

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

MARA AMBROSINA DE OLIVEIRA VARGAS

BIOÉTICA EM DISCURSO
- EFEITOS SOBRE OS PROCESSOS DE CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO
ENFERMEIRA/O NA TERAPIA INTENSIVA -

FLORIANÓPOLIS
2008

Ficha Catalográfica

V426b VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira

Bioética em discurso – efeitos sobre os processos de constituição do sujeito enfermeira/o na terapia intensiva, 2008 [tese] / Mara Ambrosina de Oliveira Vargas – Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2008.

172 p.

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem - Ética. 2. Enfermagem - Filosofia. 3. Unidade de Terapia Intensiva. I. Autor.

CDU – 614.253

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

MARA AMBROSINA DE OLIVEIRA VARGAS

BIOÉTICA EM DISCURSO
– EFEITOS SOBRE OS PROCESSOS DE CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO
ENFERMEIRA/O NA TERAPIA INTENSIVA –

Tese Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Linha de Pesquisa: Filosofia e Ética em Saúde e Enfermagem

FLORIANÓPOLIS
2008

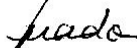
MARA AMBROSINA DE OLIVEIRA VARGAS

BIOÉTICA EM DISCURSO
– EFEITOS SOBRE OS PROCESSOS DE CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO
ENFERMEIRA/O NA TERAPIA INTENSIVA –

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada na sua versão final em 05 de dezembro de 2008, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

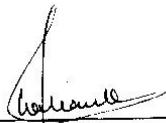


Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

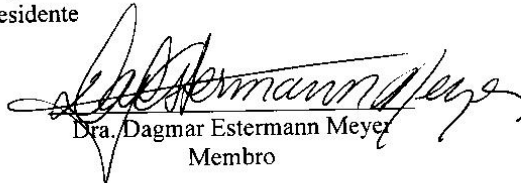
BANCA EXAMINADORA:



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Presidente



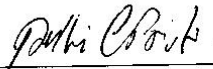
Dra. Kátia Grillo Padilha
Membro



Dra. Dagmar Estermann Meyer
Membro



Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse
Membro



Dra. Maria Bettina Camargo Bub
Membro

Dra. Clarice Maria Dall' Agnol
Membro Suplente

Dra. Eliane R. Pereira do Nascimento
Membro Suplente

'[O sonho] Pode até ter acabado, mas isso não é necessariamente uma má notícia' Caetano Veloso, cantor e compositor. Em depoimento registrado para o filme *O Sol/Caminhando Contra o Vento*, a diretora Têtê Moraes perguntou a Caetano Veloso se o sonho tinha acabado (ZERO HORA, 2004, p.12)

AGRADECIMENTOS

Início esta escrita três meses antes de concluída a tese. Cada vez que faltava “fôlego” para continuar na análise, cada vez que precisava “virar o disco” no que estava pensando, voltava-me para os agradecimentos. Nesses momentos de virada de disco, pensava com “os meus botões”: *Agora farei uma coisa que me parece bem fácil*. Mas, explico que esse fácil não significa desvalorização, do tipo *Devo agradecer a todos e ponto final*; esse fácil dá mais o tom de *É bom chegar a este estágio da minha existência e querer e conseguir agradecer*.

Na verdade, compete com esta noção primeira do motivo desta escrita tão prévia dos agradecimentos uma outra questão não menos importante: quando concluí minha dissertação de mestrado, encontrava-me em um período de viver tão imbuída de mostrar algo que tinha produzido academicamente que, é claro, os agradecimentos ficaram para o último momento, a bem dizer para o último minuto e quase configurados como uma cópia (só mudando os nomes) de outros agradecimentos elaborados em outros trabalhos acadêmicos.

Acontece que agora a minha experiência de vida é outra, nem melhor, nem pior, apenas é outra. Acontece que as pessoas que cruzaram meu caminho, que trepidaram o meu percurso são MUITAS! Muitas e tão valiosas para mim que tenho até um certo receio de começar indevidamente estes agradecimentos, de parecer que estou priorizando algumas em detrimento de outras. Portanto pasmem, mas para minimizar esse risco, efetuo os agradecimentos por uma determinada ordem alfabética. Logo, a idéia é ir “do goleiro ao ponta esquerda do time”, agradecendo...

Aos/às meus/minhas ALUNOS/ALUNAS DA ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA, colegas de profissão e apaixonados por UTI. Vocês significam desafio, busca de outros modos de ser na profissão, possibilidade de uma discussão permanente e produtiva. Além disso, vocês são a minha maior prova de que um momento acadêmico pode ser alegre e muito descontraído.

Aos/às meus/minhas ALUNOS/ALUNAS DA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, pelo partilhamento de experiência e por me disponibilizarem a oportunidade de situações inusitadas e, por vezes, polêmicas. Agradeço, pois, com a humildade que se adquire aos poucos, por terem me ensinado a manter sempre viva a dúvida, a curiosidade e o desconforto em relação ao senso comum.

Aos meus AMIGOS Nilson, Roberto e Antoninho, às minhas AMIGAS Sandra Leal,

Neli, Sarita, Júlia Valéria e Lígia agradeço pelos incontáveis bate-papos e troca de idéias.

Às professoras Kátia, Maria Bettina, Maria Henriqueta, Dagmar, Eliane e Clarice (além da minha orientadora, professora Flávia) por aceitaram compor esta BANCA DE DOUTORADO. Ao compor a banca com essas excelentes profissionais, experimento, “corajosamente”, apenas satisfação, nada de temor. Ou seja, entendo este momento como um processo em andamento, logo, a satisfação primeira é de estar, ainda, na condição de poder receber contribuições. A satisfação segunda é de vivenciar este “sublime” momento acadêmico com personagens principais do cenário nacional da enfermagem.

Às pessoas que me ensinaram a re-significar de maneira muito positiva a palavra CHEFE. Por isso, só tenho vontade de dizer a vocês: *Tudo o que eu preciso em um ambiente de trabalho são chefes como vocês*. Assim, sou muito grata à professora Débora (minha CHEFE no HCPA) e às professoras Márcia, Libânea e Lísia (minhas CHEFES na UNISINOS).

Ao CNPq, pela concessão de uma bolsa que me possibilitou três anos e meio de produção acadêmica com qualidade de vida.

Às minhas COLEGAS de turma do DOUTORADO, particularmente Helena, Francisca, Silviomar, Silvana, Marlene, Ana Rosete, por terem compartilhado comigo esforços, alegrias, perdas e recomeços, cuja companhia nas horas de folga foi fundamental para que eu mantivesse a sanidade, para sempre guardadas do lado esquerdo do meu peito. Estendo este agradecimento, também, aos colegas do grupo de pesquisa Práxis/UFSC.

Às minhas COLEGAS de TRABALHO Zoraide, Maria Helena, Carmem, Beth Thomé, Vívian, Tati Lima, Tati Sabini e Eliete, obrigada pelo convívio e respeito. Vocês ampliam qualquer possibilidade de compartilhar um ambiente de trabalho extremamente agradável. Enfim, a todas(os) colegas da Unisinos, HCPA e da UTI Central da Santa Casa, um partilhar já bem prolongado.

À professora DAGMAR (minha orientadora do mestrado), meu afeto, minha amizade. Motivos para lembrar e agradecer não faltam àquela que é minha referência do que é ser profissional desempenhando suas funções na academia. Só para citar um exemplo de cada: lembrar das discussões acadêmicas desde a licenciatura até o mestrado; agradecer pelo seu crédito incondicional à minha pessoa.

Agradeço de modo muito, muito especial à minha FAMÍLIA: meus pais, irmão, irmãs e sobrinhos e sobrinha, cunhados e cunhada. Ao papai MARIANO, agradeço pelo afeto e carinho; à mamãe OLINDINA, agradeço pela grande aposta; ao meu irmão DANIEL e minhas irmãs JÚLIA e ANGÉLICA, pela história vivida.

À minha segunda FAMÍLIA: meus tios Osvaldo e Iolanda, meus primos Fábio, Rogério e Ana. Dos longos anos já compartilhados, a imagem que me vem é intensa e bela.

Talvez eu não tivesse chegado até aqui, da maneira como foi, se não fosse meu querido GLÊNIO. Você foi aquela pessoa que cruzou o meu caminho e me fez exclamar: *Por algum motivo eu mereci!* Experimento contigo a sensação de troca efetiva de muito carinho, amor, desejo, amizade, proteção, alegria e muitas risadas, enfim, tudo aquilo que leva as pessoas a crerem na singularidade da vida. Mesmo assim, eu aproveito para avisar: *Ameniza um pouco a tua impressão de que eu posso mais ainda... Tira o pé do acelerador.*

Ao meu amado filho GUILHERME, não há como deixar de reforçar a sua tranqüilidade salutar no modo como lida com a minha vida agitada. Mesmo quando eu tentava abordar coisas, que pais e mães em algum momento perguntam: *Gui, tu acha que eu fico muito tempo fora e não te dou a atenção devida?* ele me respondia calmamente: *O que está acontecendo contigo, para me fazer este tipo de pergunta viajante? Aliás, de onde vocês tiram estas idéias?*

À minha amada, quase filha, MÁRCIA! Você sempre representou um grande desafio afetivo para mim. Obrigada por me ensinar coisas que somente a escola da vida ensina.

À minha ORIENTADORA do doutorado, professora FLÁVIA, por receber-me, no PEN/UFSC e muitas vezes na sua própria casa, de modo muito, muito afetuoso. Em todo o período do doutorado, tive a oportunidade de conviver com uma orientadora extremamente competente e criativa, muito tranqüila e parceira. Devo a ela muito do que aprendi. Cada vez que chegava de Florianópolis, dizia: *Como me sinto bem lá.* Aliás, acho que, também, tenho com ela uma dívida pelos serviços de terapeuta.

Também a todos os SUJEITOS que contribuíram para esta pesquisa concedendo-me entrevistas e facilitando o meu acesso a fontes, materiais e eventos que foram absolutamente cruciais para o resultado final.

À UFSC pela oportunidade de fazer nesta excelente instituição parte significativa de meu percurso acadêmico e, especificamente, aos professores do curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, assim como aos seus funcionários. Sinalizo, aqui, a confiança e a colaboração inestimáveis dos professores Selvino e Gelson, das professoras Denise Pires e Itayra. Destaco, com especial carinho, a Claudia, meu número da sorte, meu eterno agradecimento pelo literal acolhimento, pela exemplar disponibilidade e competência.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira. **Bioética em discurso** – efeitos sobre os processos de constituição do sujeito enfermeira/o na terapia intensiva. 2008. 172 p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

Orientadora: Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Linha de Pesquisa: Filosofia e Ética em Saúde e Enfermagem

RESUMO

Investigação qualitativa, balizada na analítica foucaultiana com aproximações ao referencial pós-estruturalista, tendo como objetivos: analisar a constituição histórica do discurso da bioética em sua articulação com o discurso da tecnobiomedicina e o modo como os desdobramentos estratégicos e tecnológicos deste discurso atravessam o processo de produção do sujeito enfermeiro/a gerando determinados modos de conceber e intervir deste sujeito no contexto da terapia intensiva; conhecer as tensões no fazer/saber enfermagem que podem ser discursivamente articuladas à bioética, ou problematizadas a partir da emergência deste discurso. A tese utilizou fontes documentais e de entrevistas com enfermeiros/as intensivistas e teve sua proposição aprovada por Comitê de Ética (Parecer nº 186/07/CEP/UFSC). O *corpus documental* foi composto por 113 artigos publicados no período de 1984-2007, nos periódicos nacionais de enfermagem: Revista Latino-Americana de Enfermagem, Revista Acta Paulista, Revista Texto & Contexto Enfermagem, Revista Escola de Enfermagem USP, Revista Brasileira de Enfermagem, além da Revista o Mundo da Saúde (multidisciplinar). A busca foi orientada pelos descritores bioética e UTI e enfermagem, ética e UTI, bioética e enfermagem e ampliada para artigos com temas relacionais com a bio/ética. Foram entrevistados/as 20 (vinte) enfermeiros/as inseridos/as no contexto da terapia intensiva, utilizando-se o critério de saturação de dados. Com baliza ao *corpus de análise*, foram exploradas as temáticas das iatrogenias, autonomia e responsabilidade no cuidar. Na temática iatrogenias, ativou-se uma reflexão sobre o agir do/a enfermeiro/a em um contexto permeado pela possibilidade sempre latente de falhar tanto no procedimento como na conduta; e do encontro deste profissional com a obrigação de corrigir esta falha, não tanto ou não apenas no conhecimento ou na lei, mas na prática de si mesmo. O tema da autonomia foi analisado a partir do conceito de cuidado de si, desdobrando-se em categorias que expressaram o privilegiamento da moral como obediência à Lei; da conduta e da moral sobre o conhecimento técnico; e da governabilidade de si no confronto com a técnica. Estas se configuraram como possibilidades éticas do sujeito enfermeira/o intensivista, não como etapas sequenciais ou concorrentes, mas coligadas e confluentes na experiência atual. A questão da responsabilidade do cuidar desdobrou-se em categorias que expressaram a responsabilidade frente às novas linguagens e a enfermagem como guardião de certos atributos da UTI. Autonomia e responsabilidade no cuidar, de um lado, evidenciaram algumas possibilidades éticas do sujeito enfermeira/o, constituídas e desfeitas estrategicamente na contingência histórica; de outro lado, permitiram mapear um dos desdobramentos estratégicos e tecnológicos do discurso da bio/ética, gerando modos de conceber e intervir do sujeito enfermeiro/a na UTI. Uma autonomia como prática de si; uma responsabilidade do cuidar que evidencia uma ‘sutileza’ na obrigação do dever ser, em um tempo de viver a enfermagem, também, como perita, conselheira, autoridade patente. Ao contrário de um apagamento da relação paradoxal entre a responsabilidade e a autonomia dos/as enfermeiros/as, sinalizou-se as múltiplas possibilidades de combinações de graus de autonomia e de responsabilidade, nem sempre ideais ou caminhando no mesmo sentido.

DESCRITORES: Bioética; Ética na Enfermagem; Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva; Iatrogenias; Autonomia; Responsabilidade no Cuidar

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Artigos publicados pela enfermagem brasileira, no período de 1984 a 2007.....**37**

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	8
1 INTRODUÇÃO	10
1.1 DAS EVIDÊNCIAS À CONSTRUÇÃO DE UM OBJETO DE ESTUDO	10
1.2 DOS OBJETIVOS	16
1.3 <i>UPGRADE</i> (DO OBJETO)	17
2 “CAMINHO” INVESTIGATIVO	25
2.1 UMA EXPERIÊNCIA ANALÍTICA... UMA TEORIZAÇÃO	25
2.2 OS SUJEITOS, AS FONTES E OS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DO ESTUDO	37
2.3 PANORAMA GERAL DOS ARTIGOS SELECIONADOS	41
2.4 DO MODO COMO FALO DAQUILO QUE FALO	46
2.5 ASPECTOS ÉTICOS	50
3 BIOÉTICA, TECNOBIOMEDICINA E ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA: DISCURSOS CONTEMPORÂNEOS.....	53
3.1 BIOÉTICA: HÁ ALGO DE “NOVO” SOB O SOL DE ECLESIASTÉS?	53
3.2 DA ÉTICA E A TÉCNICA, DA ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA E A TECNOBIOMEDICINA: “UMA” MANEIRA DE OLHAR ESSAS RELAÇÕES!	63
ARTIGO 1 - IATROGENIAS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: dramaticidade dos Problemas Bio/Éticos Contemporâneos	68
ARTIGO 2 - AUTONOMIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: “Comecemos por cuidar de nós.”	90
ARTIGO 3 - RESPONSABILIDADE NO CUIDAR: ou do tempo que nos toca viver enquanto enfermeiros/as intensivistas	108
4 AS MARCAS DE UMA VIDA, DE UMA LEITURA E DE UMA ESCRITA... ..	125
REFERÊNCIAS	138
ANEXOS	143

1 INTRODUÇÃO

1.1 DAS EVIDÊNCIAS À CONSTRUÇÃO DE UM OBJETO DE ESTUDO

Trabalho em Unidade de Terapia Intensiva desde 1980, quando ela era descrita como uma unidade de poucos leitos, em uma pequena sala, sem divisão entre eles. Em frente aos leitos, havia um balcão com uma central de monitores cardíacos e área para preparo de medicamentos. Ao lado do balcão, uma pequeníssima saleta com vários armários para guardar os materiais. Essa UTI comunicava-se com o corredor por duas portas. Em frente a uma das portas, avistavam-se aventais pendurados para serem utilizados por todas as pessoas que lá ingressassem e uma pia para lavagem das mãos. Diante da outra porta, uma sala pequena para conversar com familiares de pacientes que lá estavam internados. Enfim, o que a diferenciava de uma unidade de internação era a presença permanente da equipe de enfermagem monitorando pacientes gravemente enfermos, a presença contínua de um plantonista médico, os equipamentos utilizados e alguns procedimentos específicos realizados nessa unidade.

A equipe de enfermagem era composta de técnicos(as) e auxiliares de enfermagem. Não havia enfermeiras naquela UTI. O plantonista médico normalmente tinha residência em cardiologia ou pneumologia.

Os equipamentos que essa equipe operava eram discriminados em monitores cardíacos com tecnologia para detectar e mostrar o traçado dos batimentos cardíacos dos pacientes. Havia ventiladores mecânicos ciclados à pressão e a volume. Os ventiladores ciclados à pressão são os Birds, pequenos, mecânicos e incapazes de alertar se houvesse uma desconexão do ventilador com o paciente, queda da rede de oxigênio e ar comprimido ou problema com o próprio ventilador. Já os ventiladores ciclados a volume, apesar de grandes e barulhentos, apresentavam algum sistema de emissão de alarme. Alguns soros e medicações com necessidade de gotejo mais controlado eram instalados nas bombas de infusão Life-med, programadas manualmente. Sobre um móvel fixo, havia material e equipamento para atendimento exclusivo das paradas cardiorrespiratórias (PCR) ocorridas dentro da UTI. O monitor cardíaco e o desfibrilador eram pesados e grandes. Se houvesse pacientes com insuficiência renal aguda, a opção seria o sistema de diálise peritoneal aberto.

Ano de 2008, tempo em que vivemos. A mesma denominação da unidade, o mesmo cenário – porém modificado. A área física da UTI ocupa todo um corredor. São 34 leitos

disponíveis para pacientes que necessitam de internação, com divisórias de madeira e vidro entre os leitos. Há uma sala de espera exclusiva para os familiares dos pacientes aqui internados. Elevadores internos conectam a unidade aos demais andares do hospital. Dois postos de enfermagem estão dispostos centralmente na unidade. Há uma grande sala de equipamentos, algumas salas de lavagem de materiais, sala de chefia de enfermagem, de chefia médica, de reuniões, banheiros, copa, sala de apoio e conforto para a equipe profissional e para familiares dos pacientes.

Nessa UTI, médicos(as) plantonistas e diaristas têm residência em Terapia Intensiva. Enfermeiros(as) têm especialização em Terapia Intensiva, trabalham sob os pressupostos da enfermagem baseada em evidências, realizam pesquisa clínica e qualitativa e desenvolvem o processo de enfermagem articulando as necessidades humanas básicas, baseadas em Wanda Horta, ao processo de diagnóstico de enfermagem através da utilização da taxonomia diagnóstica da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Além disso, realizam diariamente procedimentos de administração de nutrição enteral e parenteral em bomba de infusão; sondagem nasogástrica, sondagem naso ou oroenteral e sondagem vesical; cuidados com pacientes com intubação traqueal; assistência a pacientes em ventilação mecânica invasiva e não-invasiva; instalação de verificação de pressão venosa central; instalação de sistemas de linhas arteriais e monitorização para Pressão Arterial Média (PAM); instalação do sistema de linhas e transdutores para cateter Swan Ganz; verificação das medidas hemodinâmicas em Swan Ganz e monitorização hemodinâmica invasiva e não-invasiva; preparo do material para cardioversão e desfibrilação elétrica; monitorização por oximetria de pulso e por capnografia; diálise peritoneal fechada; cuidados com marcapasso provisório; hemodiálise convencional, hemodiálise contínua, hemofiltração, ultrafiltração isolada e hemodiálise contínua arteriovenosa e venovenosa; avaliação diária com a equipe de nutrição enteral e parenteral, com a equipe de fisioterapia e, em algumas situações, com a equipe de psicologia. Recebem assessoria do serviço de engenharia bioeletrônica para controle e manutenção dos equipamentos. Realizam eletrocardiograma; cardioversão química; cuidados e monitorização do balão intra-aórtico; monitorização da pressão intracraniana; cuidados com drenos pleurais e de mediastino e cateteres peridurais; avaliação e registro informatizado no prontuário do paciente; atendimento avançado de reanimação em Parada Cardiorrespiratória (PCR) em pacientes internados em qualquer unidade do hospital. Este último é um atendimento externo de PCR realizado com uma UTI móvel – carro de PCR móvel, pequeno e de fácil e rápido deslocamento.

Cada equipamento utilizado na UTI tem sistema de alarme extremamente sensível e

capacidade de gerar, armazenar e fornecer continuamente informações de pacientes à equipe profissional, aos familiares e a uma previsível solicitação do departamento jurídico ou de alguma auditoria. E, “firmadas” neste cenário de terapia intensiva, as ações dos(as) enfermeiros(as) intensivistas são desenvolvidas com: pacientes, designados clientes e/ou usuários; demais profissionais, em uma relação interdisciplinar e, também, num processo de educação continuada; familiares, podendo permanecer 24 horas à beira do leito do paciente. Ações pelas quais cada um deles é chamado a responder, em proporção direta ao seu saber e ao seu poder; ações que, como enfermeiros(as) intensivistas, estabelecem com seus pacientes/usuários/clientes nas situações limítrofes entre a vida e a morte, na manutenção de uma vida vegetativa, na manutenção de pacientes doadores de órgãos, na aplicação da analgesia e sedação, no cuidado ao paciente transplantado, no controle dos eventos adversos, nas emergências, e entre várias outras ações.

