciência de sua própria finitude, o que é muito impactante.

O diálogo, a troca de idéias, a exposição de dificuldades e sentimentos em relação ao trabalho realizado na UTI são fundamentais para tornar os dilemas vividos no trabalho algo mais consistente e menos denso ou angustiante. A criação de espaços de reflexão também pode contribuir para o médico adotar uma postura permanente de redefinição e aperfeiçoamento de sua prática, evitando tornar-se “um manipulador de botões e drogas no ambiente frio da UTI, ou pior, do seu próprio coração”⁴⁵.

Por consideramos importante compreender a organização de trabalho existente na UTI, pano de fundo para o confronto do médico com as questões morais de seu trabalho, dedicamos o próximo item à discussão da relação entre organização de trabalho em saúde e aspectos psíquicos vividos pelos intensivistas.

2.3 Organização do trabalho em Saúde e aspectos psíquicos

Uma atividade de trabalho tanto pode tornar-se extremamente produtiva, prazerosa e uma experiência de crescimento pessoal para o indivíduo, como algo profundamente desgastante, fonte de sofrimento psíquico e adoecimento⁶¹.

O trabalho em saúde é uma atividade extremamente delicada e complexa, devido ao seu objeto de intervenção – o ser humano adoecido. Esta atividade pode despertar no profissional realização e satisfação pessoal, mas também desgaste e sofrimento, em decorrência, entre outros fatores, de uma organização de trabalho pouco orientada para minimizar a carga psíquica com a qual lida o trabalhador.

Dejours foi um dos principais teóricos que, numa extensa produção de pesquisa na área específica de Psicopatologia e Psicodinâmica do Trabalho, interpretou os conteúdos das vivências subjetivas dos trabalhadores em seus ambientes de trabalho^{61,62,63}. Para o autor, os trabalhadores não podem ser considerados apenas como corpos biológicos submetidos a formas distintas de organização do trabalho, mas como sujeitos de intensa produção e interação subjetiva.

Ao enfatizar a gênese e as transformações do sofrimento mental vinculadas à organização do trabalho, Dejours leva em conta fenômenos que produzem impactos sobre a dinâmica intrapsíquica e sobre a intersubjetividade dos trabalhadores. Desta forma, tenta estabelecer inter-relações entre a organização do trabalho e sentimentos vinculados a ele, como prazer, desprazer, frustração, realização, impotência e outros.

O sofrimento psíquico é definido como “instrumento mediador das reações do psiquismo humano aos estímulos e agressões do mundo do trabalho”⁶¹, ou seja, representa a compreensão da possibilidade das vicissitudes do trabalho em provocar distúrbios psicopatológicos.

Palácios entende o mesmo conceito como o “sentimento de vida contrariada”⁶⁴ representado pelos sentimentos negativos advindos da relação com o trabalho, como impotência, falta de sentido, isolamento social e auto-estranhamento. A autora analisa as relações entre a organização do trabalho num hospital geral e o sofrimento psíquico dos profissionais de saúde, enfatizando que não existe apenas um fator responsável pelo sofrimento psíquico dos trabalhadores, mas uma rede de processos vinculados à organização de trabalho que se interpenetram, gerando situações de sofrimento⁶⁴.

Não iremos avaliar o nível de sofrimento psíquico do médico que trabalha na UTI, mas considerar o trabalho como algo mais que o ato de trabalhar ou vender sua força de trabalho em busca de remuneração, e que tem uma importância ímpar nas relações sujeito/sociedade e na constituição do próprio sujeito⁶¹. Sendo assim, o mesmo trabalho que pode levar ao sofrimento e desprazer, pode também em outro momento e

forma de organização, constituir-se em prazer e crescimento estendido a outras esferas da vida. Esse entendimento é importante para que sejam criadas, junto às possíveis brechas na organização de trabalho, estratégias ou recursos internos (defesas individuais e coletivas) para transformar uma determinada realidade em algo mais próximo à sua satisfação e bem-estar.

O processo de trabalho em saúde, como qualquer forma de trabalho sob a esfera do modo de produção capitalista, é influenciado por inovações e pela organização científica do trabalho⁴². Esta organização, segundo diversos autores^{65,66,67}, revela-se um processo de trabalho altamente complexo, hierarquizado, fragmentado nos seus saberes, práticas e lógica de execução, trazendo implicações importantes para a saúde dos profissionais.

Deslandes,⁴² Palácios,⁶⁴ Pita,⁶⁵ Selligman⁶⁸ e Silva⁶⁹ investigam a interface saúde-trabalho e sua relação com agravos à saúde dos profissionais de hospital, abordando a organização de trabalho hospitalar e as diferentes formas adotadas pelos trabalhadores para lidar com contextos desfavoráveis. Tais pesquisas relacionam trabalho e psiquismo humano e envolvem profissionais de saúde de diversos setores do hospital. Os resultados evidenciam que as formas de tensão, desgaste e sofrimento mental, em geral, agiram de forma integrada e seriam resultantes das condições e da organização de trabalho. Tais indícios esclarecem que a organização do trabalho pode atuar na gênese do sofrimento psíquico através de alguns elementos como, por exemplo: as jornadas prolongadas de trabalho, os ritmos acelerados de produção, a presença de uma hierarquia rígida e vertical, a inexistência ou exigüidade de pausas de descanso ao longo das jornadas, o não controle do trabalhador sobre a execução de seu trabalho e a fragmentação de tarefas⁶⁵.

Todos estes aspectos podem se tornar fontes de insatisfação e agressão à vida psíquica do trabalhador. O grau de iniciativa e autonomia frente ao trabalho, o grau de ambigüidade em relação aos resultados da tarefa e a impossibilidade de comunicação e cooperação, entre outros, podem ser considerados fontes de sofrimento⁶⁴.

A divisão do trabalho hospitalar é marcada pela supremacia do trabalho médico no que concerne a sua organização. Este profissional conjuga o saber-poder hegemônico^{41,70}, decidindo o diagnóstico, a necessidade de exames complementares, a terapêutica e o uso dos equipamentos e tecnologia de ponta⁴². Suas decisões, no entanto, poderiam não ser tão solitárias, mas o modelo médico hierárquico de assistência dificulta uma dinâmica de trabalho mais participativa por parte dos demais agentes

envolvidos, acabando por fomentar disputas de poder cuja maior conseqüência é a continuidade da fragmentação das ações em saúde.

Segundo Deslandes⁴², o trabalho em saúde articulado a um nível de domínio do processo e organização das tarefas desigualmente distribuídas entre seus agentes, reflete a origem social dos trabalhadores, reproduzindo na organização de trabalho hospitalar, as relações de desigualdade e dominação próprias da sociedade. Tal divisão do trabalho no hospital é a reprodução da evolução e divisão do trabalho no modo de produção capitalista, onde a saúde pode ser simbolizada como mercadoria e nem todos podem ter acesso igualitário a ela⁶⁵.

Embora as várias categorias de profissionais de saúde compartilhem do mesmo objetivo – a recuperação do paciente – muitas vezes as tarefas assistenciais não conseguem alcançar um mínimo de totalidade e integração, não só na UTI, mas em outros setores do hospital. Em alguns momentos, há quase uma incompatibilidade de técnicas para atender o paciente. As práticas parecem desconectadas de um mesmo objetivo final e as ações caracterizam-se pela ausência de continuidade, o que interfere muito no restabelecimento do paciente.

Além das questões relacionadas às dificuldades de relação entre as diversas categorias, Pitta assinala a variedade de estímulos nocivos, aos quais não só os médicos, mas todos os profissionais de saúde estão intermitentemente expostos em seu ambiente de trabalho, o que encaixa perfeitamente na rotina do médico intensivista:

*“... a solicitação constante de decisões rápidas e precisas; a necessidade de um grande número de informações serem processadas num curto espaço de tempo; a imensa responsabilidade em ter “uma vida nas mãos”; a tarefa desumana de “selecionar” quem usa este ou aquele equipamento; as situações de intercorrências inesperadas no quadro clínico dos pacientes proporcionando um estado de alerta permanente; e o contato com a morte em tarefa diária”.*⁶⁵

Em relação aos fatores estressantes inerentes ao ambiente hospitalar, Chiatton e Sebastiani⁷¹, apontam para o número crescente de profissionais de saúde que adoecem, desenvolvendo principalmente doenças adaptativas por estresse. Este dado é interessante e aponta para a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que avaliem o quanto os profissionais de saúde sofrem repercussões psíquicas de seu ambiente de trabalho.

Hans Sely⁷², afirma que “os estressores podem advir do meio externo (...), mas também do ambiente social como o trabalho”. É como se o indivíduo percebesse seu

ambiente de trabalho como uma ameaça às suas necessidades de realização pessoal e profissional e/ou à sua saúde física ou mental, na medida em que este contém demandas excessivas para ele, ou que ele não possui recursos adequados para enfrentar tais situações.

Segundo Romano⁴⁰, os profissionais que trabalham em unidades de emergência e UTIs tendem a assinalar o lado brilhante de sua tarefa de salvar vidas, ter a sensação de heroísmo e de potência, mas também vivenciam intensas experiências pessoais de impotência, identificação e perda.

Concluindo, sabemos que a organização de trabalho na UTI apresenta-se complexa, multidisciplinar, fragmentada e com forte presença de tecnologia avançada, criando situações delicadas de trabalho e de tomada de decisões vitais para os pacientes e para os profissionais envolvidos. Há uma evidente dificuldade na criação de espaços formais de cuidado e atenção a estes profissionais neste sentido. O que se tem, no máximo, são “momentos de desabafo”, que atuam como momentos para esvaziar as angústias e possibilitar a continuidade do trabalho.

O que é mais difícil de lidar para o médico intensivista? O que poderia ser feito ou transformado para melhorar essa organização de trabalho? Busquemos as respostas adentrando no universo rico e instigante que é a UTI.

Capítulo 03 – Impressões sobre o Trabalho de Campo

A metodologia de pesquisa envolveu a realização de entrevistas individuais e observação participante, sendo aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da ENSP e aprovado. Como o objeto desta pesquisa envolve situações de trabalho delicadas e posturas frente a situações difíceis, por vezes não compartilhadas, o recurso às entrevistas pareceu-nos adequado, preservando assim os sujeitos de uma maior exposição de idéias e condutas particulares.

A técnica de Observação Participante foi outro recurso escolhido para que pudéssemos acompanhar de perto as especificidades da organização de trabalho na unidade, e compreendêssemos melhor seu funcionamento e as funções exercidas pelas diversas equipes de saúde, em especial a rotina médica. A qualidade da articulação e integração entre os diversos profissionais e familiares dos pacientes internados com os responsáveis pela rotina foi muito estudada. Optando-se pela técnica de Observação Participante, este estudo também vem corroborar com a importância do efetivo engajamento entre pesquisador, sujeitos e campo de pesquisa para o sucesso de uma investigação.

O roteiro de entrevista (anexo 01) pôde ser testado previamente, ainda na fase de observação participante, em entrevistas a dois médicos intensivistas de outro hospital, possibilitando os ajustes necessários. A análise dos dados se baseou na técnica de análise de conteúdo.

