

Responsabilidade no cuidar: do tempo que nos toca viver como enfermeiros/as intensivistas*

RESPONSIBILITY IN HEALTH CARE: REGARDING THE TIME WE LIVE AS INTENSIVE CARE NURSES

RESPONSABILIDAD EN EL CUIDAR: DEL TIEMPO QUE NOS TOCA VIVIR COMO ENFERMEROS/AS INTENSIVISTAS

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas¹, Flávia Regina Souza Ramos²

RESUMO

Investigação qualitativa, balizada na analítica foucaultiana, com ênfase na noção de governabilidade, constituiu como objetivos: analisar a articulação da tecnobiomedicina e bioética, como discursos da contemporaneidade implicados na produção da subjetividade do/a enfermeiro/a no contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI); e abordar a responsabilidade no cuidar como um dos desdobramentos estratégicos e tecnológicos de diferentes discursos, gerando determinados modos de conceber e intervir do sujeito enfermeiro/a na UTI. Nessa perspectiva, dos múltiplos vieses que poderiam emergir ao se fazer uma leitura crítica dos textos analisados e das entrevistas com os/as enfermeiros/as, a temática da responsabilidade do cuidar foi desdobrada em categorias que expressaram a responsabilidade diante das novas linguagens e da enfermagem como guardião de certos atributos da UTI.

DESCRITORES

Unidades de Terapia Intensiva
Bioética
Enfermagem
Cuidados de enfermagem

ABSTRACT

This qualitative investigation was supported by Foucault's analysis with emphasis on the notion of governability, and had the following objectives: to analyze the relationship between techno-biomedicine and bioethics as discourses of the contemporaneity implied in the production of nurses' subjectivity within the context of the Intensive Care Unit (ICU); and approach the responsibility implied in health care as one of the unfolding strategies of technology of speech of bioethics and biotechnology, creating certain forms of the nurse understanding and intervening in the Intensive Care Unit (ICU). From the perspective of the multiple ways that can emerge when analyzing a critical reading of analyzed texts and interviews with nurses, responsibility in health care was unfolded into categories that expressed the responsibility in front of new languages and of nursing as a guardian of certain attributes in the Intensive Care Unit (ICU).

DESCRIPTORS

Intensive Care Units
Bioethics
Nursing
Nursing care

RESUMEN

Investigación cualitativa, basada en la analítica foucaultiana, con énfasis en la noción de gobernabilidad, que objetivó: analizar la articulación de la tecnobiomedicina y bioética como discursos de la contemporaneidad implicados en la producción de subjetividades del enfermero/a en contexto de Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y abordar la responsabilidad del cuidar como uno de los desdoblamientos estratégicos y tecnológicos de diferentes discursos, generando determinados modos de concebir e intervenir en el sujeto enfermero/a en UTI. En tal perspectiva, de los múltiples puntos de vista que podrían emerger al efectuarse una lectura crítica de los textos analizados y las entrevistas con enfermeros/as, la temática de la responsabilidad en el cuidar fue desdoblada en categorías que expresan la responsabilidad ante los nuevos lenguajes y de la enfermería como guardiana de ciertos atributos de la UTI.

DESCRIPTORES

Unidad de Terapia Intensiva
Bioética
Enfermería
Atención de enfermería

* Extraído da tese "Bioética em discurso: efeitos sobre os processos de constituição do sujeito enfermeira/o na terapia intensiva", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2008. ¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Adjunta da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Membro do Grupo Práxis na Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva na Universidade do Vale do Rio dos Sinos e na Universidade Corporativa Hospital Mãe de Deus. Porto Alegre, RS, Brasil. maraav@unisinis.br ² Enfermeira. Pós-Doutora em Educação pela Universidade de Lisboa. Doutora em Filosofia em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora CNPq e Líder do Grupo Práxis. Florianópolis, SC, Brasil. flaviar@ccs.ufsc.br

INTRODUÇÃO

Um editorial de 1938⁽¹⁾, intitulado *Obrigações legais da enfermeira em relação ao médico e ao doente*, escrito 17 anos antes da primeira Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, explicitava que a enfermeira, se empregada de uma instituição, não era a principal responsável pelos seus atos e por sua conduta. Desse modo, médico e instituição empregadora eram sempre, também, responsabilizados em caso de alguma prática inadequada realizada pela enfermeira e com possíveis danos para o doente. Em 1985, artigo preconizava aos enfermeiros a necessidade de estudar e acompanhar a evolução dos conhecimentos científicos, para efetivamente assumir a responsabilidade inerente à titularidade de enfermeiro⁽²⁾. Em 2008, tempo em que vivemos, deparamo-nos com um discurso da Bio/ética articulado à enfermagem. Um tempo, uma articulação que diz, em diversos tons e formas, o que cabe a nós enfermeiros/as, que detalha medidas que elas/es devem utilizar para assegurar a sua responsabilidade no cuidar.