O cenário da UTI descrita acima faz parte da minha história, já que nela atuo como enfermeira assistencial. Além disso, sou professora da graduação e da especialização em disciplinas de enfermagem em terapia intensiva e, também, ministro cursos em diversos locais do país, oriento trabalhos de conclusão de curso e monografias e publico artigos com temáticas relativas à terapia intensiva. Assim sendo, na medida em que desenvolvia várias produções científicas acerca das “coisas da terapia intensiva”¹, aproximei-me do campo de estudo da ética/bioética. Na verdade, embrenhei-me em estudos que, pertinentemente, articulam bioética e tecnobiomedicina. (VARGAS, 2005; VARGAS, RAMOS, 2006; VARGAS, RAMOS, 2008). Portanto, ao desenhar uma UTI, busquei sinalizar, aqui, o imperativo tecnobiomédico, a diversificação e complexificação da equipe – principalmente a de enfermagem – e uma emergente preocupação com as questões bioéticas. Mas, por que esse cruzamento – bioética e tecnobiomedicina – emerge como campo de interesse e se mostra urgente, para uma investigação na área da filosofia em enfermagem?

Este texto, pois, trata de uma tese de doutorado. E por tratar-se disso, ele documenta o encontro de uma inquietação pessoal – que por si só traz marcas culturais – com a academia, a instituição de pesquisa, a universidade, o programa de Pós-Graduação, a linha de pesquisa, a

¹ Entre essas produções científicas, inclui-se minha dissertação de mestrado, defendida em dezembro de 2002, no Programa de Pós-Graduação em Educação/UFRGS, sob a orientação da professora doutora Dagmar Meyer, intitulada *Corpus ex machina: a ciborguização da enfermeira no contexto da terapia intensiva*, que buscou analisar as tensões da relação humano/máquina. Desdobraram-se, dessa dissertação, três artigos – VARGAS, MEYER, 2003a; VARGAS, MEYER, 2003b; VARGAS, MEYER, 2005 – e um capítulo de livro – VARGAS, MEYER, 2007.

orientadora². Justamente por considerar todas essas marcas, é possível demarcar múltiplas posições de sujeito ocupadas pelo pesquisador e suas relações pouco “assépticas” com o objeto de estudo. Ou seja, o que pretendo enfatizar é que a escolha do meu objeto de estudo, também, deu-se através da minha filiação a certa forma de pensar as relações entre os discursos e o que temos chamado de realidade e de verdade. Uma forma de pensar/pesquisar/escrever que põe em relevo a produtividade da linguagem, que destaca a positividade, a implicação das palavras no ordenamento do mundo social. Em suma, o que estou tentando destacar é que, para desenvolver esta pesquisa, apóio-me no campo das teorizações pós-modernistas e pós-estruturalistas; campo que, mais precisamente, ao propor uma leitura teórica pós-estruturalista, com ênfase em uma análise foucaultiana, permite-me colocar em funcionamento uma outra máquina de pensar, de escrever e de dizer a bioética e sua imbricação com a tecnobiomedicina e com a enfermagem em terapia intensiva. Porque, nesses campos que chamamos de pós-modernismo e de pós-estruturalismo, entendemos os conhecimentos, as linguagens, as formas de raciocínio, as técnicas normativas, os tipos de experiência como vinculados às relações de poder e de saber que marcam os sujeitos, configurando-se certos estilos de assistir, de cuidar e de tratar, e não outros. E, ainda, porque queremos visibilizar seus jogos de poder, suas práticas subjetivantes, suas tecnologias de governo.

Enfim, esta investigação articula tecnobiomedicina e bioética, como discursos da contemporaneidade, implicados na produção de subjetividades. Mas, para tal empreendimento, estou concordando com a afirmação de que as identidades da modernidade estão em crise, deslocando, descentrando os sujeitos de suas sólidas posições; colocando em xeque a suposta fixidez, unidade e racionalidade do sujeito do iluminismo. Isso é, na pós-modernidade, o sujeito não é composto de uma identidade única, essencial e permanente, ao contrário disso, as identidades dos sujeitos são múltiplas e móveis, modificadas constantemente pelas estratégias de interpelação a que somos assujeitados nos espaços/contextos sociais em que estamos envoltos. (HALL, 1998). Desse modo, é possível inferir que a bioética, ao dizer coisas sobre e para os sujeitos doentes e enfermeiros(as), entre outros sujeitos, está também dizendo como eles e elas são ou devem ser, está interpelando-os

² A professora doutora Flávia Regina Souza Ramos ocupa-se, atualmente, em pesquisas que discutem a bioética. Paralelamente, ela desenvolveu a investigação de Pós-Doutorado – junto à Faculdade de Psicologia e Ciências da educação, da Universidade de Lisboa/Portugal e sob a orientação do Professor Doutor Jorge Ramos de Ó, intitulada *Trabalho e educação – ética/bioética na experiência de si do trabalhador da saúde*, com base no referencial teórico foucaultiano.

através dos discursos³ que veicula, contribuindo para a produção de diferentes identidades, ou seja, diferentes posições de sujeito na terapia intensiva.

Apoiando a concretização desta investigação, sinalizo um estudo, realizado por Silva e Ramos (2001), que analisou as linhas epistemológicas do conhecimento científico em Enfermagem. Nessa análise, um dos objetivos era identificar as linhas epistemológicas presentes nas teses de doutorado em Enfermagem no Brasil, destacando os referenciais teórico-metodológicos relacionados a elas e, conseqüentemente, os desafios e tendências presentes. As autoras verificaram que somente 0,5% dos estudos qualitativos se aproximavam da linha epistemológica desconstrutivista, através de uma abordagem teórica pós-estruturalista. Entre outras conclusões, foi considerada a pertinência e uma tendência em ampliar o desenvolvimento das linhas desconstrutivistas nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, buscando articular sustentação de um referencial teórico e qualidade metodológica aos estudos qualitativos.

Constituí, também, como evidência à confirmação do pressuposto de que a bioética, como estudo sistemático da conduta moral nas ciências biológicas e na medicina, é uma dentre as atuais áreas de conhecimento que reflete e ao mesmo tempo tensiona a época contemporânea. Assim, a medicina e as ciências biológicas são, para nosso período da história, o que foram a religião e a salvação nos tempos medievais: nela investem-se enormes recursos sociais e são objetos de preocupação das pessoas atualmente. A bioética reúne em um grupo de estudo os dilemas éticos associados com a investigação biológica e sua aplicação na medicina. Essa disciplina, que cresce tão velozmente, iniciou a poucos anos nos países desenvolvidos, que deviam enfrentar os enormes desafios éticos gerados pelo avanço das “biociências”. Porém, agora, os mesmos problemas éticos apresentam-se em toda parte. (DRANE, 2002). Portanto, ao descrever como, num determinado campo, nesse caso o da bioética, a sociedade faz um intenso investimento sobre determinados sujeitos, pode-se oferecer um quadro, mesmo que um quadro específico e delimitado no seu tempo e espaço, de como em nossa sociedade constitui-se uma determinada tecnologia política do sujeito.

Finalmente, a última evidência. As profundas transformações vividas neste novo milênio repercutem diretamente sobre uma enfermagem preocupada em visibilizar seu

³ A noção de discurso aqui empregada não é aquela da linguagem coloquial. No sentido foucaultiano, discurso é um conceito mais amplo do que o de representação, pois envolve um campo determinado de saberes constituídos historicamente. O discurso diz respeito ao conjunto de enunciados de um determinado campo do saber e que esses enunciados sempre existem como prática, porque os discursos não só nos constituem, nos subjetivam, nos dizem o que dizer, como são alterados, em função de práticas sociais muito concretas. Tudo isso envolve, primordialmente, relações de poder (FISCHER, 2001).

saber/fazer. Impressionou-me, ao embrenhar-me nas diversas leituras sobre o tema da bioética, a discricção com que a enfermagem aparece nas discussões sobre os dilemas éticos. Ou seja, mesmo sabendo que, muito provavelmente, tenha aumentado a produção acadêmica dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, nos últimos cinco anos (2003 a 2007), contemplando as questões da bioética em uma produtiva articulação com a enfermagem, em investigação desempenhada por Simino e Boemer (2004), é feito um levantamento bibliográfico contemplando a pós-graduação, por meio dos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem (CEPEEn), da Associação Brasileira de Enfermagem, no período de 1990 a 2002. Nessa investigação, as autoras destacaram um total de apenas 11 estudos bioéticos realizados pelos(as) enfermeiros(as), sendo sete Dissertações de Mestrado e quatro Teses de Doutorado. Nesses estudos, as autoras evidenciaram os pacientes como foco bioético principal, em três produções, abordando “o princípio de autonomia do paciente institucionalizado, submetido às ações de profissionais de saúde, e a busca sobre o conhecimento de valores morais expressos pelos pacientes”. Já o foco bioético principal “Enfermeiros/Graduandos”, com seis produções, tratava da “preservação do princípio da autonomia do paciente pelo profissional Enfermeiro e pelo profissional de Enfermagem e a análise da situação do profissional de Enfermagem segundo sua consciência ética”. Por último, duas produções versavam sobre o foco bioético principal: “Outros profissionais de saúde e Comitê de ética”. (ibid., p 43).

Já Santiago e Palácios (2006), ao realizarem uma pesquisa documental, constituindo como *corpus* de análise artigos publicados na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), no período de 1970 a 2000, buscaram identificar temas éticos e/ou bioéticos que inquietaram a enfermagem e discutir as perspectivas teóricas nas quais os autores fundamentaram suas argumentações. As autoras utilizaram como critério para inclusão dos artigos as palavras-chave: deontologia, código, legislação, exercício profissional, prática social, direitos dos pacientes, responsabilidade, morte, paciente terminal, transplante, aborto, humanização e cidadania. Nesse processo, foram selecionados 44 artigos, mas descartados 11, que consistiam em relatórios ou divulgação de legislação. Das informações qualitativas contidas nos 33 artigos (década de 70 – nenhum; década de 80 – 8; década de 90 – 20 e em 2000 – 5 artigos), extraíram os seguintes temas relacionados à bioética: dilemas e conflitos éticos associados à assistência à saúde, deontologia, formação ética do enfermeiro e ética em pesquisa. Em seus achados, pontuam que após 1984 surgiu o primeiro estudo, tratando de tema usual da bioética, ao discorrer “sobre as intervenções de enfermagem frente ao paciente em morte iminente, com a finalidade de verificar as relações entre os valores pessoais e profissionais do

enfermeiro”. O termo *bioética* foi “empregado pela primeira vez na REBEn, em 1998, por Valéria Lunardi, no título de seu artigo ‘Bioética aplicada à assistência de enfermagem’ – no qual discute o enfrentamento de situações de conflito ético presentes no cotidiano da enfermagem”. Além disso, as autoras sinalizaram uma lacuna na análise dos fundamentos teóricos utilizados pelos autores dos artigos, ou seja, não emergiram dos artigos investigados as respectivas perspectivas teóricas. (SANTIAGO; PALÁCIOS, 2006, p. 353).

Culler (1997, p. 15) comenta que “os trabalhos a que aludimos como ‘teoria’ são aqueles que tiveram o poder de tornar estranho o familiar e de fazer os leitores perceberem seus próprios pensamentos, comportamentos e instituições sob novos ângulos”. Para mim, o comentário desse autor é o que melhor expressa os meus atuais anseios. Isso é, pretendo refinar meu entendimento de uma determinada perspectiva teórica, permitindo-me, assim, re/pensar e desacomodar o familiar e olhar para as minhas experiências e vivências de modo estranho.

Portanto, para além de obter um acurado panorama dos temas éticos/bioéticos abordados pela enfermagem de 1970 a 2000, citar o estudo de Santiago e Palácios (2006) fez-me pretender “posicionar melhor o refletor de luz” sobre as minhas intenções de pesquisa. Logo, a melhor incidência da luz recai sobre o referencial teórico utilizado nesta investigação.

1.2 DOS OBJETIVOS

Traço como objetivos para este estudo:

- Analisar a constituição histórica do discurso da bioética em sua articulação com o discurso da tecnobiomedicina e o modo como os desdobramentos estratégicos e tecnológicos desse discurso atravessam o processo de produção do sujeito enfermeiro(a), gerando determinados modos de conceber e intervir desse sujeito no contexto da terapia intensiva.
- Conhecer as tensões no fazer/saber da enfermagem, que podem ser discursivamente articuladas à bioética, ou problematizadas a partir da emergência desse discurso.

1.3 UPGRADE (DO OBJETO)⁴

A alma é como uma balança, inclina-se para um e outro lado. Queiramos ou não, inclina-se conforme a verdade que é levada a reconhecer. (FOUCAULT, 2006, p. 172).

Ao dilatar minhas leituras acerca da bioética, pensava muito mais no Foucault político, nos seus estudos da governamentalidade, da gênese do Estado moderno e o tipo de poder que lhe é característico. Nesse percurso, acabei por direcionar minha análise balizando-a no curso ministrado por Michel Foucault, no Collège de France em 1981-1982, intitulado *Hermenêutica do Sujeito*. Portanto, mantendo-me no Foucault político, mobilizo-me, também, para averiguar um modo de conduta, um conjunto de valores, um conjunto de técnicas, certo conjunto de cultura de si.

Mas, Foucault (2006) emprega a palavra cultura sob determinadas condições. Nessa perspectiva, sinaliza que se pode falar de cultura quando atendidas quatro condições, a saber: dispor de um conjunto de valores que têm entre si um mínimo de coordenação, de subordinação, de hierarquia; que esses valores sejam dados como sendo ao mesmo tempo universais, mas também ocasião de um mecanismo de seleção e de exclusão; a fim de que os indivíduos atinjam esses valores, são necessários certos esforços e sacrifícios dispendiosos e que polarizam toda uma vida; e, por fim, que o acesso a esses valores seja condicionado por procedimentos e técnicas mais ou menos regrados, que tenham sido elaborados, validados, transmitidos, ensinados e estejam também associados a todo um conjunto de noções, conceitos, teorias, a todo um campo de saber.

Desde logo, passei a refletir se determinadas questões⁵ atuais foram suscitadas a partir da bioética, ou se algumas dessas questões é que desencadearam e legitimaram a emergência de uma discussão bioética. Nesse confronto entre questões e emergência de um determinado modo de falar delas, expandiram-se os problemas relacionados com os valores em todas as profissões de saúde, entre estas, a enfermagem e a medicina. Nessa situação, os médicos e as enfermeiras sempre enfrentaram perguntas a respeito do que é correto e bom para os pacientes em particular. Hoje em dia, essas perguntas se complicaram. As questões suscitadas pela

⁴ Utilizo essa expressão baseando-me no texto de Luís Henrique Sommer, intitulado *Tomando palavras como lente.s* (SOMMER, 2005).

⁵ Utilizo o termo questão ao invés de problematização. Busco, com isso, preservar a noção de problematização somente quando empregada na perspectiva foucaultiana.

tecnologia moderna de diagnóstico e as poderosas intervenções terapêuticas novas pressionam porque elas ameaçam o que até agora se manteve intocável: a relação de confiança entre os profissionais de saúde e seus pacientes, o que extrapola o espaço institucional, porque demasiadamente abrangente. Por isso, pergunto: o novo campo da bioética poderia ser entendido como uma tentativa de resposta a essa ameaça por meio do “governo”⁶, como prática social concreta utilizada para regular a conduta tanto do experts como da população em geral? Ou ainda: cada novo desenvolvimento traz novos problemas éticos? Com outras atitudes, diferentes normas, com mais e diferentes princípios que se unem para dar continuidade à bioética?

Schramm (1993) afirma que a importância atribuída hoje à bioética parte da idéia de que novos poderes exigem novos deveres ou responsabilidades, e de que essas responsabilidades devem ter a mesma potência do poder. Assim, quanto maior a capacidade humana de intervir na vida, maior deve ser sua capacidade de cuidar da vida. (SCHRAMM, 1993). Mesmo concordando com essa alegação de Schramm, a partir de um determinado sentido, tensiono- a. Para isso, reporto-me a Veiga-Neto (2006), no ponto em que nos lembra que Foucault propõe a articulação entre o poder e o saber e, com isso, procede uma inversão da conhecida equação que Bacon propusera no início do século XVII: mais saberes conferem mais poderes. Ou seja, em Foucault, não se trata de negar à máxima baconiana, mas de compreender que, antes, os saberes constituem-se balizados numa vontade de poder e, quase ao mesmo tempo, acabam funcionando como correias transmissoras do próprio poder a que servem. Infiro dessa assertiva que outros saberes exigem outros poderes e vice-versa; não há mais saber, conseqüentemente, mais poder; há, pois, mobilizações de poderes e de saberes concomitantes.

Por sua vez, Gayon (2002) pontua que a expressão bioética merece uma atenção mais imediata, pois esta implica um tipo de reflexão que seja ao mesmo tempo “biológica” e “moral”; portanto, uma reflexão que pertença tanto ao âmbito da ciência como ao dos valores. Em outras palavras, trata-se de um discurso que é, a uma só vez, descritivo e normativo; um discurso que nos diz ao mesmo o que somos e o que devemos ser.

⁶ Veiga-Neto (2005) sugere que o vocábulo *governo* passe a ser substituído por *governo*, nos casos em que estiver sendo tratada a questão da ação ou ato de governar. Ele entende que basta conhecer minimamente a crítica foucaultiana da Razão Política para entender que Foucault diferencia a palavra *Governo* – enquanto instância governamental, administrativa e central do Estado – da ação de governar – enquanto práticas de governo, ações distribuídas microscopicamente pelo tecido social e exercidas, por exemplo, pelo pai de família, pelo pedagogo e pelo professor. Enfim, como em língua portuguesa *gouverne* e *gouvernement* são vocábulos expressos somente pela palavra governo, Veiga-Neto considera que o sufixo -mento, da palavra *governo*, poderia denotar melhor o sentido de “instrumento da ação”, resolvendo a ambigüidade manifestada em cada momento em que ela aparece, na medida em que exige que o leitor decida de que governo se está falando.

A argumentação construída por Gayon (2002) sustenta um viés pouco diferente da bioética. Esse filósofo a considera um campo híbrido, mas isso na proporção em que a ela é ética médica e, tal como a ciência, de certo modo implicada na elaboração da moral ou, ao menos, na elaboração de certa classe de normas morais. Segundo Gayon (2002), existem duas maneiras de entender esse campo híbrido. A primeira, com um enfoque otimista e tradicional, consistiria em dizer que a bioética não é outra coisa que uma aplicação de princípios da moral geral a situações particulares, criadas pela biologia e a medicina modernas. Nesse sentido, a bioética não seria outra coisa que uma ética aplicada. A outra interpretação possível desse campo híbrido consistiria em admitir que a ética possa realmente ser afetada por nosso conhecimento científico e nossas habilidades técnicas. Por essa segunda interpretação, deduzo que a biomedicina não seria unicamente um âmbito de aplicação da ética fundacional, e sim também um companheiro envolvido na elaboração de regras morais. Para Gayon (2002), se admitida a segunda interpretação da bioética, uma consequência importante disso é que em medicina não somente os juízos objetivos necessitam ser comprovados pela experiência, como os juízos de valor necessitam também ser submetidos à mesma exigência.

Portanto, há, inclusive, quem diga que foi justamente a emergência da bioética – propondo-se a abordar os dilemas éticos tão característicos das sociedades modernas e oferecendo assessoria crucial aos líderes sociais, políticos e profissionais – que salvou a ética da declinação e do desinteresse. Nesse processo, os problemas dos quais passou a se ocupar a bioética não somente criaram um novo interesse na ética, como salvaram a ética da irrelevância criada por uma visão demasiadamente abstrata. Os filósofos, teólogos, advogados e sociólogos prontamente acordaram que os aspectos éticos da medicina e das ciências biológicas eram áreas fascinantes e começaram a estudá-las. (DRANE, 2002; PEGORARO, 2005).

Foucault (2006, p. 166) indagou: “ O que é, por assim dizer, esta mão estendida, esta ‘edução’ que não é uma educação, mas outra coisa ou uma coisa mais que educação?” Atualizando o seu pensamento, apresento, aqui, o filósofo, o advogado, o cientista, o teólogo, o professor universitário, as comissões de ética, as associações de classe, os administradores de hospitais, como algumas das – do que passo a denominar – autoridades patentes⁷ do discurso da bioética e da tecnobiomedicina. É, pois, a eles que precisamos perguntar como devemos nos conduzir, e são eles que dizem não somente como devemos nos conduzir, mas

⁷ Considero, aqui, autoridade patente o sujeito “apto” a operar um discurso que incorpora outros discursos de diferentes campos de saber. Logo, ele é capaz de dizer e de fazer o que diz e o que faz, justamente por ocupar um espaço de fronteira, um espaço que articula tangenciando um pouco mais ou um pouco menos, conforme o caso, o discurso ético, o discurso legal, o discurso moral e o discurso científico.

também como devemos conduzir os demais sujeitos. Portanto, essas autoridades patentes apresentam-se, ruidosamente, como capazes de governar os sujeitos, de governar os que governam os sujeitos e de constituir assim uma prática geral do governo em todos os graus possíveis: 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, por exemplo, 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, permitirão aos que os escutam fazer a prática de si mesmos, cuidar de si e alcançar enfim aquilo que lhes é proposto como objeto e como meta, e que são eles próprios? Hoje, e no contexto do cruzamento bioética e tecnobiomedicina, faz sentido atualizar essas indagações?