Em resumo, o plano metodológico deu-se através da realização de:

- Investigação bibliográfica de temas relacionados;
- Técnica de Observação Participante;
- Entrevistas semi-estruturadas com os médicos intensivistas de rotina de uma UTI geral;

Foram entrevistados oito médicos responsáveis pela rotina da UTI pesquisada, cujo perfil pode ser assim descrito: a faixa etária variou de 31 a 41 anos; foram entrevistados duas mulheres e seis homens; o tempo de atuação como médico de rotina apresentou variações de 1 ano à 10 anos, mas a maioria dos médicos encontrava-se há aproximadamente 2 anos na função; o tempo de formado variou de 5 à 16 anos, sendo que a metade encontrava-se na faixa de 5 à 9 anos e a outra metade na faixa de 9 à 16 anos de formação; a jornada de trabalho semanal apresentou uma média de 70 horas, variando de 50 à 100 horas, o que denota que a maioria dos profissionais entrevistados

acumulam outros vínculos de trabalho. Somente uma médica foi excluída devido a dificuldades em conceder a entrevista.

Primeiros passos...

Primeiramente, realizou-se uma primeira aproximação com o campo, através de reuniões com a direção da UTI para apresentação das intenções e objetivos da pesquisa, bem como para coleta de informações sobre as principais características deste ambiente e organização de trabalho. Neste momento, o projeto foi submetido á leitura e apreciação da Direção. Posteriormente, foram agendadas reuniões com os médicos da rotina, para apresentação e esclarecimentos metodológicos do estudo, que esperava contar com a participação deles enquanto sujeitos. Desde os primeiros contatos, tanto a direção da UTI quanto os médicos selecionados mostraram-se receptivos e interessados em cooperar.

A UTI escolhida para investigação possui algumas características peculiares que merecem ser mencionadas.. É uma UTI geral, localizada no 2º andar de um Hospital Geral do município do Rio de Janeiro. Para preservar o anonimato dos sujeitos, não será identificada. O hospital é particular, com aproximadamente 600 leitos, de caráter religioso em sua administração e composto por clínicas, em sua grande maioria, terceirizadas. O corpo de enfermagem é o único a se constituir exclusivamente por funcionários do hospital.

A UTI é composta de 05 unidades com entradas e saídas independentes, assim denominadas: UTI A (09 leitos), UTI B (08 leitos), UTI C (08 leitos), UTI D (08 leitos) e UTI E (18 leitos). Tal divisão é feita exclusivamente devido ao espaço físico compartimentado, que impede a composição dos leitos num mesmo ambiente. As unidades funcionam com diferentes equipes em sistema de plantão e rotina, sendo a coordenação médica e administrativa única para todo o serviço.

Circulam, nas diferentes unidades, profissionais de saúde das categorias: médica (plantonistas e rotinas), fisioterapia (rotina e plantonistas), enfermagem (chefia geral, enfermeiros plantonistas, auxiliares e técnicos), nutrição, psicologia, apoio (secretárias, recepcionistas e pessoal de limpeza) e profissionais externos à unidade, como médicos assistentes e/ou os profissionais que vem responder a pedidos de parecer.

O perfil dos pacientes internados segue mais ou menos o mesmo padrão em todas as unidades: pacientes graves, necessitando de suporte avançado de vida e cuidados intensivos por períodos indeterminados. Segundo o diretor e coordenador médico do serviço, esse perfil é acrescido de algumas particularidades: a UTI E, seguida

da UTI D e UTI C, absorve os pacientes mais críticos do serviço, quase todos necessitando de ventilação mecânica e em estados comatosos por maior tempo; as UTIs A e B comportam prioritariamente os pacientes graves ditos crônicos, ou seja, aqueles que apresentam uma patologia crônica, como múltiplos acidentes vasculares cerebrais (AVCs) ou Deficiência Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), já submetidos a muitas internações anteriores e utilizando a unidade para estabilização de suas funções orgânicas comprometidas.

A UTI conta com 53 médicos (44 plantonistas e 09 “rotinas”) que se dividem pelas diferentes unidades. No período da manhã, cada unidade conta com um médico de rotina e um plantonista, sendo que a UTI E (maior em número de leitos) conta com dois “rotinas” e dois plantonistas. No período da tarde, somente dois “rotinas” se dividem para dar suporte às unidades juntamente com os respectivos plantonistas.

A equipe dos médicos da rotina é responsável pela supervisão médica e uniformização das condutas dentro das unidades, além de informar às famílias sobre o quadro clínico dos pacientes e sua evolução diária, estabelecendo contato também com médicos assistentes. Por estarem todos os dias nas respectivas unidades, estabelecem maior controle sobre informações do quadro clínico e evolução no tratamento dos pacientes, sendo responsáveis em definir e direcionar tratamentos, além de estabelecer junto às famílias e demais profissionais da UTI, um maior contato.

Por se tratar de um serviço com grande número de leitos, existem atividades científicas previstas para integração não só do trabalho realizado nas diferentes unidades, mas também dos próprios profissionais. Tal informação nos foi passada pelo diretor médico da UTI, e comprovada através dos agendamentos de tais reuniões visíveis nas unidades e do incentivo à participação da equipe pela coordenação. Nas reuniões científicas mensais são apresentados temas de interesse técnico na Terapia intensiva ou relato e discussão de algum caso clínico difícil ocorrido e tratado na unidade, não sendo comum os profissionais abordarem os problemas éticos ou morais de sua atuação.

Os “rounds” (reuniões multiprofissionais para discussão de casos clínicos) são semanais em todas as unidades, e têm o objetivo de discussão e troca de informações entre as equipes que tratam do mesmo paciente. Há também reuniões semanais dos médicos de rotina para uniformização das condutas e troca de experiências.

Com a perspectiva de conhecer as situações da prática médica que na concepção dos sujeitos se configurariam “dilemas” e a forma como lidam com tais situações,

inicieu minha investigação do campo pela técnica de observação participante e posteriormente realizeu as entrevistas.

A observação participante foi realizada por aproximadamente 03 meses, durante três a quatro horas diárias, por até três vezes na semana. Durante este período pude presenciar e até mesmo fomentar diálogos e discussões entre os profissionais totalmente pertinentes ao estudo. Nesse contato direto com a realidade a investigar, me senti muito próxima de suas dificuldades, momentos de tensão ou de descontração, e acho que também pude proporcionar aos profissionais uma oportunidade, não muito comum, de diálogo, discussão e reflexão sobre seu ambiente de trabalho.

A realização das entrevistas demandou aproximadamente 4 meses. Durante as entrevistas, pude perceber diferentes posturas: de inibição e distanciamento defensivo, mas também de extrema aproximação e boa vontade em participar. As atitudes mais “contidas” foram claramente percebidas em dois dos entrevistados, significando para mim uma dificuldade deles em entrar em contato com as emoções provocadas por sua atividade, esforçando-se ao máximo em mantê-las controladas e racionalizadas num relato mais superficial do que interiorizado. Paradoxalmente, após o término das entrevistas e pausa no gravador, ambos permaneceram na sala e continuaram a conversa comigo, agora de forma mais informal e até apresentando contradições em relação a alguns trechos e falas da entrevista gravada. Percebi neste momento como ter de falar de aspectos do trabalho pode ser mobilizador, fazendo entrar em cena possíveis mecanismos de defesa para garantir o “devido” distanciamento emocional das questões mais profundas, evitando-se a dimensão da subjetividade no exercício da prática médica na UTI.

O sentimento de que o médico de hoje é facilmente “descartável” quando não corresponde aos objetivos esperados ou à política da instituição, aparece de forma muito consciente na fala de um dos sujeitos, servindo como justificativa para conclusão do entrevistado de que os profissionais não devem sofrer tanto com os aspectos relacionados ao trabalho, pois “lugar de prazer é ambiente de lazer, e não ambiente de trabalho”.

A maior parte dos sujeitos falou sem dificuldade de suas posturas e sentimentos envolvidos no trabalho e processo de tomada de decisões, demonstrando real interesse na entrevista, visto que nem os celulares atendiam durante a mesma.

A declaração de alguns, ao final, mostra a importância deste tipo de escuta e reflexão sobre as dificuldades de trabalho do dia a dia, o que não estão acostumados a fazer:

“Eu acho que foi bom, eu me senti a vontade... Seria muito bom inclusive que isso fosse feito de maneira periódica (...), não temos tempo para falar da nossa prática diária, estamos sempre com milhões de coisas..., se a gente parar, refletir, pensar nestes aspectos é bem legal...” (médico, 37 anos)

A sugestão de que este tipo de trabalho (a pesquisa) fosse mais freqüente, me fez entender que não seria exatamente a pesquisa que gostariam que fosse freqüente, mas este espaço de fala e reflexão sobre sua prática diária em Terapia Intensiva.

A escolha de um objeto de estudo diz muito sobre a história pessoal do pesquisador, e é esta relação que, a meu ver, enriquece a pesquisa e torna seus caminhos mais prazerosos e estimulantes, apesar dos percalços. A oportunidade de realizar o trabalho de pesquisa no campo escolhido foi de grande satisfação e prazer para mim, como a riqueza dos dados apresentados a seguir podem demonstrar.

Capítulo 04 – “Até onde investir no paciente grave?”

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa. Por tratar-se de um material extenso e complexo, as discussões estabelecidas foram organizadas em blocos para facilitar a abordagem dos diferentes aspectos relacionados à tomada de decisão na UTI.

Observou-se que os médicos entrevistados não faziam uma distinção clara entre os termos “ética” e “moral”, utilizando-os indistintamente em seus discursos.

• “Sou eu quem decido”?

A pesquisa revelou que o principal dilema com o qual os médicos intensivistas se deparam frente ao paciente sem chances de recuperação é *até onde investir no paciente grave, sem agredi-lo?* Em outras palavras, como saber se o limite entre tratar um paciente ou simplesmente prolongar seu sofrimento está sendo respeitado? E mais ainda, como decidir?

Esta seria a principal questão de ordem moral presente nas situações de difícil decisão.

“Paro de fazer as coisas ou continuo fazendo? (...) isso é um dilema muito grande. Será que eu estou tratando realmente um paciente ou praticando distanásia? O limite é muito tênue. Às vezes, você pode estar querendo o melhor para o paciente com determinada conduta, mas pode estar só provocando um prolongamento de vida com muito sofrimento para ele” (médico, 38 anos, cinco anos de formado, há um ano na rotina médica).

As dúvidas na hora de decidir pela manutenção ou retirada de uma determinada terapêutica na UTI envolvem não só a futilidade do tratamento, mas também a aplicabilidade, importância e relação custo-benefício⁴. Entretanto, os sujeitos desta pesquisa relacionaram suas dificuldades na escolha da terapêutica priorizando o aspecto da futilidade e secundarizando os demais fatores.

A distanásia, definida como “morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento”³¹ é um conceito ligado ao modelo científico-tecnológico atual da medicina⁷ e refere-se à atitude médica tão comum hoje em dia, fácil de se encontrar nas Unidades de Terapia

Intensiva, que é o prolongamento exagerado da agonia, do sofrimento e da morte de um paciente⁵.

Como não são poucas as intervenções médicas hoje classificadas como fúteis ou inúteis, a distanásia é um resultado cada vez mais comum de tratamentos realizados na UTI. Mas o que seria na medicina, um tratamento fútil?

Segundo o documento elaborado pelo *Comitê de Ética da Society of critical Care Medicine*⁷³, tratamento fútil é definido como aquele que não atinge as metas precedidas, enquanto tratamento inútil ou desaconselhável é aquele que possui pouca probabilidade de trazer benefícios ao paciente. Vários autores discorrem sobre este tema,^{4,7,73,74} e pode-se perceber o quanto esses conceitos carecem de consenso e suscitam muitas dúvidas no meio médico de como classificar um tratamento de fútil ou inútil, já que na interpretação de cada caso também está envolvido um julgamento de valor.