Responsabilidade, então, que tem um significado de obrigação, encargo, compromisso ou dever de satisfazer ou executar alguma coisa que se convencionou que deva ser satisfeita ou executada. A responsabilidade legal diz respeito ao cumprimento das cláusulas contidas na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem; a responsabilidade ética é entendida erroneamente como o cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), já que tem sido entendido que nenhum código de ética dá conta de abarcar todos os dilemas éticos vivenciados diante do acelerado desenvolvimento científico e tecnológico⁽²⁾. Aliás, a mudança do título, passando a chamar CEPE, em substituição a Código de Deontologia de Enfermagem, sinaliza uma tentativa de ampliar sua abrangência, em direção à atualidade, uma vez que a preocupação com a responsabilidade e deveres do/a enfermeiro/a, como membro de uma sociedade, é expressa ao longo de todo o texto⁽³⁾.

Justificamos a realização deste estudo, na medida em que entendemos que a responsabilidade nos coloca em um tempo de viver a enfermagem, atrelado aos valores e interesses de uma sociedade que privilegia o mercado da saúde e, em muitos momentos, esses valores e interesses nos conduzem a um paradoxo entre a responsabilidade de dever ser e a autonomia com capacidade de escolha – um exercício de autonomia está ligado ao conhecimento sobre determinado assunto e este se torna condição para a capacidade de escolha. Pode-se falar em conhecimento adequado quando existe a compreensão: da natureza da

ação, das conseqüências previsíveis e dos resultados possíveis da execução ou não da ação⁽⁴⁾.

Portanto, ao invés de produzir um apagamento da relação paradoxal entre a responsabilidade e a autonomia dos profissionais nas instituições de saúde, optamos por esmiuçar as múltiplas combinações de graus de autonomia e de responsabilidade. A idéia é qualificar o paradoxo, demonstrando que o profissional que trabalha em terapia intensiva ocupa um espaço de fronteira, um espaço que articula tangenciando um pouco mais ou um pouco menos, conforme o caso, o discurso bio/ético, o discurso legal, o discurso moral, o discurso científico e o discurso econômico e administrativo. Nesta perspectiva, desenvolvermos uma analítica foucaultiana, e nos detivemos na discussão sobre a tecnobiomedicina em sua articulação com a bio/ética e enfermagem em terapia intensiva, assinalando e mapeando alguns dos processos em que passou a ser intensificado, maximizado e aperfeiçoado um conjunto de práticas de governabilidade, que denominamos de responsabilidades no cuidar, que estão estabelecendo (para a/o enfermeira/o intensivista) maneiras de ser e de fazer.

...a responsabilidade nos coloca em um tempo de viver a enfermagem, atrelado aos valores e interesses de uma sociedade que privilegia o mercado da saúde e, em muitos momentos, esses valores e interesses nos conduzem a um paradoxo entre a responsabilidade de dever ser e a autonomia com capacidade de escolha...

OBJETIVOS

Analisar a articulação da tecnobiomedicina e bioética, como discursos da contemporaneidade implicados na produção da subjetividade do/a enfermeiro/a no contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Abordar a responsabilidade no cuidar como um dos desdobramentos estratégicos e tecnológicos de diferentes discursos, gerando determinados modos de conceber e intervir do sujeito enfermeiro/a na UTI.

REVISÃO DA LITERATURA

A questão da responsabilidade do cuidar será abordada, aqui, através das práticas de governabilidade, construídas nas relações que os/as enfermeiros/as estabelecem entre si, com as instituições de saúde e com os clientes e na relação com a profissão. A intenção é problematizar, produzir um estranhamento sobre um cotidiano que possa estar sendo percebido e valorizado como normal e, quem sabe, como inquestionável e permanente.

Atualizando o pensamento foucaultiano, apresentamos representantes da filosofia, do direito, da indústria da tecnobiomedicina, da teologia, das comissões de ética, das associações de classe, dos administradores de hospitais, da medicina e da própria enfermagem, como algumas das – do que passamos a denominar – autoridades patentes do discurso da bioética e da tecnobiomedicina. Consideramos autoridade patente o sujeito capaz de dizer e de fazer o que diz e o que faz, justamente, por operar

um discurso que incorpora outros discursos de diferentes campos de saber. É, pois, a eles que precisamos perguntar como devemos nos conduzir, e são eles que dizem, também, como devemos conduzir os demais sujeitos. Portanto, essas autoridades patentes se apresentam como capazes de governar os sujeitos, de governar os que governam os sujeitos e de constituir assim uma prática geral do governo: governo de si, governo dos outros. Ora, de que modo essas autoridades patentes, de que modo a bioética e a tecnobiomedicina articulam a necessidade de sua própria presença com a constituição, o desenvolvimento e a organização do indivíduo, da prática que eles fazem de si próprios na enfermagem em terapia intensiva? Que instrumentos eles propõem? Ou melhor, através de quais mediações institucionais pretende a bioética que as autoridades patentes, na sua existência, na sua prática, no seu discurso, nos conselhos que darão, permitam aos que os escutam fazer a prática de si mesmos, cuidar de si e alcançar aquilo que lhes é proposto como objeto e como meta, e que são eles próprios? Enfim: *como se estabelece, como se fixa e se define a relação entre o dizer-verdadeiro (a veridicção) e a prática do sujeito?*⁽⁵⁾

Nessa direção, Foucault, através da noção de governabilidade, faz valer a *liberdade* do sujeito, descobrindo a matéria da ética no epicentro de todas as relações sociais⁽⁵⁾. Nas sociedades governamentalizadas, o poder amplia-se porque se dirige a homens livres, que se percebem como indivíduos autônomos⁽⁶⁾. Logo, vai se exercendo o poder político cada vez mais por meio de alianças delicadas entre uma miríade de autoridades, sendo possível a agregação de realidades que vão das relações econômicas à conduta dos indivíduos. E esses indivíduos não são destinatários, mas intervenientes nos jogos e nas operações de poder. Assim, o poder tem menos necessidade de nos reprimir do que de administrar e de organizar nosso cotidiano.