No entanto, o que posso argumentar, neste momento, é que Foucault pensa e localiza a emergência de novas formas de subjetividade. É peculiar, em toda a obra do filósofo, o quanto ele demonstra que o sujeito moderno tem sido obrigado a identificar sua subjetividade nas mais diversas e diferentes práticas. Em sua busca por inventariar as diferentes práticas de subjetivação, Foucault (2006, p. 281) indaga: “como se estabelece, como se fixa e se define a relação entre o dizer-verdadeiro (a veridicção) e a prática do sujeito?”

Nessa direção, entendo que a genealogia, ao fazer a análise histórica das condições políticas de possibilidade do discurso, configura-se como uma forma de análise de discurso. Assim, os enunciados, ao serem descritos como pertencentes a uma determinada formação discursiva (no caso, o discurso da bioética, o discurso da tecnobiomedicina), são apreendidos como relações que se estabelecem entre poder e saber e se entrecruzam no sujeito enfermeiro(a). Aquilo que opera esse cruzamento do saber com o poder no sujeito é o discurso.

Mais do que isso, agora é um bom momento para indagar: Como pretendo utilizar um Foucault que utilizou três formas específicas de análise, designadas de “arqueologia”, “genealogia” e “ética”⁸, ao abordar a análise dos sistemas de conhecimento, as modalidades do poder e as relações do eu consigo próprio? Explícito: a noção de governmentação cruza todo esse cenário na medida em que estabelece um continuum entre a microfísica do poder, ligada

⁸ Morey (*apud* HERMANN, 2005, p. 86) adverte sobre os riscos em assumir a classificação arqueologia, genealogia e técnicas e tecnologias da subjetivação e da moral de modo estanque, pois os procedimentos metódicos não se substituem um pelo outro, mas se englobam em “círculos cada vez mais amplos”.

às tecnologias políticas do corpo e à aplicação de técnicas disciplinares nas prisões, e as preocupações gerais da soberania política, direcionadas para gestão das nações, populações e sociedades no quadro das relações institucionais; as estratégias estabelecidas para a direção e condução de indivíduos livres, fazendo equivaler às práticas do eu com as práticas do governo. (RAMOS DO Ó, 2001).

Compreendo disso que estamos em uma época que o poder é espreado, tornando obsoleta uma lógica de denominação que adotava uma dinâmica concentração/rarefação desse poder. Ou ainda, a análise de poder não é efetuada sobre as dicotomias central/periférico e macro/micro. Um novo quadro se configura, no qual esse continuum nos devolve os jogos de poder muito perto do chão. E assim, Foucault mostra como historicamente o poder político vai se exercendo cada vez mais por meio de alianças delicadas entre uma miríade de autoridades, sendo possível a agregação de realidades que vão desde as relações econômicas à conduta dos indivíduos particulares. Nesse tempo em andamento, a questão em causa é o poder que se liga antes aos modos como, numa dinâmica em que a autonomia e liberdade estão cada vez mais presentes, produzem-se cidadãos. E esses cidadãos não são destinatários, mas intervenientes nos jogos e nas operações de poder.

Assim, para o teórico, o poder não existe, o que existe são práticas e técnicas ou relações de poder. O poder em Foucault está relacionado a formas de exercê-lo. Ou seja, diferente do Estado, ao poder se articulam mecanismos heterogêneos e complementares como uma rede de dispositivos ou mecanismos a que nada ou ninguém escapa. Os poderes têm menos necessidade de nos reprimir do que nos angustiar, ou de administrar e de organizar nosso cotidiano. Para além disso, Foucault se propôs a realizar uma análise ascendente do poder, estabelecendo uma concepção positiva, isso é, produtiva e transformadora do poder. É então que surge, segundo Machado (1988, p. XIX), uma das teses fundamentais da genealogia: “O poder é produtor de individualidade. O indivíduo é uma produção do poder e do saber”.

Nessa direção, Foucault através da noção de governo faz valer a “liberdade” do sujeito, descobrindo a matéria da ética no epicentro de todas as relações sociais. Nessas sociedades governamentalizadas, o poder amplia-se porque exatamente se dirige a homens livres, que se percebem como indivíduos autônomos.

Em síntese, Foucault, ao considerar o assunto do poder político, situando-o na questão mais geral do governo – como campo estratégico de relações de poder móveis, transformáveis e reversíveis – não deixa de passar, teórica e praticamente, pelo âmbito de uma ética do sujeito definido pela relação de si para consigo. Isso significa que, no tipo de análise

que Foucault propõe, considera-se que relações de poder/governamentalidade/governo de si e dos outros/relação de si para consigo compõem uma cadeia, 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 “governamentalidade da distância ética”, explicitada por ele 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 retiro, um recuo em relação às atividades nas quais estamos empenhados, prosseguindo-as, todavia, para manter entre nós e nossas ações a distância constitutiva do necessário estado de vigilância. O cuidado de si não tem por finalidade cortar o eu do mundo, mas prepará-lo, em vista dos acontecimentos do mundo, como sujeito racional de ação. Assim, 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. Portanto, a explicitação dessa “governamentalidade da distância ética” faz ver que era precisamente de política que se tratava. (FOUCAULT, 2006).

O cuidado de si, longe de gerar a inatividade, nos faz 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 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 menos como uma escolha oposta à atividade política, cívica, econômica, familiar, do que como uma maneira de manter essa atividade nos limites e nas formas considerados convenientes. De outro modo, a cultura de si não é a alternativa à atividade política, é, sim, dela um elemento regulador. (FOUCAULT, 2006).

Logo, as tecnologias de governo vão ganhando corpo sempre a partir dessa consciência aflita desses sujeitos, ao verificarem que se ocupam com atividades precisas e provisórias, portanto, um mar de realidades lhes escapa, existindo sempre novos domínios a dever atrair sua atenção. Por sua vez, esses novos domínios produzem problemas em vez de solucionar, mas que, por isso mesmo, exigem cada vez mais novas e novas medidas para sustentar uma regularidade apreendida.

Baseada nisso, pensava como uma investigadora que, ao deter-me especificamente na

discussão sobre a tecnobiomedicina em sua articulação com a bioética e enfermagem⁹, deveria estar atenta, assinalando e mapeando alguns dos processos em que passou a ser intensificado, maximizado e aperfeiçoado esse conjunto de práticas e determinados tipos de relações que foram e estão estabelecendo (para a enfermeira intensivista) maneiras de ser e de fazer, orientadas para objetivos comuns e reguladas por reflexões contínuas sobre os resultados obtidos.

Aqui, segundo Ramos (2006), o movimento buscado nada mais é do que o de uma problematização¹⁰, no sentido foucaultiano, do que de mais notável tem a bioética, daquilo que nos faz admirá-la e valorizá-la, sua capacidade de dizer por nós as coisas das quais precisamos, das nossas circunstâncias, do nosso mundo. E dizer em diversos tons e formas, para que não deixe ninguém de fora da sua capacidade de representar a todos; logo,

uma problematização que antes de desenhar o mapa discursivo da bioética a vê como se fosse um mapa do presente, sinalizando ameaças, perdas, posições, alvos, territórios e alianças. Pessoas, nomes, lugares, instituições e qualificações não se ausentam, já que nunca deixam de ocupar suas posições num discurso que não será apagado, mas figuram como personagens mais móveis, como representativos de uma verdade que veiculam e ajudam a fortalecer. (RAMOS, 2006, p. 15).

Para desenvolver tal intento, a seguir, no capítulo 2, “delimito” o referencial teórico e o percurso metodológico, procurando por meio de uma experiência analítica efetuar específicos deslocamentos pelo que se diz da pós-modernidade, dos pressupostos teóricos do pós-estruturalismo e da filosofia de Foucault, com alguns de seus respectivos conceitos. Nesse intuito, também aponto os sujeitos e o corpus de análise, os procedimentos operacionais do estudo e aspectos éticos a serem considerados.

Já, no capítulo 3, efetivo uma revisão da literatura sobre os conceitos que compõem a temática da bioética. Nele há, também, uma trajetória por diferentes referenciais teóricos, buscando demonstrar a polissemia de pensamentos, os distintos olhares que abarcam tal

⁹ Neste momento, articulo a enfermagem à bioética e tecnobiomedicina, na medida em que, se desconsiderar isso, cria-se uma tensão. A enfermagem também diz, e de um lugar bem privilegiado, maneiras de ser e de fazer do(a) enfermeiro(a) intensivista. Mas, tratarei desse aspecto nos próximos capítulos.

¹⁰ Mantenho esta nota de rodapé de RAMOS (2006, p. 15): “Ao dizer de um sentido foucaultiano para problematização remete ao fazer ‘algo’ entrar no jogo da verdade, tornar-se objeto do pensamento. Nas palavras de Foucault (2004a, p. 242): ‘Problematização não quer dizer representação de um objeto preexistente, nem tampouco a criação pelo discurso de um objeto que não existe. É o conjunto das práticas discursivas ou não-discursivas que faz alguma coisa entrar no jogo do verdadeiro e do falso e o constitui como objeto para o pensamento (seja sob a forma da reflexão moral, do conhecimento científico, da análise política, etc.)’”. Originalmente, em entrevista com F. Ewald, Magazine littéraire, nº 207, maio de 1984, p. 18-23, intitulada “O cuidado com a verdade”.

assunto.

Os “capítulos” 4, 5 e 6, respectivamente, consubstanciam-se na análise propriamente dita e são formatados em artigos, de acordo com as normas dos periódicos selecionados para submissão de publicação.

O último capítulo é a síntese da tese. Na síntese da tese, prefiro dizer que, mesmo que sempre provisoriamente, procurei amarrar, demonstrar a seqüência utilizada até a efetivação dos artigos. Ao final, sinalizo o que ainda deve e pode ser produzido a partir das fontes documentais e de entrevistas.

2 “CAMINHO” INVESTIGATIVO

2.1 UMA EXPERIÊNCIA ANALÍTICA... UMA TEORIZAÇÃO

A separação entre o que necessitamos de nossos intelectuais acadêmicos e eticistas e o que eles passam seu tempo a fazer me fazem lembrar uma separação semelhante durante o período de Vietnã. Enquanto toda a sociedade norte-americana estava se dividindo por causa de conflitos éticos sobre a guerra, alguns filósofos morais que se dedicavam à análise lingüística gastavam seu tempo decompondo em palavras expressões e frases. (DRANE; PESSINI, 2005, p. 84).

O cuidado é uma questão de atitude frente às pessoas e ao mundo, e não a uma questão de gênero. Ainda assim, Gilligan não desconsidera por completo a construção histórico-social das relações de gênero, chamando a atenção para o fato de que as qualidades especificadas pelos achados dos estudos psicológicos como as necessárias para a vida adulta – capacidade para o pensamento autônomo, clareza na tomada de decisão e ação responsável – usualmente, estão mais associadas à masculinidade, sendo consideradas indesejáveis como atributos do eu feminino. Paradoxalmente, os traços tradicionalmente definidos como ‘bondade’ para as mulheres – seu cuidado e sensibilidade para com as necessidades dos outros – configuram suas deficiências no desenvolvimento moral. (ZOBOLI; SARTÓRIO, 2006, p. 386-7, RMS19).

De imediato indago: o que posso consubstanciar como um pretenso “caminho” investigativo a seguir, na medida em que, muitas vezes, uma maior formatação de um capítulo teórico e metodológico anda na contramão da teorização foucaultiana? Uma teorização que não se refere a falar em teoria, se entendermos como tal uma ordenação sistemática, seqüencial, lógica e hierarquicamente encadeada de enunciados, princípios, leis e respectivos processos metodológicos e recursos instrumentais. Nessa perspectiva, o mais importante é examinar e analisar as práticas concretas, em sua “microscopicidade”, em sua especificidade, caso a caso, tratando de “descer ao estudo das práticas concretas pelas quais o sujeito é constituído na imanência de um campo de conhecimentos”. (FOUCAULT, 2006, p. 237).

Portanto, a pergunta que não precisa calar: o que esse parágrafo inicial tem a ver com os excertos selecionados acima? Muito simples: o parágrafo inicial e os excertos têm por

objetivo registrar e justificar o caráter quase experimental desta seção. Uma experiência analítica e que, justamente, a partir dela, transitarei¹¹ pelo que se diz da pós-modernidade, dos pressupostos teóricos do pós-estruturalismo e da filosofia de Foucault com alguns de seus respectivos conceitos, mais especificadamente com baliza na Hermenêutica do Sujeito. Nessa direção, em minha analítica, os dois excertos se aproximam de muitos modos.

Inicialmente, explico algo bem peculiar ao modo de analisar da abordagem teórico-metodológica pós-estruturalista: ao analisar esses excertos não os confundirei tanto com as afirmações dos sujeitos que escreveram os textos, como com os que foram descritos e que falaram em determinado momento nesses mesmos excertos. Assim, tais excertos serão tratados em sua materialidade enunciativa e não como uma simples descrição ou análise de conteúdo em si; é, pois, uma certa forma de refletir e de ler o texto, não de achar ‘o’ significado desse texto. (CHEEK, 2000). É uma análise que situa o texto em seu contexto social, histórico, cultural e político.

Situemos os excertos. O excerto à esquerda, de autoria de Drane e Pessini (2005) está inserido em um capítulo de livro intitulado *Ciência e tecnologia: uma ética de limites*, no qual eles estão a argumentar que

uma ética da ciência e da intervenção tecnológica não é algo de que só se devam ocupar membros da academia em uma discussão abstrata e desvinculada da realidade. Ou seja, é uma questão que concerne também a cientistas, legisladores, líderes religiosos e administradores de hospital, na medida em que os seres humanos vivenciam valores em seu contato com a realidade. A ética e valores não são apenas sentimentos subjetivos desligados da experiência objetiva. A ética foi apartada dos fatos e do foco nos fatos por pensadores iluministas e modernistas. O pós-modernismo, em reação a isso, transformou tudo em valor subjetivo (como vejo as coisas) e sentimento privado (o que eu sinto é certo). Ambas as perspectivas são seriamente defeituosas. (DRANE, PESSINI, 2005, p. 84).

Por sua vez, o excerto à direita, escrito por Elma Zoboli e Sartório (2006, RMS19¹²),

¹¹ Penso que referir-me a “específicos deslocamentos” contempla a noção de que não pretendo fazer, aqui, um tratado acerca da Pós-modernidade e do Pós-estruturalismo. A idéia é, justamente, abordar aqueles aspectos específicos e pertinentes para aproximá-los de uma analítica foucaultiana. No entanto, esclareço que Michel Foucault não se considerava um Pós-estruturalista. Enfim, opero minha análise na confluência entre Pós-estruturalismo e Foucault.

¹² ZOBOLI ELCP; SARTÓRIO NA. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. O Mundo da Saúde 2006 jul./set.; 30(3): 382-97. Para fins de distinguir melhor os artigos selecionados para corpus de análise ao longo da tese das demais referências utilizadas nesta investigação, os artigos serão, também, identificados pela sigla discriminada no Anexo A – Artigos Selecionados para Corpus de Análise. Por exemplo: Este artigo de Zoboli e Sartório é identificado com a sigla RMS19 (Revista O Mundo da Saúde; número 19, conforme listagem

discute as contribuições do enfoque da ética do cuidado para a interface bioética e enfermagem, centrando sua abordagem na concepção de ética do cuidado proposta por Carol Gilligan, em sua obra *In a different voice: psychological theory and women's development*, editada em 1982 e reimpressa, pela trigésima primeira vez, em 1993. Os autores evidenciam, em Gilligan, uma preocupação em explicar um desprezo à diferente voz do cuidado, na construção de um conhecimento científico que implicitamente já adotou um viés masculino como a norma e tenta a ele moldar tudo e todos. Na concepção de Gilligan, os diferentes, ou seja, os que não se encaixam nesse padrão são vistos como desviantes, ou defectivos morais. Assim, a teoria do desenvolvimento moral proposta por Gilligan é incluir a voz e a perspectiva usualmente excluída pelo fato de ser associada, historicamente, socialmente, ao gênero feminino. E, segundo Zoboli e Sartório (2006, RMS19), a partir da publicação desta obra, tornaram-se, de certo modo, usuais trabalhos diferenciando a ética da justiça e a ética do cuidado.

Tanto o excerto da esquerda como o da direita instigam a pensar que a questão é saber quem pode dizer o que está sendo dito, que posição deve ocupar o sujeito que enuncia, de que lugar ele fala, a que campos de saberes ele pertence, com que outros enunciados ele se relaciona. O excerto à esquerda está sendo dito por duas importantes autoridades no mundo da atual discussão bioética e sinaliza algumas limitações de se pensar a ética da ciência e da intervenção tecnológica a partir de um referente que somente contemple a objetividade em detrimento da subjetividade e vice-versa. Drane e Pessini (2005) operam as discussões da bioética inspirados na antropologia-filosófica personalista.

O excerto à direita escancara valores legitimados na sociedade, os quais contrastam uma orientação primária de meninos e homens com a de meninas e mulheres. A escrita de Gilligan é permeada pela lógica psicológica do desenvolvimento moral a qual assinala que, nesse contraste entre homens e mulheres, há tendências de empregar estratégias diferentes de raciocínio e de aplicar temas e conceitos morais distintos na formulação e resolução de problemas éticos. O imperativo moral para as mulheres configura-se na obrigação de cuidar, já para os homens, aparece como o dever de respeitar as pessoas protegendo-as de qualquer interferência em sua autonomia ou nos direitos à vida e à auto-realização. Para a enfermagem, profissão atrelada ainda muito às mulheres, a ética do cuidado, quase sempre, tem sido tomada como algo essencial. Desse modo, mesmo que Gilligan rebata a noção de incapacidade – gerada pela representação ou por omissão de certos aspectos e verdades sobre

no Anexo 1). Além disso, esclareço que esmiúço mais o corpus de análise, ainda neste capítulo, na parte intitulada Os Sujeitos, as Fontes e os Procedimentos Operacionais do Estudo.

a vida – das mulheres se ajustarem aos modelos éticos e morais existentes, salientando que isso tem mais a ver com temas do que propriamente com gênero, a sua questão-chave está nas motivações do descaso à noção de cuidado e sua incipiente influência na ética. Ou seja, ela suscita, a partir desse pressuposto, um necessário aprimoramento da voz e intuição das mulheres na ética do cuidado para, justamente, revigorar um papel de contracultura, de transformação social, proporcionando fim à opressão sofrida pelas mulheres e outros grupos historicamente oprimidos.

Porém, Zoboli (2004, REE11), em outro artigo publicado acerca dessa mesma temática, prossegue suas argumentações evidenciando um temor: ela analisa, entre outros pertinentes aspectos, que enfatizar o cuidado como virtude feminina pode servir para manter as mulheres no lado mais vulnerável da relação de gêneros. Finalmente, considero que as análises de Gilligan e as argumentações de Zoboli evidenciam, na perspectiva de análise pós-estruturalista aqui adotada, posições antagônicas a respeito da ética do cuidado. Ao versarem sobre a ética do cuidado, Gilligan propõe uma alocação fortalecida no pólo dicotômico e Zoboli anuncia seu temor em relação a uma possível sustentação das mulheres no pólo dicotômico fragilizado. Mas, ao considerarem a ética do cuidado como próprio das mulheres e capaz tanto de sustentar uma fragilização, como de alavancar um fortalecimento político na relação dicotômica e hierárquica ética do cuidado/ética da justiça, perpetuam uma mesma rede discursiva. De outro modo, o cuidado – entendido como bondoso – essencializado como melhor praticado por mulheres, ao ser visualizado assim, prioriza a alternância na relação dicotômica entre ética da justiça – homens *versus* ética do cuidado – mulheres; nesse processo de alternância, paradoxalmente, mulheres e homens, sujeitos aí envolvidos, acabam por não visibilizar a construção essencializada e naturalizada dos modos de ser de um e de outro, a construção essencializada e naturalizada do que importa como conhecimento científico.

Neste sentido, Foucault sinaliza que o problema ao mesmo tempo político, ético, social e filosófico que hoje se nos coloca não é o de tentar liberar, a nós, do Estado, em seus propósitos gestores e normalizadores, individualizantes e identificadores. Devemos, sim, promover novas formas de subjetividade. O que se deve opor ao Estado são, precisamente, as práticas de si, tomadas na dimensão relacional e transversal. Seus textos acerca da questão *gay* contêm os enunciados decisivos da nova política de Foucault. Por isso apoio-me nesses textos para sustentar o pressuposto de que não se deveria limitar apenas à reivindicação de uma igualdade, ou de um deslocamento entre as diferenças éticas do cuidado/ética da justiça. Trata-se, ainda menos, de definir a verdade de uma natureza essencializada de uma e de outra. Nessa direção, talvez possa se dizer que normalizar a ética do cuidado, lutar pelo

reconhecimento de uma identidade verdadeira do sujeito que cuida, manter-se na reivindicação de direitos igualitários, tudo isso parece uma maneira de cair na grande malha da instituição. Para Foucault, a resistência está em outro lugar: na invenção de uma nova ascese, uma nova ética, um novo modo de vida de homens e mulheres. Pois as práticas de si não são nem individuais nem comunitárias: são relacionais e transversais. (FOUCAULT, 2006, p. 660).

Por ter configurado o campo de discussão de cada um dos excertos, desloco-me para outra não menos importante questão. Ao dizer que Drane e Pessini olham a bioética a partir da antropologia-filosófica personalista e sinalizar que no artigo de Zoboli e Sartório há um direcionamento para um discurso decodificado no campo da bioética como essencializando ser mulher ou ser homem, não me faz pensar em um melhor ou pior modo de dizer das coisas do mundo. Faz-me, sim, indicar que estamos em um contexto múltiplo de discussões, com diferentes ângulos de observação e marcas de outras linguagens constitutivas de modos de ser e de viver. Portanto, os desafios colocados para aqueles(as) que se propõem a realizar pesquisas em abordagens pós-estruturalistas envolvem

esta disposição de operar com limites e dúvidas, com conflitos e divergências, e de resistir à tentação de formular sínteses conclusivas; de admitir a provisoriade do saber e a co-existência de diversas verdades que operam e se articulam em campos de poder/saber; de aceitar que as verdades com as quais operamos são construídas, social e culturalmente. (MEYER, SOARES, 2005, p. 40).