A certeza absoluta de que uma ação médica terá benefícios nulos, pequenos ou improváveis que não superarão seus potenciais malefícios, nunca existirá totalmente para o profissional⁷⁵. O médico sempre conviverá com a dúvida na condução de um paciente dito terminal ou que evoluiu para uma condição clínica sem possibilidades de recuperação, pois a própria definição de paciente terminal tem sido tarefa complexa e arriscada, já que um paciente portador de enfermidade de evolução fatal e grave pode, em determinados instantes, voltar às suas atividades e ter uma sobrevida estimável⁷⁶.

No Brasil, os pacientes irrecuperáveis são mantidos em condições discutíveis, muitas vezes por falta de amparo legal e ético nas situações onde há possibilidade de discussão sobre a recusa ou suspensão de um tratamento considerado fútil ou inútil. E os intensivistas tem consciência disso:

“No Brasil, isso [decisões acerca do paciente terminal] é um terreno sombrio, é um terreno sem lei, sem regra, onde cada um com suas convicções - ou não - conduz...” (médico, 41 anos, 16 anos de formado, há 10 anos na rotina médica).

“O dilema da Medicina Intensiva é o investimento fútil. É o doente que a gente tem que investir, muitas vezes por motivos legais, muitas vezes porque uma família não aceita a evolução do quadro, e como a legislação está muito aquém de nossas necessidades (...)” (médico, 39 anos, nove anos de formado, há um ano na rotina médica).

Para evitar o tratamento fútil, os médicos lançam mão de medidas, as “ordens para não ressuscitar” (ONR), que podem ser empregadas com o objetivo de orientar o não início de manobras de ressuscitação cardiopulmonar nos casos onde não houver benefícios clínicos comprovados⁷⁷. Apesar de bastante empregadas nos Estados Unidos, inclusive registradas em prontuário, “a complexidade ética das ONR fez com que não fossem universalmente aceitas em vários países”, dentre eles, o Brasil⁷⁷. Não ser oficialmente reconhecidas, no entanto, não significa que não fazem parte das ações praticadas na UTI:

“Tem paciente que dependendo do quadro clínico, eu opto por não ressuscitar sim!” (médica, 31 anos, sete anos de formada, há um ano na rotina médica).

Apesar das ONR visarem evitar a futilidade terapêutica, sendo indicadas apenas quando há evidências claras de que não há benefício na ressuscitação cardiopulmonar, uma das dificuldades de implementar oficialmente essas medidas na rotina hospitalar é, além da falta de diálogo franco e esclarecedor com os familiares e /ou pacientes (quando possível) sobre os riscos e benefícios desse procedimento, também a necessidade de estabelecer para cada caso, os limites entre o que é ético e o que é desproporcional. Em outras palavras, o conceito de futilidade terapêutica, se torna o maior empecilho, já que o significado dele varia drasticamente entre os médicos^{28,74}. Apesar disso, ela é uma prática relativamente comum nas UTIs, assim como a eutanásia passiva¹⁸.

A eutanásia passiva é entendida quando a morte ocorre por omissão em se iniciar uma ação médica que garantiria a sobrevivência do paciente¹⁷. Trata-se da morte por omissão de medidas indispensáveis para salvar a vida. Para alguns autores⁵⁹, do ponto de vista moral, não é relevante se se põe fim a uma vida por ação ou omissão. Mas parece ser mais fácil para o médico intensivista não oferecer uma terapêutica específica do que retirá-la, daí a frequência deste tipo de conduta:

“Às vezes eu tenho dúvidas se o paciente ainda é viável ou não, e aí quando eu tenho dúvidas, eu não retiro nada (...)” (médico, 37 anos, 13 anos de formado, há cinco anos na rotina médica).

“A eutanásia ativa eu nunca fiz não, mas a passiva... muitas vezes, talvez dezenas de vezes!” (médico, 41 anos, 16 anos de formado, há 10 anos na rotina médica).

Parece claro que os profissionais da UTI envolvidos na assistência aos pacientes criticamente enfermos expressam dificuldades em estabelecer com precisão a melhor conduta a ser seguida. E que o confronto com questões que podem ir desde os critérios de admissão de um paciente com prognóstico reservado até a percepção de uma evolução indesejável, com avaliação de que os limites terapêuticos foram ultrapassados geram angústias, ambivalências e incertezas³⁶.

“Às vezes, você investir ou não naquele paciente que não tem mais vida de relação, que está em estado vegetativo persistente ³ e que reinfecta..., é uma decisão difícil. Se eu fecho os olhos e não faço nada... eu posso fazer isso? Sou eu quem decido? E se eu continuo fazendo e na verdade acabo postergando aquele estado deplorável, isso também não é ético e eu me recrimino também, me angustio...” (médico, 38 anos, cinco anos de formado, há um ano exercendo na rotina médica).

A dificuldade em decidir e principalmente em decidir solitariamente, na maioria das vezes, coloca o profissional médico numa encruzilhada onde ele não se sente apto totalmente para intervir evitando a distanásia, mas por outro lado, também sabe que prolongando um processo de morrer sofrido para o paciente, realiza um procedimento não ético e que também lhe causa mal estar. Há, portanto, uma ambivalência de sentimentos que colocam o profissional frente a um impasse onde só uma coisa é certa: a angústia.

“Eu posso decidir a hora desse paciente ir embora? (...) Aqui um colega fala: ah eu não posso, o outro diz: ah, eu posso. Estas questões me mobilizam muito. Se eu faço, me angustia e se não faço, também!” (médico, 38 anos, cinco anos de formado, há um ano na rotina médica).

³ O estado vegetativo pode ser diagnosticado de acordo com os seguintes critérios: 1) nenhuma evidência de consciência de si mesmo ou do meio e uma total incapacidade de interagir com os outros; 2) nenhuma evidência de respostas comportamentais sustentadas, reproduzíveis, propositais ou voluntárias a estímulos visuais, auditivos, táteis ou nocivos; 3) nenhuma evidência de compreensão ou expressão verbal; 4) estado de acordar intermitente, manifestado pela presença de ciclos de dormir-acordar; 5) suficiente preservação das funções do hipotálamo e do tronco cerebral para permitir a sobrevivência com cuidados médicos e de enfermagem; 6) incontinência fecal e vesical; e 7) preservação variável de reflexos dos nervos cranianos (pupilar, oculocefálico, corneal, vestibulo-ocular e de engasgo) e espinais (Kipper, DJ & Piva, JP; 1998).

Praticar a distanásia é algo que o profissional não deseja e, ao mesmo tempo, não ver alcançado o seu objetivo, que é “salvar o paciente” também o mobiliza internamente. Como o médico se sente ao decidir? Como expressa seus sentimentos nestas situações? Percebemos que em alguns casos, o médico pode acirrar suas defesas e adotar uma postura fria e distante em relação ao paciente ou à família:

“Eu não fico pensando muito não... Eu não sei se por mecanismo de defesa, eu jogo tudo isso no meu subconsciente e isso me torna mais frio ou não sei... Às vezes eu esqueço, esqueço do paciente, mas tem casos e casos. Tem casos que ficam marcados”. (médico, 38 anos, cinco anos de formado, há um ano na rotina médica)

“A família na maioria das vezes não aceita perder, ela quer o familiar dela de volta de qualquer jeito. E eles passam isso para gente... aí eu até me afasto, entendeu? Porque é uma carga muito pesada”. (médica, 31 anos, sete anos de formada, há um ano e oito meses na rotina médica)

A angústia médica também parece estar relacionada ao sentimento de impotência diante de uma situação que é irreversível ou que não evolui como o esperado. É quando o médico, mesmo dispondo de todo um arsenal para salvar vidas, não consegue ser o “herói” e, em contrapartida, assume sem querer uma posição inversa da desejável:

“Nem sempre acontece como está escrito nos livros, e você se questiona: onde eu errei? Será que se eu tivesse feito outra coisa, poderia não ter chegado nisso? Poderia não ter sido o condutor do sofrimento alheio?” (médico, 38 anos, cinco anos de formado, há um ano na rotina médica).

E nas situações onde o paciente não responde, o que fazer?

Ainda não há um amparo legal ou diretriz consensual no código de ética médica que norteie as decisões médicas nestes casos específicos, ficando o profissional muito voltado aos seus próprios critérios ou interpretações do que seria um tratamento fútil, optando por compartilhar ou não com familiares e/ou equipe.

“Dizer como agir? Não tem não... é de cada um mesmo” (médico, 38 anos, 13 anos de formado, há um ano na rotina médica).

A ausência de índices prognósticos atuais de acurácia e valor preditivo suficientes para definir condutas na UTI é apontada, em estudos sobre o comportamento do médico intensivista brasileiro, como uma dificuldade importante que tornaria as escolhas por vezes, um caminho solitário e penoso para o intensivista ou equipe⁷³. Em contrapartida, não se pode afirmar que algum dia essa ausência será totalmente preenchida por algo que norteie tão clara e objetivamente o profissional, sem margem de dúvida. O que se pode afirmar é que cada caso é um caso e que as discussões, questionamentos e reflexões em grupo dariam mais suporte e diretrizes na tomada de decisão do que protocolos, rotinas e índices prognósticos.

Em situações onde os protocolos não se encaixam e na falta de outro modelo que não seja o acadêmico, de novos paradigmas e opções de agir, o médico pode se defender, repetindo o que lhe é mais familiar ou optando pelo que aprendeu na graduação. Assim, acaba assumindo uma tendência de temer o novo, porque, se tiver que agir de outro jeito, parece que se desestrutura, não fica seguro e é isso que angustia e traz sofrimento também.

Além disso, tais dificuldades ainda são pouco compartilhadas e discutidas entre o meio médico, representando também pouca possibilidade de aprendizado e superação.

“Parece que o mais importante aqui é resolver problemas, apagar incêndio o tempo inteiro (...) e a gente acaba não discutindo o filosófico que está por trás destas questões. O que a gente está realmente fazendo e por quê? (...)”. (médica, 31 anos, sete anos de formada, há um ano e oito meses na rotina médica)

A nova tendência da educação e prática médica em priorizar a bandeira da “medicina baseada em evidências” é discutida por autores^{25,75,76} que apontam várias controvérsias. Uma delas é o fato de se buscar fundamentar uma estratégia de ação ou estabelecer como paradigma, somente critérios clínico-epidemiológicos e estatísticos. Não se trata de desmerecer a utilização destes critérios que, se bem aplicados, podem de fato auxiliar a prática clínica, mas tais dados epidemiológicos referem-se a populações, não a casos específicos²⁵.

Além do mais, o conhecimento científico está em franca evolução e definir “evidência” em medicina não é o bastante para oferecer a esperada segurança, pois os caminhos da medicina clínica são contingentes e falíveis, não havendo na sua prática, “verdades verdadeiras”⁷⁶. Uma eventual certeza estatística não passaria, a rigor, de uma

boa probabilidade, havendo sempre uma margem de erro associada. Esse ponto é evidenciado na fala dos sujeitos:

“(...) Porque cada caso é um caso, eu tenho consciência disso... tem que se pensar vários fatores..., então não há uma decisão, uma única diretriz, um protocolo de como agir nestes casos. Você vai decidir baseado em um montão de coisas (...)” (médico, 39 anos, nove anos de formado, há um ano na rotina médica).