Foucault, ao considerar o assunto do poder político, situando-o na questão mais geral da governabilidade – como campo estratégico de relações de poder móveis, transformáveis e reversíveis⁽⁶⁾ – não deixa de passar, teórica e praticamente, pelo âmbito de uma ética do sujeito definida pela relação de si para consigo. Isso significa que relações de poder/governabilidade/governo de si e dos outros/relação de si para consigo compõem uma trama, e que é em torno dessas noções que se pode articular a questão da política e a questão da ética.

Por sua vez, essa articulação é denominada de governabilidade da distância ética, como um *intervallum* entre as atividades que o sujeito exerce e o que o constitui como sujeito dessas atividades. Exigido pelo cuidado de si, esse *intervallum* promove um recuo em relação às atividades nas quais estamos empenhados, prosseguindo-as, todavia, para manter entre nós e nossas ações a distância para um necessário estado de vigilância. Sujeito ético jamais coincide perfeitamente com seu papel; esse sujeito exerce soberania sobre si mesmo e é isso que define a realidade tangível do poder político⁽⁵⁾.

Logo, o cuidado de si, longe de gerar a inatividade, faz-nos agir como convém, onde e quando convém. Longe de nos isolar da comunidade humana, aparece, ao contrário, como aquilo que nos articula a ela, já que a relação consigo mesmo deve permitir ao sujeito descobrir-se como membro de uma comunidade humana. O sujeito descoberto no cuidado de si é totalmente o contrário de um indivíduo isolado: é um cidadão do mundo. O cuidado de si é, pois, um princípio regulador da atividade, de nossa relação com o mundo e com os outros. Ele constitui a atividade, fornece sua medida e sua forma, e até mesmo a intensifica. Concluindo, a cultura de si deve ser concebida como uma maneira de manter a atividade política, civil, econômica e familiar nos limites e nas formas considerados convenientes. A cultura de si não é a alternativa à atividade política, é, sim, dela um elemento regulador⁽⁵⁾.

MÉTODO

Este artigo é parte de uma tese em que se analisou a articulação da tecnobiomedicina e bioética, enquanto discursos da contemporaneidade, implicados na produção da subjetividade do(a) enfermeiro(a) no contexto da UTI. O estudo foi desenvolvido em duas etapas: uma revisão da literatura e uma etapa empírica. Na revisão da literatura, o *corpus documental* foi composto por artigos publicados pela enfermagem brasileira, no período de 1984 a 2007. Incluímos como artigos a serem investigados, os publicados nos periódicos nacionais de enfermagem, que alcançaram, em qualquer ano entre 2000 e 2007, classificação A ou B Internacional pelo sistema Qualis (Revista Latino-Americana de Enfermagem; Revista Acta Paulista; Revista Texto & Contexto Enfermagem; Revista Escola de Enfermagem USP). Além destas, inserimos a REBEn, por ela configurar-se em um emblemático periódico para a Enfermagem brasileira, e a Revista O Mundo da Saúde, cientes de que muitos(as) enfermeiros(as) publicam em periódicos que privilegiam a discussão de temas atrelados à bioética. Delimitamos, nos respectivos periódicos, 113 artigos, por meio de uma busca manual e mais abrangente, temáticas que poderiam enriquecer a discussão acerca das questões da bioética e da UTI. Logo, além de orientar a busca pelos descritores bioética e UTI e enfermagem, ética e UTI, bioética e enfermagem, ampliamos, pois apesar de artigos não referenciarem explicitamente o termo *bioética*, os assuntos abordados reproduziam temas diretamente relacionados com a bioética e a ética. Dentre estes 113 artigos, delimitamos 27 artigos que nos possibilitaram tratar da questão da responsabilidade no cuidar do/a enfermeiro/a na UTI.

Na etapa empírica, efetivamos um estudo exploratório com abordagem qualitativa. A população constitui-se de 20 (vinte) enfermeiros (as) que trabalham em diferentes UTI, na Região Metropolitana de Porto Alegre. Para isso, realizamos entrevista semi-estruturada e gravada com um ou dois/duas enfermeiros(as) por instituição, com experiência mínima de 6 (seis) meses. Primeiramente, contata-

vámos por telefone e indagávamos sobre a possibilidade de responderem a uma entrevista. Em caso de aceite preliminar, agendávamos dia, horário e local, conforme a disponibilidade dos sujeitos. O projeto foi aprovado em Comitê de Ética (Parecer nº 186/07/CEP/UFSC) e os sujeitos manifestaram seu aceite por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução 196/96. E, responderam a duas questões norteadoras: 1) Descreva um dia de trabalho na UTI, no qual tenham acontecido situações positivas; 2) Descreva um dia de trabalho na UTI, no qual tenha acontecido uma ou mais situação percebida como ruim.