Mais do que demarcar juízo de valores, destaco, sim, que Drane e Pessini (2005), ao considerarem a perspectiva moderna e a pós-moderna como defeituosas para uma adequada abordagem das atuais discussões da bioética, expressam e reproduzem um processo de conhecer que, da perspectiva pós-estruturalista, é já constituído a partir da linguagem. “É, então, na linguagem, que se constroem os ‘lugares’ nos quais indivíduos e grupos posicionam ou são posicionados por outros”. (MEYER, SOARES, 2005, p. 40). No entanto, ênfase: isso não significa que tudo vale; a análise desloca-se para a importância de considerarmos os efeitos da linguagem, sua produtividade e, através disso, justamente, perceber o caráter precário e provisório do que se diz de uma suposta realidade. Uma realidade sempre contundente, com muitos e potenciais efeitos sobre os sujeitos, mas sempre, tal como a linguagem, precária e provisória.

Disso decorre a tomada de textos escritos e expressões orais como reveladoras de certas conformações, referências e demarcações de determinados discursos que, por sua vez,

operam no interior de disciplinas e práticas sociais em diferentes formas e estratégias de poder e intervenção na vida social. (RAMOS, 2002). Os elementos discursivos são construídos por pensamentos e compreensões particulares e, eles mesmos, constroem pensamentos e compreensões particulares, produtores de desdobramentos que não se restringem a esfera textual. (CHEEK, 2000). Retomando, os dois excertos são produzidos sob efeitos de linguagem e produzem efeitos sobre os sujeitos, concomitantemente.

Longe de esgotar a reflexão, essa minha analítica experimental¹³ promove deslocamentos, quais sejam, discutir a pós-modernidade, tratada a partir da perspectiva pós-estruturalista e ampliar o referencial teórico foucaultiano. Assim, pode-se dizer que o pós-modernismo é um movimento intelectual que é definido como uma mudança de época. Esse movimento, através de um conjunto variado de perspectivas, abrange uma diversidade de campos intelectuais, políticos, estéticos e epistemológicos. Por analogia, Foucault (2000, p. 341), ao fazer referência à modernidade, sinaliza para o fato de que normalmente esta é tratada como “uma época ou, em todo caso, como um conjunto de traços característicos de uma época; ela é situada em um calendário”, no qual seria precedida de uma mais ou menos ingênua e arcaica pré-modernidade e seguida de uma inquietante e enigmática pós-modernidade. No entanto, Foucault continua a sua argumentação, tensionando um pouco a assertiva de uma ‘simples’ mudança de época. Nesse sentido, ele indaga se não podemos encarar a modernidade mais como uma atitude do que como um período da história.

Por atitude, quero dizer um modo de relação que concerne à atualidade; uma escolha voluntária que é feita por alguns; enfim uma maneira de pensar e de sentir, uma maneira também de agir e de se conduzir que, tudo ao mesmo tempo, marca uma pertinência e se apresenta como uma tarefa. [...] Conseqüentemente, mais do que querer distinguir o ‘período moderno’ das épocas ‘pré’ ou ‘pós-modernas’, creio que seria melhor procurar entender como a atitude de modernidade, desde que se formou, pôs-se em luta com as atitudes de ‘contramodernidade’. (FOUCAULT, 2000, p. 341-2).

Uma das problematizações da pós-modernidade é o questionamento aos princípios e pressupostos do pensamento social e político estabelecidos e desenvolvidos a partir do Iluminismo. São as noções de razão e de racionalidade, fundamentais para a perspectiva iluminista da modernidade, que estão em questão aí. Por sua vez, o pós-estruturalismo apresenta uma teoria do modernismo no momento de sua exaustão e é justamente isso que o faz pós-moderno. Em outras palavras, trata-se, pois, de uma crítica à filosofia humanista do

¹³ Portanto, reforço que a analítica, aqui realizada, busca apenas desdobrar-se em alguns temas e conceitos que, neste estágio de feitura da tese, suscitem uma posterior produtividade de discussões.

Renascimento e ao sujeito racional, consciente, autônomo e auto-transparente do pensamento humanista, à idéia de que um sistema de pensamento possa ter qualquer fundação lógica. (PETERS, 2000).

Dessa forma, o pós-estruturalismo é freqüentemente confundido com o pós-modernismo, uma vez que existem análises que não fazem qualquer distinção entre os dois. Mas, o pós-estruturalismo, tal como o estruturalismo, limita-se a teorizar sobre a linguagem e o processo de significação. A “fixidez do significado que é, de certa forma, suposta no estruturalismo, transforma-se, no pós-estruturalismo, em fluidez, indeterminação e incerteza”. (SILVA, 1999, p. 119).

É importante ressaltar que a leitura do sujeito, na perspectiva pós-estruturalista, não converge para nenhuma identidade preliminar e desconsidera a noção de profundidade do eu. São questionados os sentidos de qualquer operação essencialista de subjetivação. Mas, o que é subjetivação? Rose (2001) considera-a

o nome que se pode dar aos efeitos de composição e de recomposição de forças práticas e relações que tentam transformar – ou operam para transformar – o ser humano em variadas formas de sujeito, em seres capazes de tomar a si próprios como os sujeitos de suas próprias práticas e das práticas de outros sobre eles (ROSE, 2001, p. 139).

A subjetividade seria, assim, o resultado das interações que se operam tanto nas situações de face a face, como no trabalho interno que os indivíduos exercem sobre si mesmos. E, de acordo com Foucault, deve-se falar de formas de subjetividade. Portanto, ao parecer que ‘impedia’ de falar sobre o sujeito em geral, o que Foucault recusava era precisamente que se fizesse previamente uma teoria do sujeito – como seria admissível fazer, por exemplo, na fenomenologia ou no existencialismo. Ele procurou mostrar como o próprio sujeito se constituía, nessa ou naquela forma determinada, como sujeito louco ou são, como sujeito delinqüente ou não, através de um certo número de práticas, que eram os jogos de verdade e práticas de poder. Era, então, necessário que Foucault recusasse uma teoria a priori do sujeito, para poder fazer essa análise das relações possivelmente existentes entre a constituição do sujeito ou das diferentes formas de sujeito e os jogos de verdade, as práticas de poder. (FOUCAULT, 2006a). Isso significa que o sujeito

não é uma substância, é uma forma, e essa forma nem sempre é, sobretudo, idêntica a si mesma. Você não tem consigo próprio o mesmo tipo de relações quando você se constitui como sujeito político que vai votar ou toma a palavra em uma assembléia, ou quando você busca realizar o seu desejo em uma relação sexual. Há, indubitavelmente, relações e interferências entre essas diferentes formas do sujeito; porém, não estamos na presença do

mesmo tipo de sujeito. Em cada caso, se exercem, se estabelecem consigo mesmo formas de relação diferentes. (FOUCAULT, 2006a, p. 275).

Na medida em que tudo é uma produção, o mundo moral moderno não tem mais um centro, nem progresso ético. Disso surge a multiplicidade de perspectivas que lutam pela sua afirmação. A queda da metafísica e a transvaloração de todos os valores se dá sob a forma de um relacionamento estético com o mundo, na perspectiva da multiplicidade da aparência. O ponto de partida de uma estética da existência não é a identidade do indivíduo, mas a individualidade enquanto singularidade. Assim, em Foucault, a relação entre ética e estética acompanha Nietzsche na ruptura da metafísica e se direciona para um ethos, que deixa de ser obediência restrita às regras para se constituir numa busca da estética da existência. Logo, a arte não estaria relacionada apenas com os objetos e sim com a vida dos indivíduos. Além disso, ele considera inconcebível uma ética de princípios universais não revisados historicamente. (HERMANN, 2005). Nesse sentido, o filósofo afirma:

A procura de estilos de existência tão diferentes quanto possíveis uns dos outros, parece-me um dos pontos pelos quais a pesquisa contemporânea pode se inaugurar, há algum tempo, em grupos singulares. A procura de uma forma de moral que seria aceitável por todo mundo – no sentido de que todo o mundo deveria se submeter a ela – parece-me catastrófica”. (FOUCAULT, 2006, p. 645).

Sua estética da existência se reporta à recusa da filosofia moderna da subjetividade em que o sujeito constituiria a moral e o conhecimento, através da consciência e de seus conteúdos representacionais, para afirmar um estudo das práticas concretas, pelas quais os indivíduos se produzem na imanência de determinadas condições. Não há um indivíduo que seja verdadeiramente o que é através de uma ética da autenticidade. Essa descentralização, historização e singularização do sujeito situam a estética da existência no espaço pós (pós-metafísico, pós-moderno, pós-estruturalista) em que os contextos práticos cotidianos ocupam o lugar antes reservado à teoria e suas deduções normativas. (HERMANN, 2005).

Trata-se, assim, de uma atitude crítica diante da tentativa de fundamentar uma orientação normativa universal, não mais o que fundamenta, mas como o sujeito se constitui moral pelas suas próprias ações. Ao perguntar pelo como, a ética se defronta com uma variabilidade de modos de ser, um amplo espectro de possibilidades. (HERMANN, 2005, p. 86).

Em suma, a estética da existência se caracteriza por ser crítica e propor um modelo de experimentação. É crítica enquanto reconhece que os limites de saber e dispositivos de poder,

sob os quais se situam nossa experiência, não são imutáveis e a própria experiência histórica aponta que os modos de proceder mudam. É também um modelo de experimentação, porque submete à prova “tanto os limites impostos à experiência como a própria condição de sujeito que tais limites conferem”. Criar a si mesmo é uma atitude experimental que produz uma transformação a partir dos limites e contingências que nos são impostos. (HERMANN, 2005, p. 90).

Nessa perspectiva de análise, a ética não depende de um conceito de natureza humana, mas de práticas que as pessoas fazem, “está centrada num problema de escolha pessoal, de estética da existência”. A construção estilizada do sujeito ético não se dá através de regras morais categóricas, mas de acordo com uma arte de viver que parte da escolha de práticas e fórmulas ideais já conhecidas socialmente. A decisão mais importante é aquela que os indivíduos tomam em relação a si mesmo e aos outros, a estetização da ética, enquanto um processo de criação e construção de técnicas singulares, em que o sujeito gestione sua própria liberdade. Por isso Foucault distingue a ética da moral; a última “como um conjunto de valores e regras de ações propostas aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos diversos”; já a ética como “elaboração do trabalho ético que se efetua sobre si mesmo, não somente para tornar seu próprio comportamento conforme uma regra dada, mas também para tentar se transformar a si mesmo em sujeito moral de sua própria conduta”. (FOUCAULT, 1998, p. 26-7).

Como já dito anteriormente, Foucault não abandona o político para se dedicar à ética, mas complica o estudo das governamentalidades com a exploração do cuidado de si. Em caso algum a ética ou o sujeito são propostos para serem pensados como o outro do político e do poder. Desta feita, ele começa seu curso de 1981, e também o de 1982, demonstrando como o sujeito se autoconstitui ajudando-se com técnicas de si, definidas como procedimentos que existem em toda civilização, propostos ou prescritos aos indivíduos para fixar sua identidade, mantê-la ou transformá-la em função de determinados fins, e isso graças a relações de domínio de si sobre si ou de conhecimento de si por si. No entanto, elas não haviam se mostrado claramente para Foucault enquanto ele estudava a problematização do sujeito no Ocidente moderno, mascaradas talvez ou subordinadas às técnicas de dominação (Poder) e às técnicas discursivas (Saber). Assim, enquanto Foucault permanecia no estudo dos séculos XVIII e XIX, o sujeito era pensado como o produto objetivo dos sistemas de saber e de poder, o correlato alienado dos dispositivos de saber-poder em que o indivíduo vinha extrair e exaurir uma identidade imposta, exterior, fora da qual não havia salvação senão na loucura, no crime ou na literatura. A partir dos anos oitenta, estudando as técnicas de existência

promovidas pela Antiguidade grega e romana, Foucault deixa aparecer uma outra figura do sujeito, não mais constituído, mas constituindo-se através de práticas regradadas. (FOUCAULT, 2006).

Segundo Foucault, a filosofia elabora, desde Descartes, uma figura do sujeito enquanto intrinsecamente capaz de verdade: o sujeito seria a priori capaz de verdade, e apenas acessoriamente um sujeito ético de ações retas: “Eu posso ser imoral e conhecer a verdade.” Significa que, para o sujeito moderno, o acesso a uma verdade não depende do efeito de um trabalho interior de ordem ética (ascese, purificação, etc.). Na Antiguidade, ao contrário, o acesso de um sujeito à verdade dependia de um movimento de conversão que impusesse ao seu ser uma modificação ética. Na espiritualidade antiga, é a partir de uma transformação de seu ser que o sujeito pode pretender alcançar a verdade, enquanto para a filosofia moderna é porque está desde sempre esclarecido pela verdade que o sujeito pode pretender mudar a maneira de conduzir-se. (FOUCAULT, 2006, p. 633).

Logo, a tese de Foucault pode ser assim formulada: o sujeito da ação reta, na Antiguidade, foi substituído, no Ocidente moderno, pelo sujeito do conhecimento verdadeiro. Portanto, o curso de 1982 envolve uma história do próprio sujeito, na historicidade de suas constituições filosóficas.

Nessa perspectiva, reportando-se à Antiguidade grega e romana, Foucault, ao analisar a forma socrático-platônica, considera que a necessidade do cuidado de si eclode como uma urgência no momento em que o cidadão que tem status, conseqüentemente, segurança para formular seus projetos políticos, apercebe-se que ignora. Ignora o quê? Ignora o próprio objeto com que tem que se ocupar. Ele sabe que quer ocupar-se com a cidade. Porém não sabe como ocupar-se, em que consistirá o objetivo e o fim do que há de ser sua atividade política, a saber: o bem-estar, a concórdia dos cidadãos entre si. Não sabe qual é o objeto do bom governo e é por isso que deve ocupar-se consigo mesmo. Assim, nessa forma socrático-platônica, o cuidado de si é antes uma atividade, uma necessidade em determinado momento. Com as filosofias epicurista e estóica, o cuidado de si torna-se uma obrigação permanente de todo indivíduo ao longo de sua existência inteira e não distinto do cuidado do corpo, isto é, da dietética; do cuidado dos bens, da econômica; e do cuidado do amor, da erótica. (FOUCAULT, 2006).

Para ele, os dois grandes modelos – o platônico e o cristão – tiveram um imenso prestígio histórico que recobriu o modelo helenístico e romano e foram em seguida transmitidos a toda a história da cultura ocidental. No modelo “platônico”, existe a idéia de que conhecimento do ser e reconhecimento de si constituem uma única e mesma coisa. Ou seja, voltar a si e recuperar a memória da verdade são uma única e mesma coisa. E, em face

desse modelo platônico, foi desenvolvido um modelo cristão, cujo efeito foi assegurar a grande cisão e a separação, mesma, do modelo precedente e cujo resultado foi o de conferir ao conhecimento de si não a função memorativa de reencontrar o ser do sujeito, mas a função de detectar a natureza e a origem dos movimentos interiores que se produzem na alma. (FOUCAULT, 2006).

Por sua vez o modelo helenístico e romano, aquele que foi posto em prática e desenvolvido no decurso dos últimos séculos da era antiga e dos primeiros séculos da nossa era, diferentemente do modelo platônico, não identifica cuidado de si e conhecimento de si, nem absorve o cuidado de si no conhecimento de si. Ao contrário, tende a privilegiar o cuidado de si, a preservar-lhe pelo menos a autonomia em relação ao conhecimento de si, cujo lugar é limitado e restrito. Em segundo lugar, diferentemente do modelo cristão, o modelo helenístico não tende à renúncia de si, mas, a constituir o eu como objetivo a alcançar. Entre platonismo e cristianismo constitui-se, durante todo o período helenístico, uma arte de si que, para nós, seguramente não passaria de um episódio colocado definitivamente entre parênteses por aqueles dois grandes modelos, o anterior e o posterior, que em seguida o dominaram e o recobriram. Mas, justamente por isso, há um paradoxo a compreender – porque foi no interior desse modelo helenístico, nem platônico nem cristão, que se formou uma moral exigente, rigorosa, restritiva, austera. Moral que o cristianismo de modo nenhum inventou, pois o cristianismo, como toda boa religião, não é uma moral. Foi essa moral que o cristianismo utilizou e repatriou, de início, como ponto de apoio recebido explicitamente do exterior e que, a seguir, ele aclimatou, elaborou, trabalhou, mediante práticas que são as da renúncia a si. Em suma, o modelo do meio, o helenístico centrado em torno da auto-finalização da relação a si, da conversão a si, foi, contudo, o lugar de formação de uma moral que o cristianismo recebeu, herdou, repatriou e elaborou para dela fazer alguma coisa que hoje equivocadamente chamamos de “moral cristã”. (FOUCAULT, 2006).

No modelo platônico, a verdade apreendida é afinal aquela verdade essencial que nos permitirá conduzir os outros homens; é solicitado à alma que se volte sobre si mesma a fim de reencontrar sua verdadeira natureza. Já no modelo helenístico, haverá um olhar que se dirige não para a realidade das essências, mas para a verdade daquilo que se pensa. Trata-se de experimentar a verdade das representações e das opiniões que as acompanham. Trata-se de absorver uma verdade dada por um ensinamento, uma leitura ou um conselho; e que assimilamos até fazer dela uma parte de nós mesmos, até fazer dela um princípio interior, permanente e sempre ativo de ação. Trata-se também de saber se seremos capazes de agir em função dessa verdade de opiniões que experimentamos, e se de algum modo podemos ser o

sujeito ético da verdade que pensamos. (FOUCAULT, 2006).

De tal modo, no modelo helenístico, os “discursos verdadeiros de que precisamos só concernem àquilo que somos em nossa relação com o mundo, em nosso lugar na ordem da natureza, em nossa dependência ou independência quanto aos acontecimentos que se produzem”. Logo, são discursos verdadeiros que, decididamente, não decifram nossos pensamentos e nossas representações. (FOUCAULT, 2006, p. 606).

Temos, portanto, todo um conjunto de técnicas cuja finalidade é vincular a verdade e o sujeito. Mas, é preciso compreender: não se trata de descobrir uma verdade no sujeito, nem de fazer da alma o lugar em que, por um parentesco de essência ou por um direito de origem, reside a verdade; tampouco se trata de fazer da alma o objeto de um discurso verdadeiro. Ao contrário, trata-se de dotar o sujeito de uma verdade que ele não conhecia e que não residia nele; trata-se de fazer dessa verdade aprendida, memorizada, progressivamente aplicada, um quase-sujeito que reina soberanamente em nós. (FOUCAULT, 2006).

Todavia, a posição de Foucault em face do modelo helenístico não é de total fascinação. Para o filósofo, esse modelo, de certa maneira, acaba por preparar, antecipar uma codificação da moral como obrigação tirânica e normalizadora: uma lei de alcance universal. Enfim, Foucault evidencia que, quando, no modelo helenístico, “passaram a dizer: ‘estais obrigados a fazer isto porque sois um ser humano’, alguma coisa mudou. Não se trata mais de um problema de escolha; deveis fazer isto porque sois um ser racional.”. (FOUCAULT, 2006, p. 645). Assim, Foucault demonstra uma oscilação incessantemente entre o traçado nítido das rupturas e a insistência nas continuidades.

Dito isso, convém rematar esta etapa da escrita da tese explicitando que a idéia, aqui, não é propor uma volta à ética da antigüidade helenística e romana, até por que isso seria demasiadamente ingênuo. A idéia é sublinhar que nela – na ética da antigüidade helenística e romana – existem ferramentas de análise, através das técnicas, idéias, e procedimentos, que não podem e não necessitam ser efetivamente reativadas, mas pelo menos constituem, ou ajudam a constituir, um determinado modo de olhar, um ponto de vista que pode ser muito útil para analisar o que está acontecendo agora. Enfim, pretendo fazer valer o que Foucault anuncia:

Parece-me que a aposta, o desafio que toda história do pensamento deve suscitar, está precisamente em apreender o momento em que um fenômeno cultural, de dimensão determinada, pode efetivamente constituir, na história do pensamento, um momento decisivo no qual se acha comprometido até mesmo nosso modo de ser de sujeito moderno. (FOUCAULT, 2006, p. 13).

2.2 OS SUJEITOS, AS FONTES E OS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DO ESTUDO

Talvez seja a partir deste espaço de escrita, que mais toca demonstrar a minha caminhada, o meu processo de feitura desta investigação. Mesmo em ato de escrita, o olhar sobre um quase passado é já, aqui, um olhar retrospectivo. Um olhar possibilitado por um caminhar longo e num movimento incessante de vai-e-vem, operacionalizado muito, muito tempo antes de poder oferecer esta forma última, mesmo que sempre provisória, do meu trabalho. Neste momento, construí um saber, uma determinada verdade, cujo efeito comprometeu até mesmo meu modo de ser de sujeito moderno. Portanto, nessa caminhada de vai-e-vem, procurando, sempre, lembrar de Foucault em “obra”, privilegiei como corpus de análise:

Artigos: publicados pela enfermagem brasileira, no período de 1984 a 2007. Justifico a escolha do período inicial de 1984, balizada na própria investigação de Santiago e Palácios (2006), na medida em que elas apontam 1984 como o ano em que houve o primeiro artigo, publicado pela enfermagem brasileira na REBEn, que contemplou a temática bioética. Nessa direção, entendia como necessária a ampliação do período a ser analisado, por mim, para 2007, justamente por haver uma maior proliferação dessa temática, tanto na década de 90 como nesta primeira década do século XXI. Dando início ao processo de coleta do corpus de análise, em 15 de julho de 2007, fiz uma busca no site da Bireme¹⁴ e identifiquei numericamente tais descritores nas bases de dados¹⁵, relacionados abaixo:

Quadro 1: Artigos publicados pela enfermagem brasileira, no período de 1984 a 2007.