E o que seria esse “montão de coisas”?

Uma vez que existe uma realidade complexa envolvendo as condutas médicas no fim da vida e o uso excessivo e inapropriado de tecnologia^{5,6}, é difícil para o médico responsável pela rotina ter que decidir por determinada terapêutica sozinho. Sendo assim, é possível compartilhar as dúvidas com o familiar do paciente e /ou equipe de trabalho? Isso ajuda ou atrapalha? Como o médico norteia suas decisões?

4.2. “Vestindo a armadura para conversar”

A pesquisa mostrou que o compartilhamento das dúvidas com os familiares dos pacientes e/ou demais profissionais de equipe quase não ocorre, ou é pouco comum, pois dependem das circunstâncias de cada caso, habilidade e disponibilidade interna do médico em abordar tais aspectos e se expor à família do paciente ou ao colega de equipe.

Um grande dificultador da inclusão do familiar no processo de tomada de decisões é a percepção que o médico tem dele como sendo um verdadeiro “inimigo” ou, no mínimo oponente.

“Às vezes você ir ter com a família parece um embate e não uma relação. É essa a verdade... parece que precisamos vestir a armadura para conversar...”.
(médica, 31 anos, sete anos de formada, há um ano e oito meses na rotina médica).

“O contato com as famílias é o mais difícil para mim. Explicar para eles que morrer é uma possibilidade para, por exemplo, um paciente que tem nove

patologias... ah!, eles queriam me bater quando eu falei isso!” (médica, 31 anos, sete anos de formada, há um ano e oito meses na rotina médica).

A dificuldade ou resistência da família em aceitar o quadro clínico do paciente aliada a pouca disposição do médico ou inabilidade em abordar esse assunto, leva o profissional quase sempre, a decidir sozinho por manter a terapêutica adotada mesmo sem resultados positivos, para evitar possíveis confrontos na relação:

“Tem familiar que não quer ouvir certas coisas, então eu não falo. Eu vou muito por aquilo que eles querem ouvir. Eu não tiro a esperança de ninguém (...), digo que nós vamos trabalhar até o final. Isso, às vezes não é muito verdadeiro não, mas é o que a gente passa para família”. (médico, 38 anos, cinco anos de formado, há um ano na rotina médica)

“Eu converso com a família, tento mostrar que a situação é grave, que a gente tem uma limitação de qualidade de vida intensa, que as chances daquela pessoa são muito pequenas, mas se a família não entende desse jeito, a gente trata mais para evitar problemas, inclusive legal”. (médico, 38 anos, 13 anos de formado, há um ano na rotina)

Muitas vezes o grau de investimento ou qualidade da relação que o familiar estabelece com o paciente é percebida pelo médico, e utilizada como norteador das ações que serão tomadas, apesar do caráter arriscado de tal interpretação:

“Eu tenho uma máxima que me guia: se eu vejo no contexto da família, algo preparado para dar um pouquinho de conforto e dignidade para aquele doente após a saída do CTI, a minha tendência é investir, mesmo que seja um velhinho sem vida de relação nenhuma, sem expectativa nenhuma. Se for uma família ausente ou que eu percebo, e muitos deles deixam isso bem claro, que para aquele familiar, o paciente é um estorvo, é um atraso de vida e que a minha intervenção só vai jogá-lo de volta a um quadro de sofrimento e exclusão, eu deixo ele ir embora”. (médico, 41 anos, 16 anos de formado, há 10 anos na rotina médica)

“(...) então o cara tem 10 escaras pelo corpo, pesa 30 quilos, os bracinhos estão totalmente atrofiados, (...) e ele pega uma pneumonia. Primeiro dia de visita, não vem ninguém, segundo dia não vem ninguém, terceiro dia chega uma senhora e diz assim: ah, doutor, ele é muito velhinho né? (...). Eu digo que estou pensando em dar alta para o quarto amanhã e pergunto se ela tem alguém que possa ficar com ele. Ela me diz não. Acabou, está fechado na minha cabeça, mais uma intercorrência grave e eu deixo ele ir embora. Quem vai me dar a resposta se isso está certo ou não?” (médico, 40 anos, 15 anos de formado, há 11 na rotina médica)

Aspectos da vida do paciente e interação familiar são, portanto, considerados pelo médico no processo de tomada de decisão, mas na verdade, eles são usados sem que se inclua verdadeiramente a posição da família. Faz-se uma abordagem velada, onde há uma espécie de sondagem do pensamento e desejo do familiar que acaba contribuindo para a ação do médico, mas que ocorre de uma forma não explícita para o familiar e de certa forma, até defensiva para o médico. Se a exposição pode trazer mais problemas para ele, é preferível não envolver mais ninguém no processo, apesar da dificuldade em decidir sozinho:

“Às vezes você se expor parece para o familiar que você é imperito, que você não sabe, entendeu? E isso é uma coisa que faz com que o médico se torne cada vez mais defensivo, e aí ele não expõe suas dúvidas. Porque muitas famílias, eu não sei se todas, quando vêm que o médico está em dúvida sobre algum aspecto do tratamento, parece que elas mesmas se tornam inseguras em relação à pessoa do médico. Então, isso [compartilhar as dúvidas] é uma coisa que eu não faço, com certeza por isso” (médico, 38 anos, cinco de formado, há um ano na rotina médica).

Não podemos esquecer que a família de um paciente internado na UTI já sofre pela separação de seu ente querido, pela ansiedade em relação à doença e ao que possa acontecer em virtude da pouca informação médica e, em geral, pouco contato (horário de visita limitado). Por isso, o familiar precisa ter a oportunidade de falar do quadro clínico do paciente, de seus medos, de suas fantasias sobre a morte e evolução da doença, expressando seus sentimentos em qualquer situação de internação e tratamento de pacientes recuperáveis ou não. A literatura mostra que o contato com a equipe de

forma clara, com informações acessíveis e ponderadas, diminui muito a angústia provocada nos familiares³³ e é essa angústia que também sobrecarrega o médico.

Parece que o profissional de saúde precisa exercitar mais o seu contato com o familiar para perceber que, na maioria das vezes, ele pode tornar-se seu aliado no processo de tratamento e não seu “inimigo”, além de se tornar mais bem preparado para o que possa vir a ocorrer, se for esclarecido quanto a isso. Essa percepção apareceu no relato de um dos sujeitos:

“Geralmente eu não sou arredio com o familiar, não. (...) eu sou assim porque foi a melhor forma que eu encontrei para trabalhar. Sempre que eu fugi deles, eles vieram muito mais a mim e me tomaram muito mais tempo. Quando eu comecei a me aproximar deles e me antecipar a eles com as prováveis dúvidas, eles me deixaram em paz” (médico, 41 anos, 16 anos de formado, há 10 anos na rotina médica)

Tomar decisões envolvendo o fim da vida é um momento único, crítico e absolutamente individual para o paciente (quando este pode participar), para o médico e para sua família.⁵ Sendo assim, todos os agentes são fundamentais para o processo de tomada de decisões. Mas para além da competência técnica e habilidade para manusear tecnologia avançada e traçar condutas adequadas, o médico da UTI precisa indiscutivelmente de capacidades de interação, comunicação e recursos internos para enfrentar os conflitos do trabalho, o que nem sempre ocorre:

“Essa parte de lidar com o familiar é a mais complexa. Porque a capacidade técnica, isso você lê nos livros. O relacionamento médico-paciente, médico-família... isso não está escrito em nenhum livro. É uma construção nossa, e às vezes eu não sei como me colocar entendeu?” (médico, 37 anos, 13 anos de formado, há cinco anos na rotina médica)

A inabilidade ou receio para abordar o familiar também se deve à formação acadêmica dos profissionais de saúde que não os prepara para lidar com situações de sua prática envolvendo relações humanas:

“Olha, eu acho que na verdade, a gente não foi preparado na faculdade para lidar com essas questões, para lidar com a morte, para lidar com a angústia da família...”
(médica, 31 anos, sete anos de formada, há um ano e oito meses como rotina médica).

Este aspecto da formação médica será discutido melhor mais adiante.

Quanto a compartilhar as dúvidas com os demais profissionais de equipe, os médicos também se expõem pouco. As discussões, quando ocorrem, se dão entre um médico menos experiente e um mais experiente. Ainda assim, há médicos que preferem decidir sozinhos, pois em sua concepção, as interferências dos familiares ou mesmo da equipe não podem ajudar numa tomada de decisão que só cabe ao médico, e é de responsabilidade dele.

“Olha, quer queira ou não, é o médico o detentor da responsabilidade, tanto se der certo como se der errado também, entendeu? E aí vai dividir esta angústia com quem? (...) No fundo, a responsabilidade é sempre nossa”. (médico 38 anos, cinco anos de formada, há um ano na rotina médica)

Nesta situação também entra um aspecto legal e jurídico: a quem pertence o paciente? Na visão dos entrevistados a responsabilidade maior é do médico, apesar de todos poderem responder legalmente por seus atos com o paciente. Mas a responsabilidade pelo tratamento global do doente é sentida ainda de sobremaneira por este profissional. Portanto, ouvir determinados colegas, para os entrevistados, não muda muito esta realidade e também não os motiva a compartilharem as dúvidas e possíveis decisões.

“Às vezes as decisões nem sempre são certas, mas elas têm que serem tomadas. Tem que ter uma pessoa que defina, mesmo que outras não concordem (...) porque quem vai assumir isso depois? Somos nós não é? A responsabilidade infelizmente é nossa, ninguém vai querer assumir” (médico 38 anos, cinco anos de formada, há um ano na rotina médica)

A percepção do médico de sua posição frente à organização de trabalho em saúde, de acordo com o modelo clássico hegemônico da medicina, contribui para que este profissional ainda assuma integralmente a responsabilidade por tudo que houver com o paciente. Mas se continuarmos delegando somente ao médico as decisões sobre a

condução de um paciente grave nestas condições, o conflito referente *até onde intervir* nunca se resolverá totalmente ou será amenizado porque, para isso é preciso a participação de vários segmentos. A voz do médico pode ser uma dentre outras, mas não precisa ser a única.

Para compartilhar decisões e expor dúvidas em momentos delicados na UTI é preciso também um ambiente propício às trocas e relações de confiança, além de respeito mútuo e integração das equipes. A dependência desses aspectos para o sucesso de um tratamento já se mostrou evidente pela literatura usada no decorrer deste trabalho. Mas a complexidade da tarefa de integrar saberes e práticas num mesmo ambiente e sob um mesmo objeto de intervenção - o paciente - ainda se mostra um desafio para os profissionais da UTI⁷⁸. A seguir alguns relatos que corroboram com esta afirmação:

“(...) eu sei que tem que ter um contato próximo com a enfermagem, principalmente com a enfermeira plantonista do setor, para tentar traçar o que vai ser feito naquele dia com os pacientes. Mas isso, às vezes é muito difícil. As relações interpessoais eu acho que são as mais complicadas no trabalho” (médica, 31 anos, sete anos de formada, há um ano e oito meses como rotina médica).

“Trabalhar em equipe não é mole não, você viver num ambiente que já é estressante e trabalhoso como a UTI, e com pessoas adversárias ou que não te ajudam... isso torna a situação praticamente inviável!” (médico, 37 anos, 13 anos de formado, há cinco anos na rotina médica).