A perspectiva teórica e de análise utilizada neste estudo é balizada em Foucault e congrega os resultados das duas etapas (revisão da literatura e pesquisa empírica). Nesta direção, artigos e entrevistas foram aproximados através da narrativa de um determinado período histórico. Por um lado, as histórias que nos foram narradas através das entrevistas tornaram-se documentos produzidos na cultura através da linguagem, no encontro entre pesquisadora e sujeitos da pesquisa; documentos que adquiriram diversos significados ao serem analisados no contexto do referencial teórico, da época e da circunstância social e cultural. Por outro lado, os artigos, também enquanto narrativas, obedeceram ao exposto acima, mas, talvez, tenha mostrado de forma mais contundente um número de sujeitos autorizados, amparados pelo *status* institucional ou como especialistas que veiculam um discurso acadêmico, a falar de si e dos outros, a descrever e caracterizar os outros. Assim, principalmente com relação aos artigos, construir um panorama geral ajudou-nos a orientar a re-leitura dos textos, e possíveis alterações nos modos de realizar agrupamentos temáticos, dando-lhes significados a partir do referencial pensado para a análise. Enfim, operamos com as entrevistas e com os artigos como uma conexão entre discursos que se articulam, que se sobrepõem, que se somam ou, ainda, que diferem ou contemporizam.

RESULTADOS

Balizadas nos artigos selecionados e nas entrevistas com os/as enfermeiros/as, desdobramos a nossa analítica em *Responsabilidade diante dos novos discursos* e *Responsabilidade que mantém a enfermagem como guardiã de certos atributos da UTI*.

Convém explicitar que na seção intitulada *Responsabilidade diante dos novos discursos*, em particular, analisamos os artigos e não as entrevistas. E isso faz sentido aqui, já que os artigos é que nos possibilitaram visibilizar uma maior confluência de ditos e não-ditos por enfermeiros/as que escrevem e que agem, respectivamente, sobre si mesmos e sobre outros sujeitos enfermeiras/os. Além disso, a questão dos *novos* discursos poderia nos conduzir a selecionar muito mais artigos do que os 27 já escolhidos. Logo, o critério foi de que nesses artigos constassem um certo padrão de

regularidade discursiva quanto à expressão *responsabilidade na enfermagem* ou *responsabilidade no cuidar*.

DISCUSSÃO

Responsabilidade diante dos novos Discursos

As situações complexas que exigem tomada de decisão nas UTI reivindicam um/a enfermeiro/a preparado/a para o enfrentamento dos problemas éticos⁽⁷⁾. Nesse contexto, é reforçado o princípio de atendimento à clientela com o fornecimento de bens e serviços que promovam a sua máxima satisfação e o mínimo, senão a ausência total, de riscos e falhas que possam comprometer a qualidade e segurança desejada. É, pois, responsabilidade da/o enfermeira/o prevenir, detectar e atuar, por exemplo, precocemente às complicações, de forma imediata e eficaz. Enfim, para atender às transformações tecnológicas, sociais e econômicas, a/o enfermeira/o vem adquirindo responsabilidades que a/o têm, também, realocado como uma autoridade patente. E, a partir desse lugar, necessita operar com uma linguagem interdisciplinar.

Alguns dos artigos selecionados promovem um detalhamento da responsabilidade das enfermeiras, ou melhor, eles justificam a necessária e pertinente inserção da enfermeira em cada uma das possíveis etapas de toda uma estrutura organizada para o desenvolvimento do processo de captação, doação e transplante de órgãos. Balizam essa pertinente inserção através de enunciados do tipo: a enfermeira é o profissional que tem o perfil e as condições para fazer e participar ativamente das diferentes etapas do processo de doação, captação e transplante de órgãos⁽⁸⁾; as mulheres, por terem uma noção de moralidade diferente da maioria dos homens, percebem mais a responsabilidade para com os outros, a importância das relações e da solicitude⁽⁴⁾; há várias formas das/os enfermeiras/os humanizarem o processo de doação, captação e transplante de órgãos⁽⁹⁾.

Foram encontrados dois artigos que orientam enfermeiros/as a problematizarem alguns dos atuais discursos da saúde. Um deles⁽¹⁰⁾ evidencia a conduta de omissão dos/as enfermeiros/as nas informações ao paciente, isso é, essa enfermagem opera muito mais com os aspectos relacionados aos benefícios em detrimento dos riscos e das conseqüências do processo de transplante de órgãos. Focaliza, também, a questão do alto custo social e da tecnologia utilizada nos transplantes, evocando a necessidade de realização de trabalhos que procurassem avaliar os problemas encontrados. Nesse sentido, assevera que o exercício da profissão, dentro dos princípios ético-legais, deveria fazer o/a enfermeiro/a intensificar sua atitude de vigilância, participando com o cliente e a comunidade de discussão acerca de manipulações discretas de grupo corporativistas. Já, o outro artigo⁽¹¹⁾, aborda a associação da *qualidade total* com a ética, evidenciando o caráter ideológico da ética se considerada essa associação. Analisa que a possibilidade de concordância entre as palavras *qualidade* e *ética* é centrada em um tipo de discurso de

concepções idealistas, na medida em que a proposição de qualidade no país tem justificado, tanto no setor da educação quanto da saúde, ações excludentes, que privilegiam alguns poucos em detrimento de diversas maiorias. Finaliza argumentando em favor de um aprimoramento das reflexões constantes e atentas, já que atos ingênuos podem provocar resultados nocivos socialmente, nos quais as pessoas se envolvem em determinadas responsabilidades do seu trabalho, buscando a pretensa *qualidade total*, mas o que ocorre é mais uma vez um processo de condicionamento tão intenso que o sujeito só vive à busca da qualidade total da produção e do seu trabalho.