PALAVRAS	LILACS	MEDLINE	SciELO	BDEN F	MED CARIB
BIOÉTICA	2038	3185	111	41	4
BIOÉTICA E ENFERMAGEM	48	NÃO	NÃO	30	NÃO
BIOÉTICA E UTI	10	NÃO	2	2	NÃO
BIOÉTICA E UTI E ENFERMAGEM	2	NÃO	NÃO	1	NÃO
BIOÉTICA E TECNOLOGIA	11	NÃO	1	NÃO	NÃO

¹⁴ BIREME/OPAS/OMS (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) (www.bireme.br).

¹⁵ LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); Medline (*National Library of Medicine's*); SciELO (*Scientific Electronic Library Online*); BDENF (Base de Dados em Enfermagem); MED Caribe.

BIOMÉDICA					
ÉTICA E ENFERMAGEM	290	NÃO	43	262	2
ÉTICA E TECNOLOGIAS EM ENFERMAGEM	6	NÃO	2	7	NÃO
ÉTICA E UTI	30	NÃO	5	3	1
ÉTICA E TECNOLOGIA BIOMÉDICA	10	NÃO	1	2	NÃO

A partir desses resultados, selecionei em tabela de Excel 75 artigos. Obtive esses 75 artigos com os seguintes critérios de inclusão: artigo, publicado por enfermeiro ou em periódico brasileiro da enfermagem e apresentando os descritores acima relacionados. De imediato, constatei que, destes 75 artigos, 65 artigos eram publicados na Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Latino-Americana de Enfermagem, Revista Acta Paulista, Revista Texto & Contexto Enfermagem e Revista Escola de Enfermagem USP.

Mas, de certa maneira, mostrava-me insatisfeita com esses primeiros resultados; considerava uma busca “limitada”. Resolvi, então, alterar a modalidade de seleção do corpus de análise. Incluí, como artigos a serem investigados, os publicados nos periódicos nacionais de enfermagem, que alcançaram em qualquer ano entre 2000 e 2007, nota B Internacional pelo sistema Qualis (Revista Latino-Americana de Enfermagem; Revista Acta Paulista; Revista Texto & Contexto Enfermagem; Revista Escola de Enfermagem USP). Inseri, também, a REBEn, para coleta de dados, por ela configurar-se em um emblemático periódico para a Enfermagem brasileira. Nesse sentido, esse periódico, criado em 1932, constituiu-se em um órgão oficial de divulgação da Associação Brasileira de Enfermagem, com periodicidade bimestral, tendo por finalidade divulgar a produção científica das diferentes áreas do saber que seja de interesse da Enfermagem, incluindo a que expresse o projeto político da Associação. Além disso, já na primeira fase da minha coleta de dados, a REBEn consubstanciou-se no periódico com maior número de artigos que versavam sobre as questões éticas e bioéticas. Por último, compreendia que, para ter um panorama mais enriquecedor dos ditos e escritos acerca da bioética pela enfermagem, necessitava ampliar a análise para além dos principais periódicos brasileiros de enfermagem. Ou seja, ciente de que muitos(as) enfermeiros(as) publicam em periódicos específicos de bioética, pretendia contemplar como corpus de análise dois periódicos nacionais com grande repercussão no meio acadêmico de suas publicações a respeito da bioética, as intituladas Revista Brasileira de Bioética e Revista O Mundo da Saúde. No entanto, após seleção minuciosa dos artigos nas respectivas revistas,

considerarei a possibilidade de excluir do corpus de análise a Revista Brasileira de Bioética¹⁶. Isso se justifica, porque tal periódico iniciou seu processo de circulação somente em 2005 e, além disso, apesar de a enfermagem brasileira consubstanciar os três primeiros volumes já com importantes produções de artigos, estes não estão atrelados à temática desta tese. Logo, preteri tais artigos e optei por utilizá-los como um material a ser explorado para a análise dos dados e não como corpus de análise. Portanto, relaciono abaixo os periódicos selecionados como fonte para esta investigação (Anexo 1):

- Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn
- Revista Latino-Americana de Enfermagem
- Revista Acta Paulista
- Revista Texto & Contexto Enfermagem
- Revista Escola de Enfermagem USP
- Revista O Mundo da Saúde

Outra definição foi sobre como delimitar quais artigos deveriam ser selecionados nesses periódicos. Para tanto, desconsidere uma delimitação mais rigorosa pelo termo bioética, em detrimento dos termos ética, deontologia, autonomia, moral e liberdade, entre outros que se aproximam do universo da discussão bioética, na medida em que procurava analisar e esmiuçar de que modo o termo bioética havia sido desdobrado pela enfermagem brasileira. Enfim, alterei, também, a forma de busca desses artigos, ou seja, abandonei a base de dados, apontando dois motivos para a alteração do planejado inicialmente. Um motivo está relacionado, justamente, com a questão do excesso de delimitação imposta ao articular Bioética and Enfermagem and Unidade de Terapia Intensiva, o que resultou em uma necessária ampliação da busca para além desses termos. Portanto, um aspecto operacional resolvido já durante a coleta de dados e a análise preliminar dos meus achados para verificação da produtividade ou não do corpus de análise. Outro motivo justifica-se pela necessária abrangência e contextualização da temática da bioética. Na verdade, logo no início da organização do corpus de análise, percebi que tal organização não poderia ser processada de maneira tão linear e fechada, pois, neste referencial, com o qual opero, sustenta-se o pressuposto de indicação de condições de possibilidade de um determinado discurso ao longo

¹⁶ Conforme um dos artigos selecionado para investigação (BOEMER; SAMPAIO, 1997, RLA2), as discussões concernentes ao tema bioética vêm se ampliando e começam a se fazer presentes no discurso oficial das profissões da saúde, o que evidencia uma crescente preocupação com as implicações dessa macroética nos contextos das práticas de saúde. Os boletins oficiais de órgãos de classe (Conselho Federal de Medicina, Conselhos Regionais de Enfermagem) têm se manifestado nesse sentido. Um periódico específico, a Revista Bioética, vem sendo publicado pelo Conselho Federal de Medicina. Diante disso, entendia que poderia incorrer em uma demasiada ampliação da minha busca, justificando, a qualquer momento a inclusão de mais um.

de um período “mais ampliado”, justamente para sinalizar as possíveis rupturas e ou as continuidades. Assim, apoiei parte de minhas buscas na REBEn por sua inserção histórica, política e cultural nas questões da enfermagem. E, especificadamente, na REBEn, detive-me em periódicos e editoriais que transcenderam o período entre 1984 e 2007. Portanto, acabei por constituir o corpus de análise através de uma investigação manual (folheando revista por revista), minuciosa e mais abrangente nos periódicos já apontados por mim; para além dos descritores, buscava nos títulos, nos resumos e até mesmo em uma rápida leitura dos periódicos, temáticas e assuntos que poderiam enriquecer a discussão acerca das questões da bioética. Muitas vezes não havia referência explícita do termo bioética, mas os assuntos abordados reproduziam temas diretamente relacionados com a bioética. Em outros momentos, nessa verdadeira “caça ao tesouro”, achava temas articulados à ética de modo indiferenciado aos articulados à bioética. Totalizaram, dessa busca, 113 artigos. Posso então dizer que já no processo propriamente dito de leitura dos artigos, algumas vezes, li mais sobre ética e deontologia do que de bioética. Mas, tudo isso significa e re-significa e será, ao seu tempo, detalhadamente abordado nesta tese.

Entrevista: que envolveu 20 (vinte) enfermeiros e enfermeiras inseridos no contexto da terapia intensiva, no estado do Rio Grande do Sul (especificamente na denominada Região Metropolitana de Porto Alegre), os(as) quais eram convidados(as) a participar do estudo e que manifestaram seu aceite por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), assinado em duas vias. O critério para vinte entrevistas foi o de saturação de dados. Busquei abranger várias instituições hospitalares de Porto Alegre. Para isso, realizei entrevistas com um ou no máximo dois/duas enfermeiros(as) por instituição. Primeiramente, contactava por telefone e indagava sobre a possibilidade de responderem a uma entrevista. Em caso de aceite preliminar, agendava dia, horário e local, conforme a disponibilidade dos sujeitos. Ainda, a procura era intencional, já que, pela minha inserção profissional na área da terapia intensiva há muitos anos, conheço muitos(as) enfermeiros(as). O critério para escolha intencional e prévia era abranger uma variedade de experiências profissionais, diferentes contextos hospitalares e suas respectivas especialidades, e diversos tempos de serviço (a variabilidade de tempo de serviço na UTI ia do sujeito recém-formado ao sujeito com tempo de experiência superior a 20 anos). Na verdade, essa etapa do processo foi extremamente tranquila e produtiva. Neste caso, enfermeiros e enfermeiras responderam a duas questões norteadoras:

Descreva um dia de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva, no qual tenham acontecido situações positivas.

Agora, descreva um dia de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva, no qual tenha

acontecido uma, ou mais, situação percebida como ruim.

Busquei lidar com essas descrições como narrativas (algumas quase literárias) desses(as) profissionais enfermeiros(as). Desse modo, entendia que as narrativas do cotidiano deles poderiam nos fazer “notar” situações de dor, alegria, conflito, consideração e desconsideração do outro em sua diferença, de modo muito mais efetivo do que uma comunicação linear em uma entrevista sobre o dever ser.

Para rematar, convém mencionar que possivelmente eu tenha, de certa maneira, não dado tanto destaque ao “resultado” dessas entrevistas. Justifico. Em primeiro, realizei as entrevistas antes do processo de análise mais efetiva dos artigos selecionados, logo não tinha ainda uma real dimensão do que aquele material iria me permitir em termos de explorações; em segundo, os sujeitos entrevistados falaram com muita “espontaneidade” comigo e, naquele momento, também só podia prever o modo como esses achados poderiam ser articulados ao conjunto dos documentos. Diante desses sujeitos enfermeiras e enfermeiros e, talvez por que eu ocupe algum espaço de reconhecimento profissional entre elas e eles, inúmeras vezes me vi em processo de escuta, o qual me direcionava para uma complexa gama de possibilidades de análise.

Em síntese, por um não tão pequeno período de tempo, percebi a dificuldade em explorar tamanho material empírico. Portanto, a fim de narrar, mais detalhadamente, o que fiz e o porquê desse modo de fazer, desdobrei ainda mais os itens deste capítulo; incluindo, então, os itens 2.3, denominado “Panorama Geral dos Artigos Selecionados” e o 2.4, “Da Maneira Como eu Falo Daquilo que Falo”.

2.3 PANORAMA GERAL DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Neste momento, exponho o panorama mais geral dos artigos selecionados, levando em consideração: temáticas relacionadas; quantidade de artigos por periódico; relação ano da publicação com a temática; tratar-se de reflexão teórica ou investigação; estudiosos(as) que mais apresentam publicações nesse campo de conhecimento; relação do periódico com a temática e proveniência dos(as) autores(as) dos artigos.

Na Revista Acta Paulista de Enfermagem – periódico com seu primeiro volume em 1988 – selecionei sete artigos para *corpus* de análise, datados entre 1992 e 2007. É interessante observar que os dois primeiros artigos selecionados – respectivamente de 1992 e

1999 – são reflexões teóricas: o publicado em 1992 aborda o *êthos* e a consciência ética; já o publicado em 1999 tenciona a questão da ética com os valores relacionados com os conceitos de qualidade total. Somente em 2005, um artigo articula Bioética – Terapia Intensiva – Enfermagem e versa acerca da distanásia; três (um destes três é justamente o citado anteriormente) artigos são resultados de pesquisas articuladas pela professora doutora Kátia Grillo Padilha, da Universidade de São Paulo – USP. Há outros dois artigos que também tratam, respectivamente, sobre a temática da morte e das ocorrências éticas de enfermagem. Excetuando os dois artigos de caráter reflexivo, os outros cinco selecionados foram elaborados tendo como sujeitos das respectivas investigações enfermeiros(as) assistenciais. Por sua vez, todos os artigos eram provenientes de autores professores atuantes no estado de São Paulo.

A coleta de dados na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), como já dito anteriormente, ultrapassou a lógica do período estabelecido para coleta de dados, ou seja, entre 1984 e 2006. Assim, entre 1935 e 1983, selecionei sete editoriais que abordam as questões da ética atreladas à enfermagem; entre 1984 e 2007, considerei pertinentes para análise três editoriais e 28 artigos. Resumindo, dos 38 textos selecionados, 27 são reflexões teóricas e 11 são resultados de investigações qualitativas, nas quais constituíram-se como sujeitos enfermeiras. As 27 reflexões teóricas priorizam as temáticas: obrigações legais dos enfermeiros, o código de ética e discussões acerca da lei do exercício profissional, o papel da enfermeira e a questão da deontologia. Desses 27 textos, apenas dois artigos contemplam outros assuntos: um, publicado em 1994, sinaliza para a questão das equipes de transplante de órgãos e o outro, publicado em 2002, discute os direitos do cliente. Com relação aos 11 artigos resultantes das investigações de caráter qualitativo, constata-se que seis artigos buscam saber o parecer das enfermeiras a respeito dos temas: comportamento ético, bioética, alteridade e autonomia profissional. Ainda, desses 11 artigos, quatro referem-se, respectivamente, à exposição corporal do cliente, ao transplante e doação de órgãos, a ocorrências éticas e a paciente terminal. Observa-se que o primeiro artigo de caráter investigativo e que aborda outro tema que não os conceitos de bioética, autonomia, alteridade e ética data de 2005 e aborda a questão da exposição corporal do paciente. Outro aspecto relevante é o fato de que o primeiro artigo na REBEn que introduz o que passa a ser considerada uma discussão bioética é o da professora Valéria Lunardi e data de 1998, em seu artigo intitulado *Bioética aplicada à assistência de enfermagem*. Finalmente, constatou-se que, nesses 38 textos da REBEn, os(as) estudiosos(as) enfermeiros(as) que mais publicaram possuem algumas características mais específicas. Pois, se pensarmos nos sete editoriais

selecionados entre 1935 e 1983, a autoria é centrada nas estudiosas Bertha Pullen e Haydée Dourado; já no período entre 1984 e 2006, destacam-se as estudiosas Elisete Silva Passos, Raimunda Germano, Taka Oguisso e Valéria Lunardi. A professora Taka Oguisso apresenta-se discutindo muito as questões éticas e legais da profissão e a professora Valéria Lunardi sustentando algumas investigações qualitativas que direcionam para a temática da ética e bioética. Particularmente na REBEn, os artigos e editoriais selecionados são de autores provenientes das regiões Sul, Sudeste, e Nordeste do Brasil. Por isso, e pelas especificidades da REBEn como um periódico de maior abrangência nacional, pode-se dizer que há uma maior descentralização nas discussões acerca das questões éticas e bioéticas.

Em 1984, a Revista Escola de Enfermagem da USP encontrava-se em seu décimo oitavo volume, portanto, a coleta de dados nesse periódico abarcou o período previamente estabelecido, 1984-2007. Apreendi desse período 13 artigos, sendo que o primeiro selecionado é de 1988 e as autoras já abordavam a questão da iatrogenia em enfermagem na unidade de terapia intensiva. Porém, o primeiro artigo nessa revista que faz referência explícita ao termo bioética data de 1998 e é de autoria de Adriana Corrêa, intitulado *O paciente em centro de terapia intensiva: reflexão bioética*. Aliás, se considerarmos a temática de modo mais específica desta tese, esse artigo é o primeiro que atrela bioética-enfermagem em terapia intensiva. Dos 13 textos, dois são editoriais, seis artigos são investigações qualitativas e os outros cinco artigos constituem-se em reflexões teóricas. Os editoriais reforçam a questão da relação pesquisa em enfermagem e ética. As reflexões teóricas contextualizam assuntos como a questão da ética do cuidado, alteridade, legislação de enfermagem e bioética e paciente de UTI. Já, as investigações qualitativas avigoram o assunto das iatrogenias de enfermagem em UTI, o direito à informação dos pacientes, os aspectos éticos e legais das anotações de enfermagem nos procedimentos de doação de órgãos para transplantes e os problemas dos pacientes de UTI percebidos pelos próprios pacientes e pelos enfermeiros. Diferentemente das outras revistas utilizadas, aqui, como *corpus* de análise, existem artigos datados de 1988, 1998 e 1999, ou seja, os primeiros selecionados, adotando o caráter de investigação e não de reflexão teórica. Mesmo assim, o período entre 2001 e 2002 também é marcado por pesquisas e a estudiosa Kátia Grillo Padilha é que centraliza o maior número das investigações, já a partir de 1988. Outra estudiosa que também publicou sobre ética é a professora Taka Oguisso. A professora Elma Lourdes Zoboli é uma das estudiosas que se apresenta como fortemente atrelada às questões da ética e da bioética, com artigo publicado em 2004 nessa revista. Devo acrescentar que os 13 textos selecionados dessa revista são provenientes do estado de São Paulo.

Na Revista Latino-Americana de Enfermagem, detive-me em 16 textos publicados entre 1993 e 2007, pois o primeiro volume desse periódico data de 1993. Foi justamente na Latino-Americana que ocorreu o primeiro artigo que aponta a bioética como unitermo e, conseqüentemente, como temática. Esse artigo, intitulado *O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética*, publicado em 1997, é de autoria de Magali Boemer e de Mauren Sampaio. Ainda, dos 16 artigos, 11 apresentam-se como reflexões teóricas, quatro como investigação qualitativa tendo como sujeitos do estudo enfermeiros(as) e um como pesquisa quantitativa tendo como material coletado para análise os processos instaurados para apuração de denúncias de infrações éticas envolvendo pessoal de enfermagem.

Como já apontado na REBEn, na Latino-Americana também os primeiros volumes são marcados pelo maior número de reflexões teóricas e intensificam-se mais para investigações de campo a partir de 2001 e, principalmente, 2002. No entanto, diferentemente da REBEn, as temáticas dos 16 artigos sinalizam para dilemas éticos e bioéticos, para além da questão ética e legal do exercício de enfermagem. Para isso, tais artigos versam sobre o transplante de órgãos, responsabilidade da enfermagem no cuidar, invasão de privacidade do doente, humanização hospitalar e ética, a tecnologia e ética, pacientes com prognóstico fora de possibilidade terapêutica, aspectos gerenciais e ética e eventos adversos. Outra questão a ser ressaltada é que, dos 16 artigos, seis são explícitos quanto a um viés de discussão bioética; os demais atravessam pelas questões bioéticas, mas centram-se no termo ética. Quanto aos estudiosos, sinalizamos ainda as professoras Taka Oguisso e Valéria Lunardi. Já a professora Izabel Amélia Mendes explora mais as discussões acerca do limiar da ética-bioética na Latino-Americana, mas também há publicações suas a respeito dessa temática na REBEn. As estudiosas Jussara Pupilm e Namie Sawada concentram-se em matéria inédita, a exposição corporal dos pacientes e exploram-na em dois artigos na Latino-Americana e em um artigo na REBEn. Os 16 artigos selecionados da Latino-Americana são provenientes de São Paulo, Minas Gerais, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

A Revista Texto & Contexto periodizou seus volumes a partir de 1992, o que justifica o intervalo 1992-2007 para minha coleta de dados. Dos textos publicados na revista, escolhi dois editoriais e 17 artigos. Talvez pela inserção da Revista Texto & Contexto em um Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, com ênfase em Filosofia, Saúde e Sociedade, fundamente-se tanto uma maior densidade filosófica nas análises dos respectivos artigos como as reflexões teóricas consubstanciaram-se em maior número. Inclusive, alguns desses textos são escritos por filósofos, não enfermeiros(as). Desse modo, dos 19 textos selecionados, apenas dois são investigações qualitativas e de autoria da estudiosa já referendada nas

questões da ética e bioética, Valéria Lunardi. Uma investigação aborda o dilema ético frente à necessidade de revelação do diagnóstico de infecção hospitalar e a outra ocupa-se com a temática dos direitos dos pacientes hospitalizados. Com relação às 17 reflexões teóricas, muito poderia ser dito. Mas, como o objetivo, aqui, é dar um panorama do *corpus* de análise relato que, de 1995 a 2007, as reflexões teóricas argumentaram a respeito de: ética e enfermagem, o bom e o correto na ética contemporânea, moral da obediência e moral autônoma, conceito de autonomia, tecnologia e bioética, ética feminista, ética e estética, morte cerebral como prática cultural contemporânea e *expertise* como prática moral na enfermagem. Há, ainda, nesses textos, algumas reflexões que ora utilizam um viés de análise foucaultiana, ora apropriam-se de alguns conceitos de Foucault para atravessá-los em alguma discussão acerca das questões éticas e bioéticas. A professora Valéria Lunardi, além das investigações qualitativas, também realiza algumas reflexões teóricas. Além dela, destacam-se nas reflexões as professoras Flávia Ramos, Sandra Caponi e Maria Bettina Bub. Há predomínio maciço da região Sul – especificamente Santa Catarina e Rio grande do Sul – na proveniência dos 19 textos.