Os “rounds” poderiam ser espaços oportunos de diálogo e troca de experiências entre os profissionais, para diminuir as diferenças e fomentar vínculos, mas muitas vezes estão presentes no organograma da unidade sem funcionarem na prática como deveriam. Em outras palavras, além de não se constituírem como uma atividade efetiva da rotina de trabalho da UTI, muitas vezes não comportam um representante de cada categoria profissional, o que facilitaria o exercício das trocas pessoais e valorização do trabalho do outro.

Muito freqüentemente também comete-se o erro de não fazer participar o restante da equipe de saúde, especialmente a enfermagem, das discussões e tomada de decisões envolvendo pacientes sem possibilidades terapêuticas⁵. Isso pode trazer desconfortos, desconfianças e problemas para toda a equipe, acirrando críticas e

juízos precipitados. Se para o médico já é difícil tomar as decisões num curto espaço de tempo e sem uma estrutura formal de apoio, não ser compreendido pela equipe e muitas vezes julgado previamente pelas condutas adotadas é mais um fator de desânimo e distanciamento.

O relato de uma médica expressa muito bem as implicações iatrogênicas da falta de comunicação da equipe médica com a enfermagem que trabalha à beira do leito:

“Teve uma situação que foi assim: eu estava de plantão no D e nós tínhamos lá dois pacientes com neoplasia avançada, sem proposta pela oncologia. Então, eles já estavam assim (...) entubados, sedados... já havíamos ido além da proposta da oncologia. E havia um outro doente, que era um paciente de trinta e poucos anos, um TCE⁴ grave, mas que era um paciente super viável. E nesse dia morreram os dois pacientes fora de possibilidade, da oncologia. Parou o primeiro, e eu falei: não, não vamos ressuscitar. Aí, logo em seguida parou o outro, e eu falei novamente: não, não vou ressuscitar. Eles correram para o carrinho de parada e eu novamente falei que não ia ressuscitar. Aí, virou uma técnica [de enfermagem] para mim, brincando, mas falou: e aquele ali, se ele parar a senhora também não vai ressuscitar? Era o TCE grave. É claro que aquele eu ia ressuscitar!, mas senti um tom irônico, como se dissesse: não quer trabalhar hoje não, minha filha?” (médica, 31 anos, sete anos de formada, há um ano e oito meses como rotina médica).

Muitas vezes, as críticas e comentários dos outros profissionais da equipe em relação à conduta do colega referem-se também ao desconhecimento do que motivou tal decisão. Além da não inclusão de alguns profissionais no processo de tomada de decisões, os médicos também não lhes comunicam do porquê de estarem adotando tais condutas. Esse “esquecimento” e falta de cuidado com o colega de equipe, faz com que, em muitas situações estes se sintam desconsiderados em suas tarefas assistenciais dentro da UTI. Isso porque mesmo que o médico já tenha decidido não investir mais em determinado paciente, a enfermagem, por exemplo, não tem essa opção. A sua rotina de cuidados como banho, higiene, medicação e mudança de decúbito, por exemplo, continuam, independentes da evolução clínica e é frustrante perceber que o médico “desiste” de um paciente no qual eles ainda ofertam tantos cuidados.

⁴ Traumatismo Crânio Encefálico.

4.3 “Deixando o paciente ir”

Culturalmente, os profissionais de saúde, principalmente os médicos, são impelidos a transpor os limites entre oferecer uma terapia benéfica ou maléfica para o paciente, também por considerar a morte algo que deva ser evitado a todo custo, pois sua ocorrência é entendida como um fracasso²⁵. Não só a formação médica contribui para isso, mas a própria visão da morte nos dias de hoje como sendo algo impensável e a ser evitado a qualquer custo, faz com que os profissionais de saúde que lidam com ela em suas rotinas tenham suas atividades valorizadas socialmente.

Sendo assim, apesar da morte representar a angústia de finitude humana²⁶, desperta também um certo fascínio relacionado ao poder de curar e vencê-la, mesmo que momentaneamente. E é esse fascínio que o profissional médico parece sentir quando se dedica tão arduamente a esta atividade.

“O que me atrai na Terapia Intensiva é o difícil, o complicado de fazer... que é desafiar a morte (...). Isso é o que o intensivista procura. Talvez ele não aceite a morte p/ si, não aceite p/ os outros, então procura ficar perto dela..., no CTI”
(médico, 39 anos, nove anos de formado, há um ano na rotina médica)

“(...) eu gosto da tecnologia, eu gosto da gravidade..., além disso, tem a questão do poder que está implícito (...). A questão da vida e morte na tua mão (...), eu não tenho dúvida que isso dá um pouco de prazer...” (médico, 38 anos, 13 anos de formado, há um ano na rotina médica)

Na Terapia Intensiva, o fascínio está no desafio e na sensação de poder implícita no manuseio de um paciente grave e na possibilidade antes inimaginável de reverter determinados quadros clínicos através do domínio de tecnologia específica. Parece ser essa a principal motivação para o médico exercer tal especialidade. Uma motivação intimamente relacionada com o desejo (consciente ou não) de enfrentar a morte e vivenciar uma sensação de poder.

É como se a escolha do médico em se especializar em cuidados intensivos correspondesse a uma fantasia mágica de deter a morte, “pois por mais que racionalmente se saiba que a morte é inerente à condição humana, existe um desejo inconsciente de poder controlar a saúde e curar todos os males de modo onipotente”.⁵⁰ Em contrapartida, esse contexto muitas vezes caracterizável pelo contato direto com o

sofrimento, também instaura no exercício do médico um alto grau de compromisso e responsabilidade para com o enfermo⁴⁵. Sendo assim, a responsabilidade pela recuperação do paciente ou por “sua morte”, além da permanente necessidade de decidir nos momentos cruciais são elementos-chave de uma rede interligada geradora de angústia para o médico⁶⁴.

Na UTI, o intensivista, ao mesmo tempo em que se motiva com a sensação de “poder” intrínseca a sua atividade de trabalho, também manifesta angústia diante das implicações emocionais desse mesmo “poder”:

“Será que só cabe a mim decidir a hora desse paciente ir embora?(...) é uma espécie de poder de Deus que a gente não tem, não pode ter... mas na verdade têm! Isso, me angustia! (médico, 38 anos, cinco de formado, há um ano na rotina médica)

O poder intrínseco a prática médica na UTI também relaciona-se a satisfação pelo domínio de tecnologia restrito a esta especialidade. Em poucos setores do hospital tem-se a possibilidade de realizar tantos procedimentos invasivos e cirúrgicos como com o paciente da UTI:

“(...) na Terapia intensiva, como as alterações são muito dinâmicas no paciente, você pode realizar vários procedimentos (...), e isso é um desafio extremamente estimulante à inteligência, ao estudo, à pesquisa, enfim... ao empenho do médico” (médico, 40 anos, 15 anos de formado, há 11 anos na rotina médica).

As razões para a trajetória acadêmica do profissional até a especialidade de Medicina Intensiva parecem ficar claras já durante a realização dos primeiros estágios:

“Todo mundo diz na faculdade: você tem que fazer um estágio em Emergência ou Terapia Intensiva. Porquê? Porque pra você ser médico (...) tem que saber lidar com o paciente grave, agudo. Se não fizer esses setores, fica um pouco despreparado” (médico, 38 anos, cinco anos de formado, há um ano na rotina médica)

Na pesquisa, constatou-se que todos os intensivistas vinham de outra especialidade, ou tinham propósito de seguir uma especialidade diferente da que atuam

hoje, mas durante a formação acadêmica, e através de experiências curriculares, essas expectativas iniciais foram dando lugar à certeza de que o preparo de um médico intensivista é bem melhor em comparação a de um médico de outra especialidade. Isso vem revelar a existência de uma certa hierarquia de valores dentro da mesma profissão médica, o que pode fazer com que muitos estudantes se aventurem em estágios e experiências profissionais futuras nesta área para alcançar um prestígio maior, ou se sentirem “médicos melhores”:

“Estou na Terapia intensiva pelo desafio de tratar o paciente grave e para vencer medos internos. No futuro quero ser médica de família, não tenho muito perfil de intensivista não, mas o médico da UTI está mais habilitado para realizar procedimentos invasivos do que os demais médicos. Sente-se mais seguro e autoconfiante, e é isso que eu busco no momento” (relato de uma médica plantonista de 25 anos, recém-formada, durante observação participante).

Um fator importante de análise sobre as dificuldades de atuação médica frente a tomada de decisões na UTI, diz respeito também ao tempo de formado e ao nível de maturidade profissional e pessoal dos médicos atuantes na área.

“Ainda é muito difícil para mim deixar um paciente ir e ter que dar uma notícia de óbito. Eu sempre fico esperando uma reação ruim do familiar e de certa forma me sinto um pouco “culpada”, não sei lidar com essa situação” (médica plantonista, 1 ano de formada).

Parece que quanto menos tempo de formado e experiência profissional ou de vida o indivíduo tem, é mais difícil não ver a morte como um “fracasso pessoal”.

“Ao meu ver, para exercer a medicina é preciso ter maturidade pessoal e não só competência técnica. Eu percebo colegas meus totalmente imaturos e sem experiência de vida, tratando de assuntos que envolvem múltiplos aspectos, não só de um tratamento, mas da vida...” (médico plantonista, 10 anos de formado, durante observação participante).

O reconhecimento das “limitações da medicina” e que nem sempre se pode fazer tudo pelo paciente, pois depende-se de uma complexa infra-estrutura em saúde, aparece na pesquisa contrapondo-se de certa forma, à motivação dos mais novos em exercer a especialidade para “poder dar a vida novamente ao paciente”.

“Existe uma fantasia de que a medicina pode tudo! Isso na verdade é marketing para vender plano de saúde. Na verdade, a medicina pode bem pouco..., e a gente tem que entender que se morre, se vive e que se tem um tempo de vida... não adianta tentar prolongar o que Deus criou” (médico, 39 anos, nove anos de formado, há um ano na rotina médica).

Pode-se perceber que a formação acadêmica exerce um importante papel na manutenção de posturas negativas deste profissional em relação aos processos da morte e do morrer. A formação ética do profissional de saúde, deficiente não só no tocante a terminalidade, mas também em relações humanas, tem reflexos claros na prática médica^{21,25}. Os cursos de graduação não os preparam para o exercício da medicina ou áreas afins, não levando em conta a complexidade e pluralidade presente na rica dimensão da arte de tratar e cuidar de pessoas:

“Eu acho que, na verdade, nós não fomos preparados durante a faculdade para lidar com a morte..., a gente no fundo se vê como um perdedor quando ela acontece (...). Para você descobrir que não é isso... tem que ler, estudar... e às vezes não dá tempo” (médica, 31 anos, sete anos de formada, há um ano e oito meses na rotina médica)

A consciência das lacunas na formação acadêmica e da pouca valorização de disciplinas voltadas à reflexão e discussão de aspectos subjetivos do tratamento, como a Psicologia Médica, demonstra a necessidade de “estabelecer um exercício contínuo de reflexão durante a graduação da função médica. Uma função calcada não só na racionalidade anátomo-clínica, mas numa série de valores que atravessam a prática médica.”⁷⁹

“Na faculdade eu era praticamente a única a gostar da disciplina de Psicologia Médica. Todos achavam besteira e nada essencial para nosso aprendizado. Eu era até discriminada por participar mais das aulas e revelar sentimentos meus

relacionados com as atividades práticas, (...). Parece que esse tipo de comportamento não era compatível com o dos médicos renomados que queríamos ser” (médica plantonista, um ano de formada, durante observação participante).