Em outro grupo de artigos, é reivindicado um discurso da humanização hospitalar como prerrogativa para a enfermagem *equilibrar* o pressuposto de que os atuais avanços tecnológicos da assistência hospitalar parecem estar mais associados a propostas de investimentos na estrutura física dos prédios e a outros processos que não, necessariamente, impliquem mudanças na cultura organizacional em prol da humanização do trabalho e do cuidado como expressão ética. Reportam-se à necessidade do CEPE estabelecer a responsabilização pela promoção desse cuidado humanizado.

Outra combinação de artigos explora a responsabilidade da enfermagem na equipe de cuidados paliativos e na sua adequada comunicação com os pacientes terminais, internados nas UTI ou em *hospices*. Um desses artigos⁽¹²⁾ reforça que na hora da morte é o momento em que devemos ser enfermeiras no sentido pleno, pois, é a hora da solidão, do abandono, onde toda a segurança na vida desaparece. Outro⁽¹³⁾ analisa o posicionamento omissivo dos/as enfermeiros/as em relação a informar o paciente sobre o prognóstico, fora de possibilidade terapêutica. Justifica essa omissão pelo sentimento de paternalismo, na medida em buscam de alguma forma proteger o paciente dessa maléfica informação.

Alguns dos artigos investigados são explícitos na orientação para que as/os enfermeiras/os busquem subsídios na bioética para minimizar posturas tão divergentes, e, com pouco ou nenhum embasamento científico para lidar com o problema em questão, apoiando-se apenas em experiências e valores pessoais.

Temos aí uma responsabilidade no cuidar traduzida a partir de uma articulação de *novos* discursos. Logo, pode-se reconhecer nos artigos uma articulação particular de discursos produzidos a partir das atuais demandas da sociedade (doação, captação e transplante de órgãos, terminalidade, cuidados paliativos, qualidade total, liderança e organização hospitalar) e, ao mesmo tempo, gerando outros discursos (dilemas éticos, práticas seguras, humanização hospitalar, qualidade total, terminalidade, cuidados paliativos, liderança e organização hospitalar). Ou seja, discursos produzidos a partir de demandas e que geram outras demandas ou as realocam. Por exemplo, o discurso da doação, captação e doação de órgãos articula discursos tecnobiomédicos, bio/éticos e legais, e, por sua vez, a sua

implantação como processo desencadeia a articulação de, no mínimo, mais um discurso, o discurso da humanização hospitalar. O próprio discurso bio/ético é efeito das demandas do discurso tecnobiomédico.

Se tomarmos o discurso da humanização, no contexto da terapia intensiva, pode-se sinalizar seu caráter ambíguo e problemático. Ou seja, a tecnobiomedicina quando intensificada tem sido utilizada como algo capaz de desumanizar o atendimento. Mas, lidar no cotidiano de uma UTI com uma intensificação da tecnologia implica desumanidade a partir de qual referente? Ou, ainda, a inviabilidade crescente de disponibilizar tecnologia posta a serviço da vida e da saúde, aos usuários do sistema público de saúde, também não deveria ser considerada uma forma importante de desumanização?⁽¹⁴⁾

A forma como Foucault discute o humanismo, que poderíamos tomar para discutir o caráter ambíguo e problemático do discurso da humanização, pode ser exemplar para mostrar tais articulações. Para o autor, o humanismo é um conjunto de temas que reapareceram em várias ocasiões através do tempo na sociedade; temas sempre ligados a julgamentos de valor e a um princípio crítico de diferenciação (um humanismo como crítica ao cristianismo; um humanismo hostil e crítico em relação à ciência; ou outro que, ao contrário, coloca sua esperança nessa mesma ciência). Logo,

não se deve concluir daí que tudo aquilo que se reivindicou como humanismo deva ser rejeitado, mas que a temática humanista é em si mesma muito maleável, muito diversa, muito inconsistente para servir de eixo à reflexão. E é verdade que, ao menos desde o século XVII, o que se chama de humanismo foi sempre obrigado a se apoiar em certas concepções do homem que são tomadas emprestadas da religião, das ciências, da política. O humanismo serve para colorir e justificar as concepções do homem às quais ele foi certamente obrigado a recorrer⁽¹⁵⁾.

Enfim, essa articulação nos faz ver que aquilo

que conhecemos e tomamos por unidade é, de fato, o resultado sempre provisório de uma conexão, historicamente situada, de muitos e diferentes discursos ou de alguns de seus elementos, uma rede tecida por e a partir de múltiplas correspondências, relações de poder, incongruências e conflitos⁽¹⁶⁾.