Por último, a Revista O Mundo da Saúde, um periódico que em 1984 estava em seu oitavo volume. Nesse periódico, separei 19 textos, dos quais 15 propõem-se a uma reflexão teórica e quatro estão vinculados a uma investigação qualitativa tendo como sujeitos da pesquisa enfermeiros(as). Talvez pela característica específica dessa revista de atrelar-se à instituição de ensino Centro Universitário São Camilo, a qual é referência na área da Bioética, inclusive com Mestrado em Bioética, há uma predominância de reflexões teóricas. Algumas dessas reflexões teóricas não são, necessariamente, escritas somente por estudiosos(as) enfermeiros(as), o que mais uma vez reforça o caráter interdisciplinar dos artigos selecionados para publicação na Revista O Mundo da Saúde. Ainda, essas reflexões teóricas discutiam na década de oitenta e noventa a questão da comunicação interpessoal, a complementariedade das funções do médico e da enfermeira e o prazer na profissão de enfermagem; a partir de 2000, são priorizadas outras questões, entre estas: transplantes de órgãos, o consentimento informado dos usuários de saúde, cuidados paliativos, a alta especialização em saúde e a bioética, processo da morte e do morrer, paciente terminal, os direitos dos usuários de saúde. Por sua vez, as quatro pesquisas abordam a questão do *êthos* e deontologia, os princípios bioéticos e a análise das representações dos profissionais da enfermagem, a atuação da enfermeira na captação de órgãos e, por fim, o perfil do enfermeiro intensivista e os desafios para a assistência de enfermagem. Destacam-se como estudiosos que publicam nesse periódico o professor Christian Barchifontaine e as professoras Maria Júlia Paes da Silva,

Lucilda Selli e Elma Lourdes Zoboli. A proveniência dos artigos concentra-se no estado de São Paulo e os da professora Lucilda Selli no Rio Grande do Sul.

2.4 DO MODO COMO FALO DAQUILO QUE FALO

É interessante observar que mesmo a analítica do discurso – balizada em um referencial foucaultiano – não prescinde de organização e sistematicidade, recorrendo aos pólos cronológicos de pré-análise, à exploração do material e ao tratamento crítico dos achados. Portanto, nesse ponto, não difere das demais investigações operadas a partir de outros referenciais teóricos com seus possíveis e respectivos métodos de análise. Posso, assim, iniciar argumentando que o material empírico foi organizado em um corpo documental, que sofreu leituras e re-leituras, de modo a garantir dados significativos e representativos para o alcance dos objetivos propostos e conseqüente apresentação do resultado final. (FISCHER, 1996; RAMOS, 2002). Prontamente indago: o que muda, então, em um referencial de análise foucaultiana? Nessa perspectiva de análise, qual é o “melhor” modo de falar daquilo que falo? É disso que trato a seguir.

Assumir que tanto os artigos selecionados como as entrevistas realizadas com os(as) enfermeiros(as) que atuam no contexto da terapia intensiva constituíram-se em material substantivo para a análise empreendida – podendo, inclusive, desdobrar-se em duas, três teses – gerou duas tensões imediatas. Uma delas reporta à questão da revisão bibliográfica, propriamente dita, pois na medida em que 113 artigos fizeram parte do meu *corpus* de análise, o viés da revisão bibliográfica foi, de certa maneira, “amputado”. Não construí um capítulo, ou uma seção, ou ainda um artigo em que constasse uma revisão sistemática do que a enfermagem no Brasil vem escrevendo acerca da bioética articulada à tecnobiomedicina e terapia intensiva. Em suma, esse “impossibilitado” artigo desdobrou-se a partir do capítulo 3 e dos três artigos produzidos nesta tese, além, é claro, de ainda restar material empírico para outros artigos a serem produzidos.

A outra tensão anda na direção do referencial teórico adotado por mim. A análise do discurso na perspectiva foucaultiana evidencia uma maneira de tratar os documentos a serem analisados de forma que problematiza um necessário volume de dados. Portanto, qual seria o processo de escrita, de análise a partir de tanto material? Entretanto, com baliza em Foucault, estava ciente de que a quantidade de material não era o mais importante. O que deveria

priorizar, aqui, era o trabalho operativo de descrever os discursos a partir de seus menores enunciados, recolhidos na sua realidade dispersa, captando nesses lugares as diferentes práticas a que um determinado discurso se associa. Desse modo, foi, justamente, esse entendimento que acabou por me “tranqüilizar”, pois, ao manipular exaustivamente tanto material empírico (artigos e entrevistas), buscava de maneira repetitiva já extrair enunciados diretamente da simples leitura contínua, tentando conferir-lhes de imediato uma sistematização provisória, o que, por vezes, rapidamente trocava por outra. Logo, tal como Foucault, não tratava de explicar textos, mas de inscrevê-los no interior de uma visão de conjunto sempre em movimento.

Assim, principalmente com relação aos artigos, construir um panorama geral ajudou-me a orientar a re-leitura dos textos, e possíveis alterações nos modos de reagrupá-los, uma vez que minhas re-leituras conduziram a reconfigurações do que seria analisado inicialmente. Ou seja, os focos de análise foram constituídos e organizados por mim depois de eu ler, reler e perceber na interação com todo o conjunto de artigos e entrevistas realizadas com os(as) enfermeiros(as) que eles apresentavam algumas regularidades a respeito dos significados que produziam. Nesse percurso, coube a mim realizar agrupamentos temáticos, dando-lhes significados a partir do referencial pensado para a análise. Digo aqui, coube a mim, pois se outro sujeito investigador fizesse esse trabalho operativo, inclusive com o mesmo referencial teórico, certamente poderia oferecer outros caminhos de análise, outros agrupamentos. Logo, desde já estou ciente do não “esgotamento” temático nesta tese. Enfim, uma análise nessa perspectiva metodológica deveria assumir a feição mais de um laboratório vivo do que um balanço rígido e totalizante. Mesmo assim, selecionados os agrupamentos temáticos, a tese deveria ganhar em clareza analítica e a elucidação teria que ser extrema no detalhe.

Tal como apontado por Fischer (1996), adotei a proposição de explorar minuciosamente textos, “coisas ditas, visibilidades (técnicas e procedimentos gerados institucionalmente), aceitando a precariedade desses mesmos ditos e ao mesmo tempo multiplicando-os relacionalmente e organizando-os em unidades provisórias” (*ibid.*, p. 49). Entendia, pois, que uma analítica foucaultiana permitir-me-ia operar com o que de produtivo poderia extrair das fontes documentais e dos ditos e não-ditos dos sujeitos selecionados para material de análise com cada um dos conceitos com que trabalhava e, assim, problematizar, promover estratégias de estranhamento e visibilizar um modo de conduzir-se, levando-se em consideração a articulação bioética e enfermagem. Isso significa escapar da fácil interpretação daquilo que está “por trás” dos documentos, procurando explorar ao máximo os materiais, na medida em que eles são uma produção histórica, política; na medida em que as palavras são

também construções; na medida em que a linguagem é também constitutiva de práticas. (FISCHER, 2001, p. 199). Em suma,

Quando nos aproximamos desses textos para destacar precisamente sua dimensão de prática de significação, para flagrar as marcas de suas condições de produção, para tornar visíveis os artifícios de sua construção, para “decifrar” os códigos e as convenções pelas quais esses significados particulares foram produzidos, para descrever seus efeitos de sentido, passamos a vê-los como discurso e os atos, as atividades, o trabalho de sua produção como prática discursiva. (SILVA, 1999, p. 18-19).

Gostaria, agora, de explicitar as implicações de tais análises, sua pertinência e por que posso ter a pretensão de dizer que este texto é algo distinto de uma apresentação da atual discussão ética e bioética na enfermagem. Efetuo, pois, um desvio da história linear e de passagem de uma ética para uma bioética na enfermagem em terapia intensiva. Ademais, o especialista das discussões éticas e bioéticas, pode até ficar aqui surpreso, senão irritado: relativamente à bioética, não se encontrará nenhuma apresentação histórico-doutrinal das principais vertentes teóricas discutidas atualmente; nada ou quase nada sobre Kant, Aristóteles ou Heidegger, este último, em suas pertinentes questões acerca da tecnologia e Ser do humano. Detalhando um determinado modo de processo de subjetivação, operarei cortes transversais no panorama mais geral da discussão ética e bioética. Tal como Foucault, não pretendo trabalhar como historiadora; farei genealogia: “genealogia quer dizer que conduz a análise a partir de uma questão presente”. (FOUCAULT, 2006, p. 631). Além disso, como já dito anteriormente, a idéia, aqui, não é propor uma volta à ética da antigüidade helenística e romana, até por que isso seria demasiadamente ingênuo. A idéia é sublinhar que nela – na ética da antigüidade helenística e romana – existem ferramentas de análise, através das técnicas, idéias, e procedimentos, que não podem e não necessitam ser efetivamente reativadas, mas pelo menos constituem, ou ajudam a constituir um determinado modo de olhar, um ponto de vista que pode ser muito útil para analisar o que está acontecendo agora.

Apoiando o exposto acima, Caponi (1995, RTC4) faz uma reflexão sobre as teorizações contemporâneas que pensam a ética como uma relação íntima do eu consigo mesmo, e as nossas práticas cotidianas como formas mais ou menos efetivas de cuidado de si. Ela recorda um ensaio em que Foucault sugere que seria melhor nos negarmos a sermos o que somos. Para Caponi, nesse referente, já não deve importar tanto conhecer nossa identidade, e sim enfrentar a tarefa de construir alternativas mais satisfatórias para edificar nossa humanidade, isso significa produzir-nos e modelar-nos da forma mais bela possível. Portanto,

ao narrar nossa existência nos convertemos em um objeto passível de ser modelado por nós mesmos, desde o momento em que passamos a ser ao mesmo tempo escritores e atores. Não se trata de uma produção inteiramente individual e alheia a qualquer vínculo com os outros, pelo contrário, ao narrar nossa história ingressamos em uma trama mais ampla que nos contém e nos molda já não mais como atores principais do relato, mas sim como expectadores, devendo incluir os outros em sua própria história, devendo ao mesmo tempo viver e contar.

Sendo assim, os artigos selecionados, na sua grande maioria entre 1984 e 2007 e as entrevistas com enfermeiros(as) constituem-se para mim como narrativas, nas quais, de certa forma, pode-se operar no processo de análise, do mesmo modo. Logo, artigos e entrevistas foram aproximados através da narrativa de um determinado período histórico. Através da narrativa, é possível reconstruir as significações que os sujeitos atribuem ao seu processo de ser enfermeiro(a), pois falam de si, reinventam o passado, ressignificam o presente e o vivido para narrar a si mesmos. Por um lado, as entrevistas não permitiram “dizer *uma* ou *a verdade* sobre as coisas e os fatos, mas pode-se considerá-las como a instância central que, somada a outras,” trouxe “informações fundamentais acerca do vivido e” possibilitou “uma interpretação (mesmo que provisória e parcial) dos motivos que fundamentam” ser enfermeira intensivista a partir de um discurso ético/bioético. (ANDRADE, 2008, p. 51). Andrade (2008) diz-nos que as histórias que nos são narradas através das entrevistas não são dados prontos, mas documentos produzidos na cultura através da linguagem, no encontro entre pesquisadora e sujeitos da pesquisa; documentos que adquirem diversos significados ao serem analisados no contexto de determinado referencial teórico, época e circunstância social e cultural. Seguindo a reflexão da autora, “as narrativas não constituem o passado *em si*, mas sim aquilo que os(as) informantes continuamente (re)constróem desse passado, como sujeitos dos discursos que lhes permitem significar suas trajetórias” profissionais de determinados modos. (ANDRADE, 2008, p. 52). Por outro lado, os artigos, também enquanto narrativas, obedecem ao exposto acima, mas, talvez, apresentem uma maior confluência dos múltiplos discursos ditos e não-ditos por enfermeiros que escrevem e que agem, respectivamente, sobre si mesmo e sobre outros sujeitos enfermeiras. Talvez, mostre de forma mais contundente um número de sujeitos autorizados, amparados pelo *status* institucional ou como especialistas que veiculam um discurso academicamente legitimado, a falar de si e dos outros, a descrever e caracterizar os outros. Enfim, operei 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”. (ANDRADE, 2008, p. 54).

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

A realização desta investigação dependeu da aprovação de um comitê de ética, pois também envolvia seres humanos, no sentido de um contato direto com estes. Logo, a pesquisa iniciou somente após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), responsável pela análise e aprovação do projeto. Após aprovação (Projeto n° 186/07), fez-se um contato por telefone com os enfermeiros que atuam em diferentes unidades de terapia intensiva, em diversos hospitais na Região Metropolitana de Porto Alegre, para convidá-los a participar de uma entrevista que objetivava coletar dados referentes à elaboração de tese de doutorado. Ainda nesse primeiro contato, explicitava a temática da tese e os respectivos objetivos. Conforme aceitação preliminar, agendava data e horário para entrevista a ser efetivada, obedecendo a escolha do sujeito para realização em um local mais adequado. Na sua grande maioria, os locais escolhidos foram: ambiente de trabalho, Universidade do Vale do Rio dos Sinos ou residência do entrevistado.

Aos que concordaram em participar do estudo, no momento da entrevista, apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual constava o caráter voluntário da participação. Esse documento informa sobre o direito de desistir de participar a qualquer momento da pesquisa, bem como o anonimato na divulgação dos resultados obtidos, assim como a garantia de que essas informações serão utilizadas exclusivamente para fins científicos relacionados ao projeto de pesquisa. O referido documento foi redigido conforme as normas de pesquisa em saúde, expressas na Resolução n° 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, e orientação *on-line* do Comitê de Ética da UFSC.

Mesmo assim, cumprir essas regras não era ainda suficiente, porque também analisei fontes documentais. Logo, exponho a seguir algumas outras questões éticas consideradas por mim, como investigadora. Uma primeira questão reportava-se à estratégia adotada para a coleta do material para análise. Nesta investigação, utilizei textos produzidos por autores e autoras. Por sua vez, esses sujeitos autores e autoras não somente fazem reflexões teóricas, como coletam dados de outros sujeitos. Além disso, os autores e as autoras, aqui, são enfermeiros e enfermeiras. Fiz uma investigação que analisou o dito pela enfermagem; mas essa enfermagem em vários textos utilizados como *corpus* de análise, também, coletou dados de determinados sujeitos enfermeiros e toda uma miríade de sujeitos possíveis nessa relação com a bioética e a tecnobiomedicina. Enfim, penso que assim como assumi o compromisso ético do texto escrito por mim, tais sujeitos autores de suas respectivas obras são responsáveis

pelos textos que escreveram.

Padilha *et al.* (2005) argumentam que quando se trata da apresentação escrita da pesquisa, as questões relativas a citação literal, paráfrases e as nossas próprias idéias colocam em xeque a autoria do texto. Nesse caso, as autoras fazem referência à Lei nº 10.695 de 01/07/2003, sancionada pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que tem como objetivo principal punir os chamados *crimes de pirataria*. No artigo 46 da referida lei são pontuados os aspectos que não constituem ofensa aos direitos autorais. Entre vários aspectos abordados, ressalto o que está implicado na feitura desta tese: aquele relativo à transcrição e a citação de passagens de qualquer obra, para fins de estudo, crítica ou polêmica, na medida justificada para o fim a atingir, indicando-se o nome do autor e a origem da obra. Com esse intuito, ao utilizar documentos escritos pela enfermagem para análise (e que passo a denominar excertos, citações, ditos, ou seja, qualquer termo que possa melhor especificar a utilização de parte de um determinado texto), devo literalmente transcrever o que está escrito. Desdobro, também, a partir dessa lei, o necessário rigor com a escrita da tese em si em sua articulação com os mais diversos autores e autoras. Desse modo, escrever as minhas idéias e, ao mesmo tempo, dialogar com os teóricos envolvem o compromisso de citá-los sempre que se fizerem presentes no meu texto. (PADILHA *et al.*, 2005).

Portanto, quanto mais se ampliam as possibilidades de acesso e a divulgação do conhecimento, também aumentam os usos inconseqüentes e irresponsáveis da informação. A conduta ética de quem produz e de quem consome conhecimento andam juntas, afinal o pesquisador é um grande consumidor e não pode se eximir do caráter educativo de sua ação, quando reproduz práticas mais ou menos responsáveis e críticas quanto à construção do saber a que se propõe contribuir. Logo, um autor que desrespeita os direitos de seus pares, que usa meios obscuros para dar consistência aos seus achados e argumentações, que forja, falsifica ou, mesmo alegando ignorância, trata de modo negligente ou frívolo qualquer etapa de uma pesquisa, desde o planejamento até sua divulgação, causa prejuízos que não se limitam à qualidade de seu trabalho e ao desenvolvimento de sua área de conhecimento. Se todo cuidado é necessário para evitar problemas que tiram o mérito científico de um trabalho, também o é pelo caráter coletivo, cooperativo e solidário da ciência e de seu compromisso social. (PADILHA *et al.*, 2005).

Finalmente, sinalizo desde já o meu compromisso social e acadêmico em divulgar os resultados desta investigação. Para Costa (2002), os resultados da pesquisa, por mais que sejam parciais e provisórios, podem contribuir para tornar melhor o mundo e a vida dentro dele. Nessa direção, “em vez de sonhar com a grande revolução”, devemos fazer nossa parte

nas ‘pequenas lutas diárias’. Não mudaremos “o mundo, mas muitas coisas poderão ser diferentes” se não deixarmos nossa pesquisa guardada só para nós. Devemos, pois, “ser humildes com os resultados, mas não omissos”. (COSTA, 2002, p. 155).

3 BIOÉTICA, TECNOBIOMEDICINA E ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA: DISCURSOS CONTEMPORÂNEOS

3.1 BIOÉTICA: HÁ ALGO DE “NOVO” SOB O SOL DE ECLESIASTÉS?

O filósofo e professor Selvino Assmann (2005, RTC12), ao operar com o caráter problemático da ética, aloca a bioética em suas argumentações, como uma proposta de diálogos entre especialistas de áreas diferentes, sustentando interrogações e soluções, para as quais:

Uns retomam tradições filosóficas clássicas, outros apregoam a necessidade de novos conceitos. Uns acentuam soluções mais individualizantes, preocupados com a ausência de autonomia na sociedade contemporânea, outros enfatizam soluções mais comunitárias; uns continuam considerando a ética um campo exclusivo das relações humanas, outros incluem nela as relações com os animais e a natureza biológica em geral. Vale à pena lembrar a insistência de alguns autores (Foucault, Derrida, Agamben) em sugerir uma ‘ética da amizade’, que sinaliza para uma tarefa microfísica, de ‘cuidado de si’, pois não se trataria de cumprir uma norma, mas de salvaguardar a própria existência de uma subjetividade humana, libertando-nos de tamanha normatividade, ou então de salvar o fato da própria existência como possibilidade, e não como algo já determinado como uma essência previamente estabelecida. (ASSMANN, 2005, p. 2, RTC12).

O excerto acima carrega nas tintas para demonstrar, justamente, o caráter polissêmico dos atuais embates éticos. Nesse cenário, a bioética é pincelada como um campo de conhecimentos e práticas, mas também é realçada como um campo geograficamente ampliado, a partir de um mundo ocidental e tecnologicamente desenvolvido para uma e outra região do mundo, bastante análogas.

Nevès (2002) sinaliza que em cada uma das sociedades, no âmbito particular de seu modo de ser, a bioética começa a adquirir perfis próprios que a caracterizam e a identificam, mas as temáticas gerais não diferem substancialmente. Logo, reforça que em cada uma dessas sociedades pode, quando muito, variar na atenção que uma e outra temática suscitam, de acordo com a ênfase que se considera merecer. Porém, salienta que as perspectivas de análise são as que cambiam, ou seja, a orientação do pensamento e as formas de proceder são as que se modificam nas diversas sociedades. (NEVÈS, 2002).

Ter lido essas argumentações, auxiliou-me a pensar na organização desta seção.

Agradava-me a idéia de que, em determinado momento da escrita desta tese, eu pudesse apresentar um panorama, um transitar por, evidenciando a questão dos múltiplos e atuais olhares a respeito da bioética. Nessa direção, indico que discuto, aqui, alguns contornos tênues, alguns conceitos e algumas das vertentes teóricas mais visibilizadas e, ao mesmo tempo, implicadas num processo que é possível de ser chamado de emergência de um discurso bioético na contemporaneidade.

Pode-se dizer que a noção de bioética, apesar de nova, já se tornou uma palavra de uso corrente na cultura ocidental. Corrente, no sentido de que é uma palavra “que corre”, que chega até nossos lares como uma das disciplinas médico-filosóficas com certa relevância cultural e incidência político-jurídica. Bioética, uma nova disciplina, que estuda a ética das situações de vida e de saúde, sendo, por isto, utilizada num amplo espectro de dilemas éticos envolvendo tanto as situações persistentes ou cotidianas, como as situações emergentes, de limites ou de fronteiras. (GARRAFA, 2003; PESSINI, HOSSNE, ZAHER, 2005).

É, pois, de Berlinguer¹⁷ (1996, 2004) a proposta de distinguir os temas de uma Bioética Cotidiana (problemas morais e científicos que dizem respeito ao dia-a-dia de milhões de pessoas) e de uma Bioética de Fronteira ou de situações limites (questões dilemáticas mais precisamente definidas, envolvendo os processos de nascer, viver e morrer mediados pelo desenvolvimento tecno-científico).

Filha desta época, a bioética traz uma das mais marcantes insígnias de sua temporalidade – a celeridade com que se expande. Das biociências e das tecnologias delas derivadas, a bioética tem o motor que sem descanso oferece-lhe propósitos, estímulos, demandas; não quaisquer demandas, mas demandas urgentes e importantes. Importância não apenas justificada por seus propagadores e estudiosos, mas vulgarizada pela informação massiva e popularizada por uma sociedade que se vê entre o risco e a vulnerabilidade. Não quaisquer riscos, mas riscos graves e intensos, seja pelos tipos de danos ou perdas impingidas, seja pela extensão dos mesmos ou pelo número de atingidos. Mas, também, riscos e vulnerabilidades não igualmente distribuídas, como também não igualmente podem ser atribuíveis as responsabilidades por sua produção. (RAMOS, 2006, p. 5).