Não é a toa que a ênfase maior no ensino da técnica do que o lidar com relações humanas faz com que os possíveis sentimentos de raiva, frustração, culpa ou impotência acabem, na maioria das vezes, sendo negados, racionalizados ou projetados⁵².

Diante destas evidências, estudos²⁵ retratam a importância de se analisar a formação profissional sob a perspectiva de uma educação moral que permeie em todos os níveis a educação formal. Assim, os profissionais de saúde numa perspectiva de integração interdisciplinar só estariam aptos ao exercício profissional quando conseguissem alcançar uma competência de avaliação sociomoral para situações de ordem ética presentes no seu cotidiano de trabalho. Para isso, a proposta de elaborar um currículo bioético formal e estruturado que pudesse dar conta dessas lacunas, apresenta-se hoje como importante desafio aos educadores. Pois, o que percebemos é que os estudantes tornam-se profissionais cada vez menos capazes de avaliar eticamente sua atividade, “o que trás conseqüências não só para eles mesmos, como também para quem estão tratando”²⁵.

A formação médica precisa ser revista, mas o ambiente de trabalho e a organização do trabalho hospitalar em setores como o da UTI também precisa de análise e cuidado para que o exercício prático da profissão médica possa ganhar condições mais favoráveis ao trabalho envolvendo situações ética ou moralmente conflituosas. Sendo assim...

4.4. “O sonho de todo rotina é...”

O que poderia facilitar o trabalho do médico de rotina da UTI, no tocante a tomada de decisão envolvendo o paciente crítico? Que aspectos da organização de trabalho deste setor poderiam ser transformados para minimizar o desgaste deste profissional?

Quando se trata de pacientes graves, cuja intervenção precisa ser imediata e complexa, nem sempre dependendo da ação de um único profissional, a organização do trabalho exerce um importante papel.

São mais comuns do que se imagina, tanto no setor privado quanto no setor público, deficiências de estrutura, de apoio e falhas de comunicação e organização entre as equipes de saúde, que podem causar prejuízo ao tratamento dos pacientes em muitos níveis. E um desses níveis pode ser o das decisões médicas envolvendo os pacientes irrecuperáveis.

Na ótica de alguns sujeitos, através da construção de um “modelo integrado de auxílio à tomada de decisões”, as dificuldades oriundas da prática médica na UTI poderiam ser melhor enfrentadas ou até minimizadas pelo interesse em dialogar, compartilhar idéias e buscar soluções conjuntas:

“Eu acho que deveria haver uma comissão..., seria uma comissão em que participassem médicos e psicólogos, uma comissão de ética que atuasse na prática... (...), para discutir isso com a família, a questão da morte para o paciente e buscar a melhor saída, eleger a melhor conduta” (médico, 41 anos, 16 anos de formado, há 10 anos na rotina médica)

Mas quando se trata de realmente unir esforços e interesses em criar esses novos espaços, a motivação parece que dá lugar ao desânimo e descrença na atuação e funcionamento de tais modelos na prática:

“Olha, operacionalmente decidir em conjunto é muito difícil. Porque você precisa de tempo, espaço físico e até dinheiro para investir num modelo assim, investir nesse ideal. Então não é o caso de nenhuma instituição hoje” (médico, 40 anos, 15 anos de formado, há 11 anos na rotina médica)

A criação de espaços formais dentro da organização e rotina de trabalho da UTI, onde possam ser discutidos aspectos morais envolvendo condutas médicas e processos de decisão, inclusive com a participação dos familiares, parece ser uma estratégia bem quista por uns, mas desacreditada por outros que não conseguem visualizar essa metodologia acontecendo na prática e realidade de trabalho diárias.

O imediatismo das intervenções médicas na UTI e a rapidez do ritmo de trabalho podem também condicionar o profissional a decidir sem pensar e acostamá-lo a traçar condutas num menor tempo hábil possível, o que lhe traria dificuldades no sentido de despender mais tempo para refletir ou buscar ajuda para tomada de decisões. Além do

que, ouvir um maior número de pessoas também significa maiores probabilidades de confronto com opiniões diversas e até contrárias para se obter um consenso⁷⁴.

A pesquisa revelou que a função de médico de rotina possui diferenças, em relação à do médico plantonista, que colocam aquele profissional mais propenso ao desgaste, não só em virtude de um contato maior com os familiares e profissionais das outras equipes diariamente, mas também com aspectos estruturais deficientes presentes na organização de trabalho.

“O médico rotina é o que conhece melhor o paciente (...), não é como o plantonista que vê tudo num único dia. O plantonista (...) acaba o plantão dele de 24 horas, esquece tudo e vai embora (...). Ele não vive aquela angústia de saber o que não deu certo, o que está faltando fazer..., o que pensa a família. Enquanto que o rotina vive esse stress de todos os dias” (médico 38 anos, cinco de formado, há um ano na rotina médica)

A função de integrar os diferentes serviços e profissionais da equipe a fim de garantir a continuidade dos tratamentos, além da necessidade de desenvolver habilidades interpessoais e de boa comunicação, necessárias no trato com familiares, são considerados os aspectos mais difíceis da função do médico de rotina:

“(...) Tem uma questão barra pesada que é a interação com o familiar. (...) você precisa desenvolver a habilidade de saber o que cada um espera, quais são os anseios, as maiores dificuldades e responder a isso (...). Não é uma questão técnica da medicina, (...), mas se você não se relaciona com a família, a vida do médico que já é difícil, fica pior!” (médico, 39 anos, nove anos de formado, há um ano na rotina médica)

Não devemos desconsiderar que a função de rotina na unidade é algo almejado pela maioria dos médicos plantonistas. Todos os médicos de rotina da pesquisa começaram como plantonistas. Então, apesar das dificuldades e “stress” maior creditados aos “rotinas”, essa função ainda é muito desejada. É como se passar de médico plantonista para rotina fosse uma “subida de posto” entre os intensivistas, com a oportunidade de exercer características de liderança e supervisão. Com o decorrer do tempo, no entanto, esse aparente “status” dá lugar a insatisfação e cansaço:

“(...) o sonho de todo plantonista é virar rotina, mas eu digo a você que o do Rotina é sair do CTI e não precisar mais disso (...)” (médico, 38 anos, cinco de formado, há um ano na rotina médica)

É fato que o intensivista trabalha com extremos e há um ônus e uma glória na atividade que realiza. O ônus representa o desgaste não só físico, mas emocional e a glória representa o poder de salvar vidas, revertendo quadros antes irreversíveis. Num linguajar senso comum, diria-se que todo trabalho tem seus prós e contras. Só que neste caso, parece que ambos estão intimamente ligados e inter-dependentes. Um extremo não pode se sustentar sem o outro, ou seja, “sem o desgaste não há atividade heróica, e o heroísmo implica necessariamente em desgaste”⁹.

Um outro aspecto bastante citado nas entrevistas, relacionado à organização de trabalho, é o desgaste oriundo das condições de infra-estrutura e suporte de outras clínicas ao trabalho do médico no setor:

“Por ser uma especialidade que depende muito de serviços de suporte, de outros especialistas que não estão presentes na unidade necessariamente, a nossa dificuldade é agilizar a ação dos outros que também dão suporte aos pacientes. A infra-estrutura não tem a mesma velocidade de demanda que uma UTI precisa... há uma diferença, um abismo gigante entre o tempo que as demandas devem ser atendidas e o tempo em que o hospital é capaz de atender a elas realmente” (médico, 40 anos, 15 anos de formado, há 11 anos na rotina médica).

As falhas de comunicação entre os profissionais e diferentes equipes de trabalho na UTI também são apontadas como fator relevante para acentuar as dificuldades oriundas do trabalho neste setor:

“A perda de informação na UTI é um aspecto do trabalho sem dúvida importante. (...) quando eu consigo alcançar uma determinada informação sobre um caso, muita coisa já se perdeu..., é difícil! Essa dificuldade de comunicação acontece também, na maioria das vezes, por falta de registro no prontuário, porque o volume de informações verbais é enorme, ter que agregar tudo isso..., a coisa se perde... Sem dúvida nenhuma se perde”. (médico 41 anos, 16 anos de formado, há 10 anos na rotina médica)

A organização de trabalho na UTI é muito complexa, como já abordamos no capítulo 01. Todavia, a necessidade de integração e comunicação eficaz entre as diversas especialidades no tratamento do paciente ainda encontra-se aquém do esperado, bem como a sintonia entre as demandas do paciente e rapidez de atendimento destas demandas pelos diferentes serviços de apoio à UTI. A frustração do médico diante da impossibilidade de realização em tempo hábil de certos exames dos quais depende a melhora do quadro clínico do paciente ou a melhor condução deste, certamente desperta angústia e sofrimento no profissional.

As exigências cada vez maiores dos planos de saúde fazem com que o trabalho médico seja também um trabalho em parte burocrático. O profissional, muitas vezes, perde grande parte do seu tempo justificando pedidos de exames e medicações, preenchendo formulários, o que diminui o espaço de tempo destinado aos cuidados com o paciente.

“(...) se a gente fosse se preocupar só com o ser médico, seria mais fácil. Mas a gente tem que ser médico e ainda administrar umas questões, pelo menos aqui dentro, com o convênio... se agente pudesse deixar um pouco a burocracia de lado, eu acho que facilitaria. Daria mais tempo, mais calma para ver a situação toda” (médica, 31 anos, sete anos de formada, há dois anos na rotina médica)

Dependendo do grau de deficiência na infra-estrutura e nas condições de trabalho da UTI, os profissionais, não só os médicos, podem vivenciar experiências desmotivadoras que os impedem de obter maior satisfação com o trabalho. A relação da atividade de trabalho com o bem-estar é bastante percebida por eles:

“Eu me preservo muito pouco, me exponho muito, durmo pouco, perco o sono e fico bem espoliado. Eu tenho a sensação de que estou muito mais cansado do que estava antes. (...) se comparar com a vida que eu tinha de plantonista, eu tinha uma vida muito mais calma! É bem mais complicado ser rotina..., por essas dificuldades... pelas respostas que você tem que dar a família, respostas que você tem que dar ao doente, as dificuldades administrativas... e ainda ter que ser o líder!” (médico, 39 anos, nove anos de formado, há um ano na rotina médica)

Segundo Palácios, o sofrimento psíquico dos trabalhadores parece estar relacionado com a sua capacidade em intervir nesta organização, com a falta de significação das tarefas que realiza, com o isolamento que lhe é imposto pela própria organização de trabalho e com a atividade que por ventura não é sentida como de sua expressão”⁶⁴. Sabemos que para conseguir maior satisfação no trabalho, é preciso o trabalhador interferir em sua organização. E na organização de trabalho hospitalar, como em qualquer organização social, há “brechas” na divisão e execução do trabalho que podem ser objetos de “acordos”, dos mais cotidianos aos mais permanentes entre o empregador e os contratados, se houver interesse e disposição. Ainda que haja uma ordem de dominação e subordinação na organização de trabalho em saúde, esta abriga uma tensão conflitiva entre seus agentes⁴², o que permite as transformações. Mas estarão os sujeitos trabalhadores da UTI realmente interessados em mudanças ou em criar condições para que elas ocorram?