Assim, mapeamos articulações discursivas que colocam a responsabilidade do cuidar na pauta do dia, que por sua vez reflete em alguns dos modos de ser e de fazer enfermagem em terapia intensiva. Dito isso, deslocamos para a análise da responsabilidade que mantém a enfermagem como guardiã de certos atributos da UTI.

Responsabilidade que mantém a enfermagem como guardiã de certos atributos da UTI

Pode-se dizer que a enfermagem, assim como as demais áreas da saúde, é indispensável para uma dada sociedade?

De certa forma sim. A enfermagem empenha-se por questões de saúde que correspondem aos interesses daquele momento⁽¹⁷⁾. Ora por meio de um modo de cooperar historicamente atribuído às mulheres (através de algumas vertentes teóricas), que é um modo de responsabilizar-se e de cuidar do outro; ora através de uma ética caritativa, ligada ao sentimento religioso de compaixão e abnegação, pela qual o cliente é visto como dependente e submisso, reforçando o dever profissional. Também, por intermédio de uma ética filantrópica, mobilizada pelo Estado, para atender os necessitados e, em troca, este mesmo Estado determinar as condutas do sujeito, geralmente controlando as ações pelos agentes do cuidado⁽¹⁸⁾. Ainda, uma última opção mais sutil, por isso mais *compatível* ao modo de discutir a partir do conceito de governabilidade, na qual a enfermeira une: sensibilidade para responsabilizar-se por atender as necessidades humanas que dizem respeito às especificidades da enfermagem; responsabilização pela saúde e bem estar dos que estão sob seus cuidados; habilidades de comunicação com vistas a considerar o paciente como interlocutor válido; capacidade para promover a autonomia das pessoas⁽¹⁹⁾. De outro modo, enfermeiras/os são um grupo que, além de criar políticas e conhecimentos, ajuda o Estado a governar à distância, ou a sociedade à autogovernar-se. As/os enfermeiras/os percebem a si mesmas como responsáveis por organizar o ambiente de trabalho⁽²⁰⁾.

Nesse contexto, é evidenciado que a bioética vem se agregando à enfermagem, trazendo-lhe perspectivas no sentido de dar conta dos desafios decorrentes da junção ética e técnica. Buscam no princípalismo contribuições para a compreensão da importância de incentivar e proteger a autonomia do profissional e do paciente na prática dos cuidados, respeitando os limites da beneficência, não-maleficência e justiça. Já, através do enfoque do cuidado, visam promover a confiança e a mútua responsabilidade de uns pelos outros. Assim, a bioética é apresentada como uma ponte que pode interligar o cuidado-técnica com o cuidado-ética; integrando princípios e competência técnica, num clima de cuidado e responsabilização pelo outro. O prestador de cuidados caminha com a pessoa de quem cuida para promover sua saúde e lidar com seu sofrimento, numa dupla função: de perito e conselheiro; perito, pois, dispendo de diferentes saberes pessoais e profissionais, domina um quadro de competências que lhe permite recomendar as intervenções necessárias e vislumbrar as alternativas, aumentando o leque de caminhos possíveis; conselheiro, não por afoitamente distribuir conselhos e orientações, mas porque, dotado de um discurso verdadeiro, esclarece a pessoa sobre as oportunidades, os riscos e as dificuldades associadas a cada opção, fomentando uma escolha autônoma e contribuindo para a concretização da decisão tomada⁽¹⁹⁾.

Inferimos a partir dessas argumentações iniciais que a/o enfermeira/o constitui sua subjetividade, também, como guardião de certos atributos da UTI; guardião que recorre a diferentes recursos. Eis algumas situações vivenciadas por enfermeiros/as na prática assistencial:

Situações ruins são comuns e se traduzem de diversas formas: uma equipe de enfermagem que faz suas atividades de forma automática, sem pensar no indivíduo que está sob seus cuidados; essa mesma equipe que não lembra que faz parte de um grupo maior e que tem o seu papel de colaborador a ser desenvolvido; da equipe médica, que muitas vezes é descompromissada, não dando a atenção devida ao paciente e postergando o atendimento e a perda repentina de um paciente que vinha sob seus cuidados. Todas estas situações ocorrem quase que diariamente, em maior ou menor escala e, apesar das tentativas de revertê-las, elas se repetem (S2).

A enfermeira atualmente está muito envolvida com a responsabilidade das ações praticadas no paciente. Na nossa UTI, estávamos tentando implementar a rotina de instalação e verificação da PVC [Pressão Venosa Central] nos pacientes, com a cabeceira 30° ou 60°, já que há vários estudos sinalizando que este modo é mais adequado e seguro aos mesmos. A equipe médica estava dividida; mas uma médica e um dos médicos insistiam com a cabeceira reta. Olha, foi difícil a argumentação contrária, pois ambos têm uma boa representatividade nesta UTI. Mesmo assim, a enfermagem defendeu seu entendimento acerca da instalação de PVC e conseguiu alterar esta rotina (S11).