Bioética, um campo de estudo, implementado nos anos 70 (no século XX) nos Estados Unidos, compreendendo as questões da vida e da morte, da saúde e da doença, da qualidade de vida e do sofrimento; um campo revolucionado pelos desenvolvimentos tecnobiomédicos e suas aplicações. O cancerologista e bioquímico norte-americano Van Rensselaer Potter

¹⁷ Giovanni Berlinguer, italiano, é tido como um dos mais respeitados sanitaristas e bioeticistas do mundo, com uma vasta produção na área e grande influência na América Latina, especialmente no Brasil, onde desenvolveu vínculos acadêmicos.

justifica a emergência do conceito de bioética, referindo-se, em sua obra, ao desenvolvimento exponencial do conhecimento científico (especialmente na biologia) e ao concomitante atraso da reflexão necessária à sua utilização. Nesse sentido, o autor pede a criação de uma nova ciência – uma ciência da sobrevivência – que se baseia na aliança do saber biológico (bio/bios) com os valores humanos (ética/ethos). (DURAND, 2003). Potter argumenta que se a geração atual é marcada pela preocupação com a sobrevivência, é por causa da separação existente entre a cultura científica e a cultura clássica. Para ele, as duas culturas “se desenvolveram separadamente, sem se influenciar. É urgente estabelecer uma aliança entre elas (bio-ética)”. (ibid., p. 20). A bioética é “o conhecimento de como usar o conhecimento” (knowledge how to use knowledge); ao ser essa ponte entre ciências e humanidade, tem por tarefa ensinar como usar o conhecimento no campo científico-biológico, porque considera que não é suficiente com o “instinto” de sobrevivência: há que se elaborar uma “ciência” da sobrevivência, que Potter identifica como bioética. (NAHARRO, 2005).

Potter e o Instituto Kennedy disputam a originalidade da palavra. Potter definiu a palavra bioética no artigo *Bioethics, the science of survival* publicado em *Perspectives in Biology and Medicine*, 14:27-153, em 1970 e no livro *Bioethics: bridge to the future*, publicado em janeiro de 1971 e dedicado a Aldo Leopold, um renomado professor da Universidade de Wisconsin, que pioneiramente começou a discutir uma “Ética da terra”. Também André Hellegers introduziu o mesmo termo, de novo em caráter inédito, ao fundar o Instituto Joseph e Rose Kennedy para o Estudo da Reprodução Humana e Bioética, em 1º de julho de 1971. (SIMINO; BOEMER, 2004; CORTINA, 2005; DRANE, PESSINI, 2005).

Dito de outro modo, Potter deu à bioética um sentido marcadamente ecológico (Macrobioética), como designação de uma “ciência da sobrevivência”; Hellegers restringiu o termo a uma ética das ciências da vida, consideradas particularmente ao nível do humano: Bioética clínica e/ou Ética clínica (Microbioética). Conceitualmente é esta última significação da Bioética a que tem prevalecido e que tem estado na base de sua constituição como área específica de uma nova expressão do saber. (NEVÈS, 2002; CORTINA, 2005; GRACIA, 1989).

Todavia, ela concretizou-se, cientificamente, a partir da publicação do livro *The Principles of Bioethics*, de Beauchamp e Childress, em 1979. Ou seja, a bioética principialista tornou-se conhecida em quase todos os meios científicos, o que permitiu universalizar rapidamente a bioética. Na verdade, esses princípios nada mais são do que uma versão científica dos princípios filosóficos da Revolução Francesa, princípios estes que foram codificados em 1948 na Declaração Universal dos Direitos do Homem. Sendo assim, o ideal

da liberdade tornou-se o princípio da Autonomia, o princípio cristão de fraternidade se transformou nos princípios de beneficência e de não-maleficência e, finalmente, o ideal de igualdade tornou-se o princípio de justiça. (COHEN, 2005).

E é desse modo que a palavra bioética só pode ser compreendida em relação com outras palavras e disciplinas, em relação às quais ela quis se diferenciar ou procurou suplantar: moral, ética, deontologia e direito, entre algumas outras possíveis. Cabe ressaltar que as fronteiras entre essas expressões são imprecisas, gerando, muitas vezes, justaposição, inclusão de uma expressão na outra, além de uma ambigüidade em seus diferentes/diversos sentidos, principalmente em função de determinado referente teórico e não outro; de sua gênese e não outra.

Mas, é a expressão ética que nos permite com “maior liberdade” abranger, mesmo que às vezes de uma maneira indireta, as demais expressões. A ética e ou a reflexão ética precede a qualquer tipo de discussão em torno das atuais questões bioéticas. Ou seja, desde os tempos mais antigos, “homens e mulheres interrogam-se sobre o comportamento a ser mantido e as decisões a serem tomadas diante da saúde, da doença, das más-formações, do sofrimento, da morte. Existem rituais, códigos, tratados eruditos duas vezes milenares sobre o assunto”. (DURAND, 2003, p. 21).

Para além, desde os tempos mais antigos lidamos com estas questões polêmicas adotando uma reflexão ética polarizada entre ter-ética versus não-ter-ética; ser-ético X não-ser; agir-com-ética X não-agir-com-ética; falar-com-ética X não-falar-com-ética; pensar-se como-um sujeito-ético X não; achar que-o-outro-é-ético X não achar; e assim por diante. Em cada um desses pares de oposições binárias, o primeiro termo – isto é, falar, pensar, ter, ser, agir... de modo ético, ou com ética – fica sendo, sempre, o termo requerido, exigido, desejável.

Mas, o que é, afinal, essa ética, considerada alguma coisa, ou um estado supremo, que todos devem atingir ou ter; e, caso não tenham, esforçar-se por adquirir? Ética tem sido significada em nossa sociedade como a que descreve e julga a conduta humana diante do Bem e do Mal; diante do que tem valor; da maneira de viver e de ser; de se relacionar consigo e com os outros; diante do sentido que damos à nossa vida, ao mundo, às coisas. A palavra ética tem a ver com qualquer ação humana, que toma como objeto de intervenção outra ação humana. Um comportamento que diz daquele que age e daqueles que consideramos “os outros”. Ética, é, portanto, o fiel da balança entre o Bem e o Mal, entre o que é bom e o que é mau nas questões relativas à vida e à saúde (bioética), à sexualidade, aos negócios, às profissões, ao meio ambiente, ao sociopolítico, à comunicação, entre outras coisas.

Em suma, poder-se-ia dizer que toda bioética é ética¹⁸. É uma nova ética, mas é ética. É uma nova forma de fazer ética. Reflexão ética, valorização ética, dos problemas criados à vida e seu meio ambiente pelas biotecnologias modernas. A bioética nasceu em um ambiente científico, em um campo de investigação biológica, como necessidade sentida pelos mesmos cientistas, de proteger a vida e seu meio ambiente. Portanto, em um primeiro momento, não nasceu no âmbito da filosofia, nem da teologia, nem da religião. Nasceu em um âmbito, especificadamente, científico. E, sendo assim, a bioética se propunha a “humanizar” a vida moderna, “desumanizada” pelo positivismo científico e tecnológico. As ciências e tecnologias da vida se haviam divorciado da ética, e esta, por sua vez, viu-se relegada a divagações dos filósofos, sem poder exercer seu efeito benéfico sobre elas. Surge, então, a bioética como ponte e diálogo entre os saberes científicos em torno da vida e os saberes humanistas centrados na Ética. (ESCOBAR, 2002).

Mas, de uma perspectiva de temáticas centrais ou de subdisciplinas, é a ética clínica que centra-se, sobretudo, na dimensão moral do exercício profissional da medicina e da enfermagem, na medida em que o núcleo ético são as decisões tomadas durante a relação interpessoal profissionais-paciente. (PERALES, 2005). Contudo, alguns estudiosos não costumam se preocupar ao utilizarem a expressão Ética biomédica ao invés de Ética clínica. Nesse ponto, mesmo com diferenças, Perales (2005) considera que a Ética biomédica estuda as dimensões morais do processo de investigação, experimentação e aplicação de descobrimentos, mas pressupondo um determinado tipo de relação do profissional de saúde/enfermo, por um lado, e também uma visão das funções sociais, humanitárias, econômicas e políticas que inspiram diferentes instituições científicas. Aliás, com baliza em uma Ética biomédica, há uma crescente atenção relacionada aos padrões éticos médicos profissionais, os quais seriam comprometidos por sistemas de cuidados de saúde que, por sua vez, são dominados, prioritariamente, pela lógica de mercado. Os fatores socioeconômicos são considerados hoje uma pertinente ameaça, na medida em que seriam capazes de transformar médicos e enfermeiras em empregados obedientes em vez de profissionais independentes. (DRANE, PESSINI, 2005).

¹⁸ Muitos estudiosos asseveram que a Bioética é, na verdade, uma Ética aplicada e está inclusa na Ética, denominada Geral. E, duas tendências gerais compartilham, hoje em dia, a reflexão em torno da concepção de Ética: a) aquela que, vinculada à tradição eudemonista aristotélica, assina como tema central à Ética a vida boa (como viver bem) e b) aquela que, prolongando o deontologismo kantiano, outorga prioridade à fixação de normas de justiça. Nesse caso, tem sido entendido que ambas continuarão, com flutuações, protagonizando os debates morais, ora marcada de deontológica, orientada pela universalização de valores e normas e fundamentada sobre o princípio de justiça em uma sociedade cada vez mais planetária; ora marcada de axiológica material, e que defenderá, com base na proteção do princípio da liberdade, a concepção que cada pessoa tem de vida boa. Para complementação teórica, ler: GÓMEZ-HERAS, 2005.

Gayon (2002) elabora toda uma argumentação em torno dos ditos critérios de definição de cientificidade e de moralidade. Logo, para esse estudioso, mesmo que exista a crença de que os critérios de cientificidade se encontram, em geral, melhores definidos que os de moralidade, qualquer filósofo da ciência talvez dissesse que isso é pura ficção. Ou seja, tentativas para estabelecer critérios bem claros de cientificidade têm sido colocadas sob suspeita ou, inclusive, têm falhado. Por isso, em um contexto no qual a medicina é mais organizada como uma ciência biológica aplicada, é importante saber que as normas científicas são tão relativas como as morais, e talvez mais. E, mesmo que se proponha que a solução dos problemas concretos éticos pode e deve incluir uma dimensão de investigação científica, tal proposta não equivale a dizer que a ciência pode por si mesma conduzir a prescrever e proibir. A bioética atual é toda ela casuística: o que quer dizer que seu estudo deve ser somente indutivo e não a priori. Assim, para o êxito de uma bioética que aceita sua confrontação com a prova experimental, são cruciais a livre discussão e a qualidade da informação, o mesmo que na prática comum científica. Daí, a necessidade de uma ética não poder se ocupar unicamente de normas abstratas, e sim de uma negociação ativa dos riscos e custos das normas. (GAYON, 2002).

Callahan (2002), fundador do Hastings Center e apontado por alguns como o terceiro nome – além de Potter e Hellegers – na origem da bioética enquanto saber específico, sinaliza que, ao tecermos considerações acerca do lugar da bioética, necessitamos saber primeiro quais são os problemas na medicina e biologia que suscitam perguntas éticas e necessitam respostas éticas. Mas, poderíamos ir de A a Z, preenchendo todo o alfabeto de perguntas e respostas éticas. E mais, se a ética se limitar a observar que não se cometam erros lógicos em todo o processo de uma argumentação, nada chamará atenção. Desse modo, o autor assevera que as premissas por trás dos argumentos éticos, os prejuízos por trás dos sistemas éticos e os sentimentos que alimentam um determinado comportamento ético (ou antiético) são os que fazem a verdadeira diferença na vida humana. As argumentações verbais são somente a ponta do iceberg. A partir dessa afirmação infiro que, ao agirmos como se estivéssemos constantemente entre “dois polos”, podemos incorrer no risco de não analisarmos tais argumentações com a complexidade que elas exigem.

Há vários estudos que buscam, entre outros aspectos, rastrear algumas das condições de possibilidade da bioética, fazendo um giro para além dos anos 60 e 70 nos EUA. Entre esses estudos, acompanhei um, que passei a denominá-lo “deslocamento concomitante”, já que nos retrocede a um passado que se pretende remoto, a um passado ainda bem presente e, impõe-nos um presente, ainda não tão presente. Por quê? Porque ao tratar de ciência e de

técnica, Asnariz (2002) propõe-se a enfatizar aquele giro copérnico da Modernidade, a universalização e aceleração dos tempos tecnocientíficos e a passagem do mundo industrializado ao tecnocientífico atual. Para tal intento, a autora procurou demonstrar as situações centrais que levaram a alterações profundas do comportamento do homem e que foram colocando em crise paradigmas tradicionais que guiavam e guiam as ações desse mesmo homem.

Portanto, parafraseando Asnariz (2002), abordar o mundo antigo é girar em torno do conceito de natureza, cujas leis o homem deveria respeitar. Tudo que se opunha a ela, ou que a destruía, era fonte do mal e de enfermidade. Lidava-se com um poder invisível e dotado de energia. Tratar do mundo moderno é legitimar o visível, observável. A Modernidade tem conquistado sem fraquejar a natureza, convertendo-a em útil e a serviço do humano e suas necessidades. Baseando-se nas primitivas imagens do cristianismo, os antigos conceberam a alma como habitante de um interior oculto, numa interpretação que ligava o indivíduo tanto a Deus quanto ao mundo natural, criado por esse mesmo Deus. De Deus, passamos para uma Modernidade centrada no humano, sujeito transcendente, criador da ciência, em seu aspecto prático, de aplicação do conhecimento ao bem-estar humano, à técnica. A verdade já não é adequação da mente com a realidade e sim o poder de transformar o mundo. É uma concepção positivista da verdade, obtida através do método, que encontrou benefício na figura da máquina.

Assim, a pessoa, segundo a perspectiva moderna, requer ser moldada com cuidado, como produto de uma máquina. E, como máquina, requer reparação de mecânicos experts. A razão passa a ser a essência do sujeito moderno, assim como a emoção foi a essência do sujeito antigo. A Pós-modernidade abandona as essências discerníveis. Um mundo pós-moderno é dividido e enfrentado por crenças diversas, com crises de paradigmas de valores imutáveis, caracterizado pelas transformações revolucionárias, políticas, sociais, científicas e técnicas. A Modernidade significa crítica e emancipação humana. Por obra da Antigüidade, a confiança era depositada nos valores morais. A Modernidade aborda os Direitos Humanos. A Pós-modernidade busca trabalhar com os conflitos éticos emergentes, enquanto política da vida cotidiana. A autonomia se perfila como uma característica preciosa do ser humano, tendo que ser defendida e amparada juridicamente. A ciência responde à capacidade de assombro, de dúvida, de busca dos porquês. Com a incorporação de novos instrumentos, cresce a técnica. E a técnica começa sua veloz carreira, até inundar a vida do humano. “Imperativo tecnológico”: eletrodomésticos, transportes, telecomunicações, informática, telemática, meio maciço de comunicação. A técnica nos rodeia e muitas vezes se dá a contradição do que é um

benefício, um bem-estar e um mal-estar. O ser humano descobre que não somente manipula, como é manipulável. Ele é o artífice de seu próprio destino. (ASNARIZ, 2002).

É assim que, no mosaico de correntes filosóficas que se foi formando, sobretudo depois da Segunda Guerra Mundial, predominou uma preocupação ética que deriva, em parte, na perspectiva européia de uma problematização da noção de subjetividade: emerge das próprias questões do ser humano tido como singular, mas que tem alterado a si mesmo. Assim, a perspectiva européia mostra-se mais inquieta e explora os fundamentos filosóficos que permitam “dar razão” às decisões desde uma filosofia moral, que procede: das bases antropológicas da pessoa, na linha da fenomenologia de Husserl, Scheler, Zubiri, Laín, Ricour, Levinas, Gracia; do aristotelismo e o hipocratismo, indispensáveis para entender a estrutura da profissão médica; do kantismo dialógico, marco da autonomia, justiça e solidariedade nos níveis pessoal e social. Por outro lado, a reflexão bioética de tradição filosófica anglo-americana orienta-se pelo pragmatismo e/ou utilitarismo, conduzindo a uma ética situacional, ao estabelecer normas de conduta moral para examinar os fatos no âmbito da prática clínica: enfatiza as ações do homem. (NEVÈS, 2002; CORTINA, 2005).

Blanco (2006) analisa os princípios (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça), tanto coligados à filosofia anglo-saxônica (mas poderia ser denominada de anglo-americana) empírica e ou utilitarista como à européia continental racionalista. Nesse sentido, afirma que o empirismo acentua a importância de autonomia e de beneficência. Por sua vez o racionalismo superestima os princípios absolutos que, independentemente da vontade do sujeito, constituem-se em obrigações prévias à autonomia das pessoas. Assim, ao contrário dos princípios utilitaristas, o princípio de não-maleficência é hoje um princípio absoluto e não a parte negativa da beneficência; e o de justiça não trata de compensar desigualdades e sim de tratar todas as pessoas igualmente. Em função disso, fala-se em dois modos aplicativos: 1) uma ética de mínimos, constituídos pelos princípios de não-maleficência e justiça, próprios do Direito e, se levados ao extremo, a característica do totalitarismo político; 2) uma ética de máximos, conformada pelos princípios de autonomia e beneficência, que, também, se levados ao extremo, seriam próprios do liberalismo extremo.

Desse modo, o que tem sido afirmado e reafirmado é que, tanto na perspectiva anglo-americana quanto na européia, o que está em questão é a história do medo humano. Antes, um primitivo temor frente à natureza que se considerava como uma ameaça. Agora, um atual temor frente à cibernética e à destruição do equilíbrio natural causada por uma técnica sem finalidade e vazia de considerações morais. (NEVÈS, 2002).

Mas, nesse contexto de tendências teóricas, ainda falávamos de uma bioética laica, o

que, de uma certa maneira, “omite” uma proativa bioética cristã¹⁹. Sinalizo a expressão “de uma certa maneira”, pois entendo que, mesmo que possamos nomear e delimitar uma bioética tradicional cristã e oponente à moral secular e sua respectiva bioética, essa mesma bioética cristã encontra-se devidamente matizada e matizando importantes conceitos desenvolvidos nas demais perspectivas teóricas ao longo dos tempos. Ou seja, laica ou cristã, a mescla conceitual e epistemológica é bem maior do que seria pretendida pelos seus respectivos defensores. Mesmo assim, e principalmente com relação à moral secular vinculada à bioética, pode-se dizer que as diferenças não são definidas simplesmente nos termos de proibições particulares (por exemplo: permitir ou não o aborto, a eutanásia e a inseminação artificial a partir de doadores). Logo, conforme Engelhardt Jr. (2006), tais diferenças são definidas, mais significativamente, nos termos da força metafísica e do caráter moral totalizante das reivindicações cristãs. Assim, de um lado, para a bioética secular, a existência dos seres humanos é uma contingência num universo que aparentemente surgiu do nada, não caminha rumo à coisa alguma e nem tem fim último. Do outro, o cristianismo considera a dignidade dos seres humanos como fundada não somente em sua criação, mas também na Encarnação, mediante a qual é possível a união com Deus. Ainda, as diferenças epistemológicas apontam para um cristianismo tradicional que reconhece o conhecimento científico e filosófico empírico e o conhecimento místico de Deus e da realidade.

Há outro e não menos importante ingrediente das questões bioéticas a ser aqui discutido: os comitês institucionais de bioéticas²⁰, especificamente os relacionados aos problemas clínicos dos cuidados de saúde. Nesse ponto, as atuais demandas tecnológicas no setor de cuidados de saúde exigem uma super expertise. Com tal dimensão, Drane e Pessini (2005) asseveram que

Os bioeticistas e os membros de comitês clínicos de ética dos cuidados de saúde têm de estar familiarizados com os contextos clínicos, com a medicina contemporânea, com os estatutos dos estados, causas judiciais e regulamentos do governo que tratam de matérias clínicas, bem como com os conceitos e as teorias da bioética que foram projetados para lidar com sutilezas clínicas. É, pois, irrealista esperar que essas mesmas pessoas dominem um conjunto tão diferente de conceitos e de teorias éticas, um tipo totalmente diferente de fatos ou de dados, e um grupo completamente diferente de ciências sociais. (DRANE, PESSINI, 2005, p. 32).

¹⁹ Convém explicitar, aqui, que esta restrita discussão está centrada em uma denominada bioética religiosa cristã e segundo Tristram Engelhardt Jr. Logo, desde já, abstenho-me de qualquer empenho em abarcar tanto as mais diferentes vertentes religiosas não-cristãs, como os possíveis desdobramentos da bioética dentro da própria religião cristã.

²⁰ O denominado Comitê de Ética Hospitalar pode ser definido como um grupo multidisciplinar de pessoas que, dentro da instituição sanitária, tem sido especificamente estabelecido para aconselhar aos profissionais de saúde em suas decisões sobre as questões éticas instaladas no curso da prática clínica (NAHARRO, 2005).

Dizendo isso, esses autores continuam argumentando que na medida em que os bioeticistas que se especializam em questões de justiça econômica e de acesso aos serviços de saúde têm de demonstrar serem dotados de certos traços de caráter, compreender as ciências sociais e as burocracias dos cuidados de saúde, o bioeticista clínico necessita “conhecer a medicina ou os cuidados de enfermagem, assim como compreender as sutilezas do contexto clínico”. (DRANE, PESSINI, 2005, p. 48).

Em uma nova edição da Enciclopédia de Bioética²¹, Reich acrescenta ao conceito de bioética a questão da interdisciplinaridade, ao defini-la como um “estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão moral, decisões, condutas e políticas – das ciências da vida e atenção à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar”.