“O ideal é que toda decisão fosse múltipla, ou seja, que ninguém tomasse decisões sozinho. (...) que se incluísse a família, a sociedade... mas talvez esse ideal seja inviável. Não é decidir juntos simplesmente. É todo trabalho de análise passar por uma espécie de “retrabalho”, como se fosse um mecanismo de checagem... você toma as decisões e alguém refaz sua decisão. Isso diminuiria a possibilidade de erro, entendeu? Mas financeiramente é inviável”
(médico, 40 anos, 15 anos de formado, há 11 anos na rotina médica)

Quando há oportunidade de falar num contato direto com a Direção, não se consegue a organização e afinidades necessárias da equipe médica para pleitear ações realmente transformadoras neste aspecto da organização de trabalho. O que pare ser mais fácil de reivindicar e importante ainda são as mudanças ao nível de infra-estrutura dos serviços e não os aspectos mais complexos envolvendo a atuação médica na UTI.

No geral, as discussões envolvendo aspectos éticos e morais do trabalho ocorrem de forma informal, entre alguns “rotinas” que sentem tirar proveito desta prática. Ainda predominam as decisões solitárias permeadas por julgamentos próprios, valores pessoais e circunstâncias específicas.

As perspectivas profissionais futuras desta categoria também foram estudadas no sentido de se saber se havia desejo, por parte dos entrevistados, de permanecer nessa atividade por muito mais tempo e quais fatores os motivam a isso. A maioria dos entrevistados deseja permanecer na UTI, mas condiciona a permanência à

transformações de aspectos organizacionais de estrutura e de suporte, bem como a readequações de exigências internas:

“Eu imagino que devo me aposentar na Terapia Intensiva, mas espero que as condições de trabalho fiquem mais simples... aí, é possível. (...) O que não dá é bater córner e depois correr para cabecear... aí, não dá. Se além das dificuldades da especialidade, ainda houver necessidade de solucionar problemas de infra-estrutura... é mais difícil” (médico, 40 anos, 15 anos de formado, há 11 anos na rotina médica)

“(...) lógico que eu não vou puncionar cinco veias por dia, passar três sonwgangs, entubar cinco doentes quando eu tiver 58, 60 anos de idade! Não vai dar..., mas eu posso ensinar para aquele garotão que está começando (...)” (médico, 41 anos, 16 anos de formado, há 10 anos na rotina médica)

A percepção da especialidade como se houvesse uma vida útil para o entrevistado também é bem freqüente entre os entrevistados:

Não sei... Eu não consigo pensar muito em futuro... Eu acho que a vida de CTI não é muito longa, tem um tempo para viver isto aqui. É muito desgastante para você viver isso toda vida (...) (médico, 38 anos, cinco de formado, há um ano na rotina médica)

As motivações para entrar na Terapia Intensiva – o poder de dominar tecnologia avançada e tratar do paciente grave - parecem se tornar a mesma para repensar a própria permanência na especialidade com o decorrer dos anos. Os problemas de infra-estrutura e de suporte para realização desta atividade que demanda apoio contínuo de vários técnicos e serviços interligados vão desgastando o profissional de forma significativa. O fascínio pelo domínio de tecnologia presente na UTI e intervenção no paciente grave, ao mesmo tempo em que proporcionaram satisfação e prazer em realizar tarefas que podiam salvar vidas e “driblar a morte”, acabaram por cobrar um preço muito alto à saúde física e mental do médico que se dedica a esta atividade por muitos anos.

A pesquisa mostrou também que as dificuldades de trabalho, de infra-estrutura, organização e integração entre os profissionais da UTI não são conhecidas pela maioria das pessoas, bem como as limitações existentes na Terapia Intensiva e na prática médica

como um todo. Tal fato só vem agregar dificuldades no manejo de um paciente grave pela equipe médica.

“(...) em determinado momento criaram-se as UTIs (...). Agora, a população está crescendo, há muitas doenças degenerativas (...) e aí fica a falsa impressão de que existe uma chance de imortalidade e que esta porta para a imortalidade é o CTI. Não existe divulgação na mídia em geral de que não é assim, de que as pessoas morrem e de que se precisa diferenciar o tratamento útil daquele que é fútil. As pessoas não estão acostumadas a discutir e entender os limites da medicina. Parece que todos vão viver eternamente se a gente fizer o certo! Se fizer o errado, as pessoas vão morrer, e não é isso... Não é isso, né?” (médica, 31 anos sete anos de formada, há um ano e oito meses na rotina médica).

Com certeza, não.

Considerações finais

A Medicina de Cuidados Intensivos levanta uma série de dilemas que ainda estão longe de uma solução satisfatória em termos de decidir quando aplicar ou não um determinado tratamento. As questões relacionadas às formas de intervir, ou abster-se de intervir, levam os profissionais de saúde da UTI a dúvidas, angústias ou até mesmo desgaste emocional que, aliados a aspectos da organização de trabalho, podem produzir desmotivação e/ou insatisfação.

A necessidade de tomar decisões rápidas, levando em conta a gravidade e singularidade que caracteriza cada situação clínica, faz da medicina uma prática impregnada de valores que requerem escolha de metas e ações. Estes valores envolvem a relação entre os profissionais de saúde, o paciente, a família e a sociedade. Por isso, discutir as questões morais e éticas referentes a condutas médicas no âmbito das UTIs se mostra fundamental para prestarmos uma assistência adequada ao paciente criticamente enfermo.

Sabemos que o objetivo da medicina nem sempre é curar, mas cuidar do paciente. E que ela tem grandes poderes, mas não poderes ilimitados. A Medicina Intensiva com toda sua especialização tecnológica e de recursos humanos também tem limites, e é necessário que os profissionais de saúde que ali trabalham se dêem conta disso, que estejam preparados para fazer reflexões com todos os envolvidos no processo de tomada de decisão, já que o aprimoramento e utilização da tecnologia na saúde não só produziu reflexos na expectativa de vida da população como também lançou um leque de questões: a medicina é necessariamente inimiga do envelhecimento e da morte? A doença, o adoecer – e o morrer - nunca deveriam ser aceitos?

Pensando nisso, o que parece ser mais difícil no processo decisório do médico intensivista é ter que escolher sozinho, na maioria das vezes, sobre algo tão complexo relacionado a sua atividade profissional. Isso acontece por diversos fatores: (a) porque não há um modelo formal dentro da organização de trabalho que possibilite ou facilite o compartilhar das decisões; (b) porque os próprios profissionais não sabem, não conseguem ou até mesmo não desejam incluir os familiares ou demais profissionais da equipe no processo de decisão devido à dificuldades de comunicação e relacionamento interpessoal; (c) as lacunas existentes na formação médica que não preparam os profissionais para lidar com aspectos subjetivos da prática clínica ou com situações moralmente conflituosas, deixando-os defendidos para um modelo de atuação diferente que possa incluir uma maior aproximação com familiares ou demais colegas de equipe e

por último (d) a ausência de legislação suficiente até o momento que ampare e proteja melhor o médico.

Um outro aspecto que torna as escolhas no âmbito da UTI angustiantes para este profissional é a constatação de que as ações médicas envolvem múltiplos aspectos e facetas, sendo um processo complexo. A total certeza de acerto na escolha de uma terapêutica nunca ocorrerá 100% para o profissional, porque a medicina é feita de incertezas. Considerar que as dúvidas são inerentes à atividade médica, e que aprender a lidar e conviver com elas faz parte do processo de amadurecimento profissional, pode ajudar os intensivistas a admiti-las com mais serenidade e menos angústia, e a compartilhá-las, já que se trata de algo intrínseco a atividade de trabalho.

Trabalhar em equipe e lidar com as famílias dos pacientes da UTI parece ser um dos pontos mais importantes de desgaste para o profissional médico, exatamente porque não há “rotinas” de como acessar determinado grupo familiar de uma forma mais produtiva ou conseguir o apoio de determinado membro da equipe. Não há protocolos de orientação sobre como alcançar a integração necessária entre os diferentes grupos profissionais na UTI. Por isso, convém o quanto antes, construir novas formas de relação entre as diferentes especialidades e membros da equipe, bem como buscar novos caminhos de acesso aos familiares.

A ausência ou insuficiência de espaços internos formais de discussão dos aspectos morais presentes nas práticas médicas da UTI contribui também para que o profissional não construa ferramentas que lhe dêem respaldo emocional ou maior segurança para tomada de decisões. O nível de maturidade profissional, experiência de vida e as lacunas na formação acadêmica destes profissionais influenciam significativamente as condutas e estão relacionadas a esta discussão.

Não só durante a pesquisa, mas em minha vivência profissional pude perceber o quanto alguns médicos (com maior frequência os recém-formados) se encontravam despreparados emocionalmente para lidar com determinadas situações. Isso só vem reforçar que capacidade para dialogar, ceder, ouvir, tratar o paciente sem a necessidade de tantas defesas são posturas que levam tempo para serem desenvolvidas em alguns profissionais e sua ausência pode representar impasses na relação com o outro. É preciso urgentemente, como enfatizam os estudiosos da Educação Médica, uma análise detalhada de possíveis novos paradigmas que norteiem as ações médicas neste contexto, bem como as esperadas discussões no meio acadêmico que rumem para uma prática em saúde mais ética e humana.

Percebe-se que cada médico tem seus valores e convicções próprias a respeito do paciente sem possibilidades terapêuticas, de acordo com aspectos pessoais, éticos, morais e até religiosos e definir o que seria um paciente ainda viável de outro não viável gera dúvidas e até opiniões divergentes. Mas, se o profissional se mostrar realmente interessado em investigar ou conhecer um pouco melhor o contexto social, a dinâmica familiar e o que a família pensa da conduta a ser adotada em determinados casos, pode reunir mais subsídios para decidir o que fazer, em parceria com a família ou equipe.

Agora, se o profissional ignorar tais aspectos ou não der a devida importância a eles, ou ainda não encontrar habilidades interpessoais necessárias para envolver a família no processo decisório, acabará enveredando pelo caminho mais fácil: a prática da distanásia.

Mas por quê é tão difícil instituir atividades de discussão em equipe envolvendo aspectos do trabalho que efetivamente façam parte da rotina de funcionamento da unidade? Alguns entrevistados referem a própria dinâmica de trabalho e falta de tempo como aspecto impeditivo, mas percebe-se por outro lado que, sair de um mecanicismo rotineiro de ações e condutas já internalizadas e bem ou mal confortáveis para eles, e adentrar numa seara desconhecida de discussões e reflexões sob diferentes pontos de vista, não representa um atrativo tão consistente assim para uma possível reivindicação destes espaços.

Por isso, a problemática que envolve discussões e ponderações sobre aspectos morais e éticos presentes nas escolhas médicas deve fazer parte de um processo contínuo de reavaliação e revalidação não só por parte da comunidade médica, mas principalmente pela própria equipe da UTI, para o alcance de um tratamento mais digno dispensado ao paciente. Para isso, é necessária a construção, o quanto antes, desses espaços dentro do ambiente de trabalho da UTI que funcionem de forma efetiva e institucionalizada.