Vislumbramos nessas falas que as enfermeiras são guardiãs de um compromisso de cuidar do outro. Ou seja, na primeira fala, a enfermeira polícia o compromisso profissional dos demais integrantes da equipe de saúde, destacando, inclusive as *irresponsabilidades* dos demais integrantes e as possíveis conseqüências; na segunda fala, a enfermeira compromete-se, a partir de uma competência específica e técnica, em alterar modos de fazer enfermagem, desde que acredite que possa sustentar um discurso mais verdadeiro.

Em outras palavras, para destacarem as irresponsabilidades e sinalizarem as melhores práticas, sujeitos enfermeiros/as necessitam fazer de si mesmos o sujeito que diz a verdade. Seria, pois, uma subjetivação do discurso verdadeiro. Uma subjetivação que faz com que me torne o sujeito de enunciação do discurso verdadeiro⁽⁵⁾. Mas, de modo algum esse sujeito precisa dizer a verdade de si mesmo; ele necessita, sim, dizer a si mesmo o verdadeiro: ele precisa acreditar nesse verdadeiro.

Paradoxalmente, a partir do conceito de governabilidade, a conduta de guardião, de posse de um discurso verdadeiro, faz com que a/o enfermeira/o identifique, com *bastante* facilidade, situações de investimento e aplicação de recursos técnicos em pacientes com quadros clínicos adversos que não apresentam condições de recuperação, exames, procedimentos e outros tratamentos duvidosos. Mas, diante disso, o/a enfermeiro/a assume tanto uma postura questionadora com relação a determinados tratamentos duvidosos, como uma conduta de isentar-se da responsabilidade através do coletivo⁽²¹⁾. Esse aspecto, de certo modo, está traduzido na fala a seguir:

Um bom dia de trabalho na UTI é aquele em que o paciente que chegara com prognóstico reservado, tendo ficado em coma e hospitalizado por um longo período de tempo, obtém melhora clínica, recupera a consciência, interage com a equipe de forma positiva e recebe alta, indo para a unidade de internação, sendo grato pelo cuidado prestado durante a internação na UTI (S7).

O que nos chama a atenção nessa fala é justamente a peculiaridade quanto ao que uma sociedade (e nesta estão incluídos médicos/as, familiares, pacientes, enfermeiros/as e demais indivíduos e profissionais) espera de uma UTI. Ou seja, essa fala de modo algum é desapegada, desvinculada de um mundo que *venera* um ideal de saúde e espera por possibilidades de recuperação e de potencial de atendimento.

Sinceramente, eu acho *muito interessante* esta oscilação da autonomia do enfermeiro na UTI, conforme o turno de trabalho. Durante o dia ele deve fazer exclusivamente o que lhe compete enquanto enfermeiro, o que por sinal já lhe exige muita responsabilidade; nos plantões noturnos, este mesmo enfermeiro deve fazer e saber tudo e mais um pouco para, também, não necessitar chamar o plantonista médico. Não gostaria de ser injusto com alguns médicos bem responsáveis na sua atuação independente do turno de trabalho, mas há plantonistas que se forem chamados à noite para atender alguma situação com o paciente, saem dizendo que a enfermagem é muito dependente e não consegue resolver nada sozinha (S5).

Já, esta última fala nos remete a uma confusão de fronteiras entre a medicina e a enfermagem e entre o conceito de autonomia e o de responsabilidade, no contexto da UTI. Um dos resultados da mudança ocorrida em um ambiente que potencializa a utilização das atuais tecnologias médicas é que os conhecimentos da ciência e os princípios de medicina, que eram relativamente sem importância na enfermagem até alguns anos atrás, hoje, tornaram-se indispensáveis no processo de cuidar. Logo, na UTI, por vezes, é difícil dizer quais são as funções específicas e escritas, tanto do médico como da/o enfermeira/o. É quase impossível negar que na interpretação estritamente legal da expressão *a prática da medicina* muitas/os enfermeiras/os estão praticando atos que estão tecnicamente e legalmente dentro do campo médico. Assim, em *algumas* situações a/o enfermeira/o simplesmente executa intervenções que não são de sua competência técnica, preocupando-se em realizá-las *escrupulosa e amigavelmente*, sustentando, assim, uma conduta de guardiã. Enfim, as/os enfermeiras/os assumem responsabilidades que competem a outros profissionais, com o intuito de solucionar *problemas*⁽²²⁾.

REFERÊNCIAS

1. Pullen BL. Obrigações legais da enfermeira em relação ao médico e ao doente [editorial]. *Anais Enferm.* 1938;5(12):4-8.
2. Oguisso T. A responsabilidade legal do enfermeiro. *Rev Bras Enferm.* 1985;38(2):185-90.

Não podemos desconhecer que profissões como a enfermagem e a medicina possuem experiências diferenciadas quanto ao enfrentamento das tensões de suas situações como campos de saber e prática, nem o quanto tais diferenças foram se estabelecendo historicamente, na medida em que se constroem como disciplinas distintas, apesar de seus objetos fronteiriços. No entanto, aqui, também cabe reconhecer uma percepção, sutilmente demonstrada, da fragilidade/precariedade do que, em outros momentos e sob outros ângulos, mostra-se como sólidos e legítimos estatutos da ação profissional – o momento em que essas diferenciações parecem não responder ao que urge, ao que precisa ser feito, ao que, simplesmente, arranja-se no acordo silencioso entre os que estão em cena. Enfim, mais um paradoxo: entre um movimento rígido que busca manter os interesses estritamente profissionais e corporativos ou de assegurar monopólios de saber e prática e o movimento *flexível* que expõe um campo de saber e práticas, necessariamente, aberto à divulgação disseminada entre os profissionais.