Espero através deste estudo ter levantado algumas discussões que possam ser continuamente desenvolvidas a fim de contribuir para uma maior compreensão das situações da prática médica na UTI que se apresentam como dilemas. Os aspectos da organização de trabalho relacionados a estas situações podem interferir positivamente ou não no processo decisório do intensivista e merecem contínua atenção para minimizarmos as implicações emocionais destes profissionais e garantirmos seu bem estar no trabalho.

Referências bibliográficas

1. Siqueira JE. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. *Bioética* 2005; 13(2): 37-49.
2. Orlando J, Moock M. História: o início da terapia intensiva no Brasil e a trajetória da AMIB. In: David CM (editor). *Medicina Intensiva*. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2004. p. 1-7.
3. Koch KA. A linguagem da morte: Euthanatos et mors. *Clínicas de Terapia Intensiva* 1996; 1(1): 1-13.
4. Kipper D, Piva J. Dilemas éticos e legais em pacientes criticamente doentes. *Jornal de Pediatria* 1998; Rio de Janeiro, 74 (4): 261-2.
5. Kipper D. O Problema das Decisões Médicas Envolvendo o Fim da Vida e Propostas para nossa Realidade. *Bioética* 1999; 7: 59-70.
6. Moritz R. Decisões Difíceis em UTI. *Ver Brás Terap Inten* 1999; 11 (1):3-4.
7. Pessini, L. *Distanásia: Até quando Prolongar a Vida?* São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo/ Loyola; 2001.
8. Anjos MF. A terminalidade da vida. *Bioética* 2005; 13 (1): 78-89.
9. Menezes RA. *Difíceis decisões: etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
10. Médico já pode parar de tratar paciente terminal. *Jornal O Globo* 2006 Nov 11; p 15.
11. Schramm F, Escosteguy C. *Bioética e Avaliação Tecnológica em Saúde*. *Cad. Saúde Pública* Dez 2000; 16 (4): 951-961.
12. Schramm FR. Paradigma biotecnocientífico e paradigma bioético. In: Oda. LM.. *Biosafety of transgenic organisms in human health products*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1996:109-127.
13. Mori M. A Bioética: sua natureza e história. *Humanidades* 1994; 9:333-41.
14. Goldim JR. *Bioética e Interdisciplinariedade*. *Educação, Subjetividade e poder* 1997; 4:24-28.
15. Kottow M. *Introducción a la Bioética*. Santiago: Editora Universitária; 1995.
16. Berlinger G. *Ética da Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996. (importância do estudo da ética)
17. Siqueira B, Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciênc. Saúde coletiva* 2004; 9 (1): 31-41.
18. Singer, P. *Ética Prática*. São Paulo: Ed. Martins Fontes; 1998.

19. Garrafa V. “Até onde avançar, sem agredir”. In: Ferreira C, Garrafa V, Oselka G. Conselho Federal de Medicina (CFM). Rio de Janeiro, 1998. p 99-110.
20. Maliandi, R. Ética: conceptos y problemas. Tercera edición. Buenos Aires: Biblos; 2004.
21. Schramm FR. Contribuições da Bioética e da comunicação à educação médica. Rev. Brás. Educação Médica 2001; 25 (2): 15-23.
22. Rego S, Palácios M, Schramm FR. Competência bioética do profissional na assistência materno-infantil. In: Schramm FR & Braz M. (orgs). Bioética e saúde novos tempos para mulheres e crianças? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp-81-104.
23. Cortina A, Martinez E. Ética. São Paulo: Loyola; 2005.
24. Stanford Encyclopedia of Philosophy. *The Concept of Moral Dilemmas*. [Disponível em: <http://plato.stanford.edu/entries/moral-dilemmas>].
25. Rego, S. A Formação Ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
26. Freud S. Nossa atitude para com a morte. In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, volXIV. Rio de Janeiro: Ed. Imago; 1996.
27. Batista SR. O Médico diante da Morte: perspectivas de discussão ética com base na filosofia de Kant. Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis 2001; 3 (1): 16-22.
28. Kovács. Bioética nas Questões da Vida e da Morte. Psicol.USP 2003; 14(2):115-167.
29. Junior MM, Faria MD. Humanização na UTI Pediátrica. In: AMIB. Humanização em Cuidados Intensivos. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
30. Pregolato AP, Agostinho V. O psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva-adulto. In: Baptista M, Dias R. Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara; 2003.
31. Magalhães AM, Othero J. Terminalidade na UTI: aspectos assistenciais cotemporâneos. In: AMIB. Humanização em Cuidados Intensivos. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
32. Hudson LD. Design for the intensive care unit from a monitoring point of view. Respir Care 1985; 30:549.
33. Novacz FR, Souza RP. “Fatores estressores em UTI”. In: Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Humanização em Cuidados Intensivos. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
34. David, CD. Humanização em ambientes médicos. In: Baptista M, Dias R. Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara; 2003.

35. Franco, GR. A Unidade de Terapia Intensiva: Um Estudo sobre a Comunicação entre Profissionais e Pacientes [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 1999.
36. Pessini L, Drane J. Bioética, Medicina e Tecnologia: Desafios Éticos na Fronteira do Conhecimento Humano. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/ Loyola; 2005.
37. Machado, MH. Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro; 1996.
38. Rego S, Palácios, M. A organização do trabalho hospitalar e a formação dos estudantes de medicina nas emergências. *Saúde em Debate* 1996; 50:90.
39. Guanaes A, Filgueiras N. Ergonomia na UCI. In: AMIB. Humanização em Cuidados Intensivos. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
40. Romano BW. Potencialidade dos locais físicos do hospital em desencadear reações psíquicas. In: O psicólogo clínico em hospitais no Brasil [tese de Doutorado]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 1997.
41. Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1982.
42. Deslandes SF. Frágeis Deuses: profissionais de emergências entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.43.
43. Shutz R, Johnson AC. Administração de hospitais. São Paulo: Pioneira; 1990.
44. Machado MH. Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
45. Siqueira-Batista & Siqueira-Batista. De como filosofar é aprender a morrer. O pensamento de Michel de Montaigne como pressuposto na discussão sobre a morte e o processo de morrer na prática médica. *Cadernos de Saúde Coletiva* 2002. 10 (1): 9-18.
46. Scharamm FR. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2002; 48 (1): 17-20.
47. Rego S, Palácios M. A finitude humana e a saúde pública. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2006; 22 (8):1755-1760.
48. Hoffmann, L. A morte na infância e sua representação para o médico – reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. *Cad. Saúde Pública* 1993; 9 (3): 364-374.
49. Áries P. História da morte no ocidente. Lisboa: Teorema; 1975.72.
50. Rocco RP. “Relação estudante de medicina-paciente”. In: Filho JM. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p 45-55.

51. Porter R. Das tripas coração. Uma breve história da medicina. Rio de Janeiro: Record; 2004.
52. Zaidhaft S. Morte e formação médica. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990.
53. Kovács M J. (Coord.). Morte e Desenvolvimento Humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.
54. kovács MJ. Educação para a morte - desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP; 2003.
55. Moritz, R. A morte e o morrer nas unidades de terapia intensiva. In: David C M, editor. Medicina Intensiva. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2004. p.68-78.
56. Oliveira RA. Terminalidade da vida em situação de morte encefálica e na doença incurável em fase terminal. Bioética 2005; 13 (2): 77-89.
57. Pessini, L. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. Bioética 2004; 12 (1): 39-60.
58. Moritz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. Bioética 2005; 13 (2): 51-63.
59. Horta M. Eutanásia – Problemas Éticos da Morte e do Morrer. Bioética, 1999; 7: 27-60.
60. Rosa CA. A morte e o ensino médico. Revista Brasileira de Educação Médica 1999; [capturado em 26 abr de 2006]; Disponível em: <http://www.educacaomedica.org.br>.
61. Dejours C. Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise das Relações Prazer, Sofrimento e Trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.
62. Dejours C. A Banalização da Injustiça Social. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas; 1999.
63. Dejours, C. A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez- Oboré; 1992.
64. Palácios, M. Trabalho Hospitalar e Saúde Mental: o caso de um hospital geral e público municipal do Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1993.
65. Pitta A. Hospital: Dor e Morte como Ofício. São Paulo: Hucitec; 1990.
66. Santos PR, Mattos UA. A Organização do Sistema de Saúde e do Trabalho Hospitalar. Desafios e Perspectivas do Mundo do Trabalho e da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Enfermagem Atual 2001; p 29-34.
67. Machado J, Correa M. Reflexões Sobre a Observação do Processo de Trabalho: introduzir o conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde. I Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento. Série Fiocruz. 2000; Eventos Científicos 2; p 92-99.

68. Seligmann SE. *Desgaste Mental no Trabalho Dominado*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ; 1994.
69. Silva CO. *Curar adoecendo: um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida [Dissertação de Mestrado]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1994.
70. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: forense Universitária; 2004:73.
72. 71. Chiattonne H, Sebastiane R. *A Ética na Saúde*. São Paulo: Pioneira, 1997.
72. Selye H. *Stress without Distree*. Dutton, nova York; 1997.
73. Moritz R, Dantas A, Matos J, Machado F. O comportamento do médico intensivista brasileiro diante de decisões de recusar ou suspender um tratamento. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 2001; 13 (13): 21-8.
74. Mota JA. Quando um Tratamento Torna-se fútil? *Bioética* 1999; 7: 35-39.
75. França, GV. Os riscos da medicina baseada em evidências. *Bioética* 2003; 11 (1): 23-32.
76. Gracia D. Medicina basada en la evidencia: aspectos éticos. *Bioética* 2000; 8 (1):79-87
77. Urban CA, Hoepers IM, Junior RA. Implicações Éticas das Ordens de Não Ressuscitar. *Rev. Assoc. Méd. Brás* 2001. São Paulo, 47 (3): 244-248.
78. Orlando JMC. *UTI muito além da técnica – a humanização e a arte do intensivismo*. São Paulo: Editora Atheneu; 2001.
79. Souza NA. Formação médica, racionalidade e experiência. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2001; 6(1):87-96.

Anexo 1
(Roteiro de entrevista)

Idade:

Tempo de atuação como rotina médica:

Exerce essa mesma função em outros lugares? Qual jornada?

1. Por que escolheu trabalhar em Terapia Intensiva? Fale um pouco de sua trajetória até aqui.
2. Você gosta do que faz? Quais os principais fatores que o motivam no trabalho?
3. Descreva as atividades que você desenvolve num dia de trabalho na UTI.
4. Como você define seu papel como rotina médica em relação ao plantonista?
5. Quais são as maiores dificuldades que você identifica no seu trabalho?
6. Você vive ou já viveu alguma situação de trabalho em que conflitos relacionados a suas condutas apareceram para você? Que situação, na sua percepção, se configura como dilema?
7. Como lida com estas situações?
8. Sente que em algumas situações de trabalho repercutem negativamente sob sua saúde psíquica?
9. Já sentiu-se criticado ou julgado por decisões que havia tomado nessas situações?
10. Suas decisões médicas, em algum momento, são ou foram compartilhadas com familiares ou equipe? Isso ajuda ou dificulta? Há espaços na UTI para isso?
11. Ao seu ver, o que na dinâmica de organização de trabalho na UTI poderia facilitar suas atividades ou minimizar as repercussões conseqüentes dessas decisões?
12. A direção da UTI, de alguma forma já tentou minimizar as dificuldades de trabalho na UTI para o profissional? Você foi chamado a opinar sobre isso?
10. Fale de suas perspectivas profissionais futuras.
11. Tem algo mais que gostaria de acrescentar?