CONCLUSÃO

Escrever sobre tema tão complexo, a partir da leitura de 26 artigos e enunciados de 20 entrevistas, em tão poucas páginas, seria tarefa impossível, se não fosse pelo fato de, mesmo assumindo o risco de simplificação e de redução da riqueza do *corpus*, propor-se a um exercício: o de demonstrar, através da polissemia de temáticas encontradas, não apenas a carga que *pesa* sobre uma enfermagem em terapia intensiva, mas aquilo que essa enfermagem tem apreendido dessa *carga* como algo seu, algo a que se vincula, ou que permite uma vinculação entre a ação exigida, a responsabilidade calculada e o sujeito que se é.

Ainda, ao desenharmos um mapa atual do que denominamos responsabilidades no cuidar da enfermagem em UTI, surpreendemo-nos com a complexidade desses vários eventos que essa mesma enfermagem está envolvida; aliás, será que enfermeiras/os, academicamente e na prática assistencial, têm se dado conta disso? Portanto, consideramos que o tempo que nos toca viver como enfermeiros/as intensivistas, delega-nos, também, a responsabilidade de refletir sobre nossa maneira de ser, tentando entender as causas que as influenciam e as suas conseqüências. Somente a partir de uma compreensão mais ampla sobre as situações é que podemos agir criticamente. Em cada momento, se colocarmos uma questão para nós mesmos, se devemos agir assim, e procurarmos respostas entendendo que o que cada um faz não tem conseqüências só para si ou somente para os outros, estaremos modificando nossa história.

3. Zoboli ELCP. "Éthos" e deontología do enfermeiro. *Mundo Saúde*. 1998;22(1):38-43.
4. Almeida KC, Tipple AFV, Bachion MM, Leite GR, Medeiros M. Doação de órgãos e bioética: construindo uma interface. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(1):18-23.
5. Foucault M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
6. Foucault M. *Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária; 2006.
7. Toffoletto MC, Zanei SSV, Hora EC, Nogueira GP, Miyadahira AMK, Kimura M, et al. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas unidades de terapia intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(3):307-12.
8. Püschel VAA, Rodrigues AS, Moraes MW. A atuação da enfermeira na captação de órgãos para transplante em São Paulo: uma abordagem legal e bioética. *Mundo Saúde*. 2002;26(1):167-73.
9. Lima AAF, Silva MJP, Pereira LL. Percepção do enfermeiro da Organização de Procura de Órgãos (OPO) sobre a humanização do processo de captação de órgãos para transplante. *Mundo Saúde*. 2006;30(3):409-16.
10. Lima EDRP, Magalhães MBB, Nakamae DD. Aspectos éticos-legais da retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano. *Rev Latino Am Enferm*. 1997;5(4):5-12.
11. Silva MAPD, Silva EM. A "qualidade total" e a ética: relações concretas e imaginárias. *Acta Paul Enferm*. 1999;12(3):59-63.
12. Noronha DCU, Sá AC, Assini EF, Almeida MC, Branco C. Implicações éticas na assistência de enfermagem do paciente crítico. *Rev Bras Enferm*. 1985;38(3-4):349-54.
13. Santos DV, Massarollo MCKB. Posicionamento dos enfermeiros relativo à revelação de prognóstico fora de possibilidade terapêutica: uma questão bioética. *Rev Lat Am Enferm*. 2004;12(5):790-6.
14. Vargas MAO, Meyer DS. Re-significações do humano no contexto da 'ciborguização': um olhar sobre as relações humano-máquina na terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(2):211-9.
15. Foucault M. O que são as luzes? In: Foucault M. *Ditos e escritos II: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Rio de Janeiro: Forence Universitária; 2000.
16. Meyer DEE. *Identidades traduzidas: cultura e docência teuto-brasileiro-evangélica no Rio Grande do Sul*. São Leopoldo: Sinodal; 2000.
17. Passos ES. A ética na enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 1995;48(1):85-92.
18. Teixeira ER. O ético e o estético nas relações de cuidado em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2005;14(1):89-95.
19. Zoboli ELCP, Sartório NA. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. *Mundo Saúde*. 2006;30(3):382-97.
20. Lunardi VL, Peter E, Gastaldo D. Enfermeiras submissas são éticas? Refletindo sobre anorexia de poder. *Rev Bras Enferm*. 2002;55(2):183-8.
21. Selli L. Princípios bioéticos: análise das representações dos profissionais de enfermagem. *Mundo Saúde*. 2002;26(1):134-42.
22. Benen RL, Santos LR, Lunardi VL. O trabalho da enfermagem hospitalar: o cuidado de si e o cuidado do outro. *Rev Bras Enferm*. 2001;54(1):108-18.