Roy (1979) também entende bioética como o estudo interdisciplinar do conjunto das condições exigidas para uma administração responsável da vida humana, ou da pessoa humana, tendo em vista os progressos rápidos e complexos do saber e das tecnologias biomédicas. Já, em 1995, esse mesmo autor busca outros aspectos de discussão ao considerar a bioética não só “o estudo dos comportamentos desejáveis em matéria de intervenções médicas sobre a vida humana [...]”, como uma forma de ética que consiste em “elaborar juízos, em formular compromissos, diretrizes e políticas indispensáveis em uma sociedade pluralista, quando indivíduos ou grupos se enfrentam em questões referentes à medicina ou às ciências da vida”. (ROY, 1995, p. 38).

Gómez-Heras (2005) sustenta que a bioética, na verdade, repete o que outras disciplinas, como a sociologia, a história, a psicologia, entre outras, fizeram em seu tempo de emergência e de consolidação, ao fixarem os limites de um campo próprio de investigação e ação, as estratégias metodológicas mais adequadas às matérias que trata e o grau de autonomia que possui na relação com outras disciplinas (biologia, medicina, filosofia, teologia e direito). No entanto, é muito interessante acompanhar esse mesmo autor ao sinalizar o paradoxo instalado: poucas disciplinas possuem uma estrutura interdisciplinar tão marcada como a bioética e poucas, como a mesma bioética, encontram-se submetidas tão intensamente à tentação de um reducionismo.

Por causa disso, um dos objetivos que a bioética almeja, desde seu começo, tem sido evitar a ética puramente individual e procurar ir adiante das deontologias particulares ou códigos de ética profissional. Logo,

²¹ Warren Thomas Reich (Org.), *Encyclopedia of Bioethics*, Nova York, Simon and Schuster/Mac Millan, 1995. A primeira edição foi publicada em 1978.

a interdisciplinariedade não pode se reduzir à colaboração das ciências biomédicas entre si e com a ética. Tampouco pode iludir o aspecto sócio-político e sócio-econômico, assim como o sócio-cultural. A ética da vida é ética social! Não questionamos somente o papel do médico [acrescento o papel da enfermeira] com relação ao enfermo, e sim a qualidade mesma da biomedicina e bioindústria no marco das estruturas sociais. (CLAVEL, 1998, p. 21).

Enfim, traçado esse panorama geral, posso afirmar que, entre os que celebram o passar de quase quatro décadas desde o início do termo bioética, sinalizando que Potter conseguiu expressar em uma dessas palavras “eureka” algo tão difícil de explicitar em seu conteúdo. São muitos os que se preocupam por fixar, saber exatamente o que quer dizer dito termo, já que os possíveis perfis dele não terminam por esgotá-lo e satisfazer de maneira plena. Quer dizer, as bioéticas se apresentam hoje incompletas, sem unanimidade em seu significado, com o interessante paradoxo de que na prática, sob determinados pressupostos teóricos, não se pode duvidar.

3.2 DA ÉTICA E A TÉCNICA, DA ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA E A TECNOBIOMEDICINA: “UMA” MANEIRA DE OLHAR ESSAS RELAÇÕES!

Há quem considere que a bioética nada tem a ver com a ética, mas sim com a técnica, querendo fazer dela não uma ciência moral, e sim uma ciência técnica. Blázquez (2000) propõe que o termo biociências seja o equivalente a ciências da vida em geral e, dentro dele, poder-se-ia fazer duas grandes classificações: a) Biotecnologia, para tudo que se refere à vida não-humana; b) Bioética, ciência referida à vida humana, na qual se incluiriam matérias tais como a medicina, farmacologia, enfermagem, deontologia médica, biodireito, técnicas de reprodução humana, etc. Como uma das vantagens desse enfoque epistemológico, Blázquez pondera que a bioética nos põe imediatamente frente à vida humana em suas situações mais críticas, suscetíveis de serem tratadas com técnicas biomédicas avançadas. E mais, à ética se reserva a discussão dos princípios do obrar humano e a bioética os aplica na execução das técnicas biomédicas mais avançadas no âmbito da vida humana.

Polaino-Lorente (2000) sinaliza que a bioética está consolidada por se ocupar em dar respostas aos atuais problemas tecnológicos que urgem em nossa época. Estamos, pois,

tratando de um prestígio reativo frente à audácia dos avanços tecnológico-científicos. Para ele, em certo modo, poder-se-ia dizer que a bioética, em sua condição de ética, tem um prestígio “respondente” que é mera resposta ao prestígio que têm as ciências positivas. Bioética e positivismo operariam dentro da mesma lógica conceitual.

No entanto, sob um determinado viés, entender a situação tecnológica na qual estamos imersos, necessita pensar, também, no sentido da técnica em geral. Nem sempre se opera de modo unívoco quando se utilizam os termos “técnica” e “tecnologia”, obviamente aparentados, porém não constituem sinônimos. Para Maliandi (2006), a tecnologia é denominada como uma forma (altamente sofisticada) da técnica. Assim, toda tecnologia é técnica, mas nem toda técnica é tecnologia. Tecnologia, um sistema integrado por técnicas diversas e por um alto grau de informação e metodologia científica. A “técnica” em sentido lato, não implicaria necessariamente um sistema. Porém, também é freqüente o uso indistinto dos dois termos para aludir ao fenômeno técnico moderno e contemporâneo. (MALIANDI, 2006).

Mas, o que peculiarmente me interessou na argumentação de Maliandi (2006) foi a que demarca a técnica por sua ambigüidade. Para ele, de todas as versões, o conceito de técnica está ligado ao de limite, pelo menos em três sentidos: 1) limites que necessariamente padece a técnica; 2) limites que a técnica impõe e 3) limites naturais que a técnica ajuda a superar, segundo sua origem, definindo-a como uma compensação dos limites naturais do humano. Nesse sentido, também a ética, segundo sua gênese, pode considerar-se uma forma de compensação: uma forma de recuperação de um equilíbrio. E, em se tratando do caráter compensatório da técnica e da ética, antropologicamente e sociologicamente falando, vários pensadores, desde muito, consideram a técnica como uma maneira do humano compensar sua natural carência biológica; restabelecido o equilíbrio técnico, dá-se um desequilíbrio etológico; por sua vez os etólogos explicam a gênese da moral como o intento cultural de recobrar aquele equilíbrio. Logo, nesse referente adotado por esses estudiosos da antropologia e da sociologia, assim como a técnica, em geral, cumpre uma função protética para compensar os defeitos orgânicos, a moral cumpriria uma função compensatória dos defeitos instintivos na área inibitória da agressão intra-específica.

Dito de outro modo, o humano Paleolítico compensou seus defeitos naturais por meio da inteligência técnica e a conseqüente produção de instrumentos adequados a sua economia de caça. O equilíbrio ecológico provocou o desequilíbrio etológico intra-específico, implícito na disposição de armas artificiais (lanças, flexas, entre outras), que servem para caçar e para matar o vizinho. Já, a ambivalência da técnica tem um aspecto ontológico e outro axiológico.

Ontologicamente, corresponde à oscilação entre o natural e o artificial. Axiologicamente, ou a técnica é boa e útil, na medida em que permite superar limites, ou é má, ou nociva, na proporção em que impõe ao humano novos limites. Essa grave ambivalência não diminui, e sim aumenta com o desenvolvimento da técnica e, sobretudo com sua moderna derivação em tecnologia. Também, é a tecnologia boa e má, por diferentes motivos. Ela não é neutra, é literalmente boa e má pelo uso que delas se faça. (MALIANDI, 2006).

No entanto, ao acompanhar mais um pouco a análise de Maliandi (2006), deparei-me com um segundo paradoxo. Segundo ele, chegamos a um extremo de ignorância diante da tecnologia. Não necessariamente sabemos como funciona o aparato tecnológico que manejamos. Ou seja, a consciência da técnica, justamente em sua exacerbação revela sua fragilidade. Diferente do humano neolítico, o humano cibernético já não consegue distinguir a técnica da natureza, ou os significados da técnica e de sua relação com a natureza. Portanto, uma característica da situação atual consiste em que a consciência da técnica tem sofrido sérias perturbações. Tanto a ambigüidade da técnica como a fragilidade da consciência da técnica são marcas de seu caráter conflitivo. Nada pode iludir esse conflito.

E Maliandi (2006) segue indagando: é, pois, um conflito inédito, próprio da nova tecnologia, ou esteve já implícito, de algum modo, em todas as formas de técnica? Não poderia se pensar – justamente agora, quando começa a perturbar-se a tradicional consciência da técnica – que o que sempre faltou foi precisamente uma adequada consciência dessa ambivalência? Quiça nós estamos ante um terceiro paradoxo: na medida em que se deixa de entender a técnica, vai-se percebendo melhor seu caráter ambíguo, isso significa seu caráter conflitivo. Caso seja assim, então há caminhos importantes para trilhar, ou seja, moderar as manifestações de conflito ético da tecnologia consiste em evitar qualquer das atitudes extremas frente a ela, tanto o deslumbramento e o incondicional aplauso (tecnolatria) como o espanto e a pertinaz impugnação (tecnofobia).

E, mesmo que excluída uma análise que contemplasse a bioética, tratamos, em estudo prévio (VARGAS; MEYER, 2005), algumas das questões apontadas por Maliandi. Ao investigarmos o que denominamos processo de ciborguização da enfermeira no contexto da terapia intensiva – a partir dos pressupostos teóricos pós-estruturalistas – consideramos que a opção, a priori, pelo humano ou pela máquina pode ser concebida como um falso dilema, uma vez que não se trata mais de fazer nem uma avaliação pessimista e nem uma apologia da tecnologia, mas de reconhecer a sua inevitabilidade. Ao fazê-lo, pode-se investir no pressuposto de que, na medida em que as enfermeiras intensivistas vivem sucessivamente nesse ambiente tecnológico, elas podem até parecerem as mesmas, mas não se sentem ou se

comportam da mesma maneira. O processo de ciborguização configura-se, aí, na construção do ser enfermeira em conexão com a máquina (hibridização humano-máquina), realizando intervenções técnicas, uma vez que máquina e humano estão implicados nas mesmas relações. (VARGAS; MEYER, 2005).

Ainda, em outro artigo²² (VARGAS; RAMOS, 2008), analisamos, entre outros aspectos, que apesar de aceitarmos o pressuposto de alguns estudos de que a ciência e a tecnologia – tecnobiociências – passaram a ocupar o lugar do divino e de que muitas vezes estas induzem uma assistência estandardizada e protocolar, não concordamos com a sinalização desses mesmos estudos de que a “solução” implicaria o resgate de uma essência humana, autêntica, espontânea e autônoma e a denúncia da destruição do sujeito consciente de si. Logo, fez-se necessário explicar como estávamos operando com a noção de tecnologia de ponta. Mais ainda, desdobramos essa tecnologia de ponta em informática, tecnobiomedicina, robótica, cibernética e bioeletrônica. Como consequência, entendemos que a enfermagem em UTI é impensável e impraticável sem a incorporação dessa tecnologia. Desde esse lugar, ao invés da fácil afirmação totalitária da dominação da tecnobiomedicina sobre as enfermeiras intensivistas, adotamos a proposição de promover uma instância crítica do discurso da tecnobiomedicina, repensando-o como fazendo parte daquilo e naquilo que, atualmente, fazemos em terapia intensiva. Logo, a opção pela denominação tecnobiomedicina deve-se, além de sua maior concisão, por refletir mais adequadamente a vinculação da racionalidade médica com o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da Biologia agregadas à racionalidade tecnológica contemporânea. E essa articulação é uma possibilidade atual, mesmo que as racionalidades Modernas Biologia e Medicina tenham uma condição de existência bem mais antiga. Tecnobiomedicina é, pois, uma articulação que, na sua vigência, resulta e gera outra coisa que não as suas partes em separado. Em suma, é proposto o termo tecnobiomedicina como aquele que abrange a complexificação das tecnologias atuais na prática biomédica e seus potenciais desdobramentos na enfermagem. Entendemos que devemos tornar interessante uma enfermagem, também, constituída como um elemento fundamental na assistência prestada nesse espaço tecnomediado. Ainda assim, repetimos: a instância de análise que ora operamos é crítica. Não defendemos e nem encurralamos a tecnobiomedicina. Apontamos a criteriosa avaliação das questões que nos rodeiam e, mais, nos constituem enquanto sujeitos enfermeiras e intensivistas, quer queiramos ou não.

Para finalizar esse modo de discorrer acerca da ética e da técnica, da enfermagem em

²² Artigo ampliado para a questão da tecnobiomedicina, mas ainda desdobrado na minha Dissertação de Mestrado.

terapia intensiva e tecnobiomedicina, busco um último recurso em Sibília (2002, p. 77-8), no ponto em que ela sinaliza que, na Modernidade de Bacon, “os meios técnicos ainda eram insuficientes, e o homem podia reivindicar sua subjetividade e seu domínio sobre o instrumental técnico”. Hoje, pode-se dizer que o ambiente técnico, aquele que definimos como ambiente artificial, estende-se por toda a superfície do planeta, “tornando-se o meio ‘natural’ em que os seres humanos vivem e são produzidos”. Latour e Woolgar (1997) afirmam que a técnica não saiu do laboratório, mas este se dilatou: com a natureza encurralada; o tamanho do laboratório tecnocientífico passou a coincidir com o tamanho do mundo.

**ARTIGO 1 - IATROGENIAS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA:
dramaticidade dos Problemas Bio/Éticos Contemporâneos**

Artigo a ser submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo 3). A Declaração de Responsabilidade e a Transferência de Direitos Autorais encontram-se no Anexo 4.

IATROGENIAS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: dramaticidade dos Problemas Bio/Éticos Contemporâneos

LAS IATROGENIAS EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: el dramatismo de los Problemas Bio/Éticos Contemporâneos

IATROGENIAS IN INTENSIVE CARE UNITS: dramatization of Contemporary Bio/Ethical Problems

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas^{*}

Flávia Regina Souza Ramos[†]

^{*} Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Atua no Centro de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Membro do Grupo Práxis na UFSC. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Coordenadora Especialização Enfermagem em Terapia Intensiva na UNISINOS.

[†] Enfermeira. Pós-Doutorado em Educação pela Universidade de Lisboa. Doutora em Filosofia em Enfermagem pela UFSC. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisadora CNPq e Líder do Grupo Práxis/UFSC.

IATROGENIAS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: dramaticidade dos Problemas Bio/Éticos Contemporâneos

LAS IATROGENIAS EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: el dramatismo de los Problemas Bio/Éticos Contemporâneos

IATROGENIAS IN INTENSIVE CARE UNITS: dramatization of Contemporary Bio/Ethical Problems

RESUMO: Investigação qualitativa, balizada na analítica foucaultiana com aproximações no referencial teórico pós-estruturalista, explora as iatrogenias como uma das tensões no fazer/saber enfermagem que podem ser discursivamente articuladas à bioética e à tecnobiomedicina. As fontes documentais e de entrevistas com enfermeiros/as intensivistas permitiram ativar uma reflexão sobre o agir do/a enfermeiro/a em um contexto permeado pela possibilidade sempre latente de falhar tanto no procedimento, como na conduta e, a partir desta possibilidade, ele/a encontra sua obrigação de corrigir esta falha não tanto ou não apenas no conhecimento, não tanto ou não apenas na lei, mas na prática de si mesmo.

DESCRITORES: unidades de terapia intensiva; enfermagem; bioética; ética.

RESUMEN: Investigación de carácter cualitativo, basada en el análisis foucaultiano y con aproximaciones al referencial teórico posestructuralista, donde se exploran las iatrogenias como siendo una de las tensiones presentes en el quehacer/saber enfermería que pueden ser articuladas discursivamente a la bioética y a la tecnobiomedicina. Las fuentes documentales consultadas, así como las entrevistas realizadas con enfermeros/enfermeras permitieron activar una reflexión sobre el actuar del enfermero o de la enfermera en un contexto penetrado por la posibilidad siempre latente de fallar en el procedimiento o en la conducta y, a partir de

esa posibilidad, verse en la obligación de corregir esa falla, no sólo o apenas en el conocimiento o en la ley, sino en la práctica de sí mismo.

DESCRIPTORES: unidades de terapia intensiva, enfermería, bioética, ética

ABSTRACT: This qualitative investigation, landmarked in Foucaultian analysis with approximation to post-structuralist theory, explores iatrogenias as one of the tensions of nursing performance/knowledge which can be discursively articulated to bioethics and to techno biomedicine. Documental sources and interviews with intensive care nurses permitted an activation of reflection upon a nurse's actions in a context permeated by the always latent possibility of failing, in both procedure and conduct. Based on such possibility, intensive care nurses find themselves obligated to correct their failure, not as much or merely in knowledge, nor law, but in self practice.

DESCRIPTORS: intensive care units , nursing, bioethics, ethics

INTRODUÇÃO

A emergência, a imediatidade e a dramaticidade das situações vivenciadas nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) fazem com que os problemas éticos, nesses locais, sejam freqüentemente mais evidentes, tempestuosos e avultados⁽¹⁾. No contexto da UTI, o emprego de alta tecnologia tem sido entendido como fator responsável por ocorrências adversas. E, mesmo reconhecido seus inúmeros benefícios aos doentes, ela pode desencadear sérios danos, quando não for objeto de cuidadosa vigilância⁽²⁾.

A discussão das iatrogenias pode ser expressa através dos termos *falha técnica* e *falha de conduta* e na conceituação das infrações ético-legais dessas falhas. Falhas técnicas seriam aquelas relacionadas a erros técnicos ou procedimentais; e as de conduta seriam falhas na atitude, no comportamento, na abordagem interpessoal ou interprofissional. A ocorrência

ética consiste em algum tipo de falha cometida pelo profissional de enfermagem, que resulta em prejuízo ao cliente. Por sua vez, do ponto de vista ético-legal, a negligência consiste na inação, inércia, passividade ou omissão, sendo que é negligente quem, podendo ou devendo agir de determinado modo, por indolência ou preguiça mental, não age ou se comporta de modo diverso. Já, a imperícia abrange a falta de conhecimento ou de preparo técnico ou de habilidade para executar determinada atribuição. É, pois, uma atitude comissiva (de cometer ou agir) por parte do profissional, expondo o cliente a riscos. Por último, a imprudência decorre da ação precipitada e sem a devida precaução. É imprudente quem expõe o cliente a riscos desnecessários ou que não se esforça para minimizá-los⁽³⁾.

*Iatrogenias, ocorrências adversas**, *complicações iatrogênicas, incidente crítico negativo e falha* são termos, utilizados como abrangendo um mesmo tipo de discussão. Termos, regularmente, definidos como “eventos indesejáveis, de acometimento danoso à integridade física ou moral, prejudiciais, relacionados às intervenções prestadas pelo enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, capaz de comprometer ou com potencial para comprometer a segurança do paciente”⁽²⁾. Uma segurança que, em 1988, já era sinalizada como prioridade máxima na UTI⁽⁴⁾.

A palavra *iatrogênese* deriva-se do grego e é composta por *iatros*, que significa “médico”, e *gênese*, “origem”. Contudo, apesar de ter morfológicamente significado específico, o termo tem sido empregado largamente para identificar uma ação prejudicial. Doença *iatrógena* é a doença despertada pelo próprio médico, por um de seus assistentes, pelos farmacêuticos e pelos enfermeiros⁽⁴⁾.

Balizadas na expressão “doença despertada pelos enfermeiros”, desencadeamos, aqui, uma analítica foucaultiana com aproximações no referencial teórico pós-estruturalista, buscando explorar umas das tensões no fazer/saber da enfermagem que podem ser

* Ou eventos adversos, que podem ser classificados em reações adversas (não-evitáveis) e em erros (evitáveis). (GALLOTTI, RMD. Eventos adversos: o que são? Rev Assoc.Med. Bras, v.50, n 2, p.114, Abr, 2004).

discursivamente articuladas à bioética e visibilizar um dos modos de conceber e intervir do sujeito enfermeira no contexto da terapia intensiva.

Em suma, 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. Portanto, mantendo-nos no Foucault político, mobilizamo-nos para averiguar um modo de conduta, um conjunto de valores, um conjunto de técnicas, um certo conjunto representativo de uma cultura de si.

METODOLOGIA

O estudo qualitativo utilizou fontes documentais e de entrevistas com enfermeiros(as) intensivistas. O *corpus documental* foi composto por artigos publicados pela enfermagem brasileira, no período de 1984 a 2007, pois um estudo⁽⁵⁾ aponta 1984 como o ano em que a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn) publicou o primeiro artigo que contemplou a temática bioética. Incluímos como artigos a serem investigados, os publicados nos periódicos nacionais de enfermagem, que alcançaram, em qualquer ano entre 2000 e 2007, nota 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 específicos de bioética. Delimitamos, nos respectivos periódicos, 113 artigos, por meio de uma busca na Base de dados BIREME[†], aprimorada por meio de busca manual, minuciosa e mais abrangente, buscando temáticas e assuntos que poderiam enriquecer a discussão acerca das questões da bioética e da terapia intensiva. Logo,

* Intitulada *Bioética em discurso: efeitos sobre os processos de constituição do sujeito enfermeira na terapia intensiva*, de Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, sob a orientação da Professora Flávia Regina Souza Ramos, defendida em 2008, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

† BIREME/OPAS/OMS (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) (www.bireme.br).

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. Em outros momentos, achávamos temas articulados à ética de modo indiferenciado aos articulados à bioética.

Além da análise dos artigos selecionados, entrevistamos 20 (vinte) enfermeiros e enfermeiras inseridos no contexto da terapia intensiva, no estado do Rio Grande do Sul (especificamente na denominada Região Metropolitana de Porto Alegre), utilizando o critério de saturação de dados. Após aprovação do projeto em Comitê de Ética (Parecer n° 186/07/CEP/UFSC), os sujeitos foram convidados(as) a participar do estudo e manifestaram seu aceite por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução 196/96. Dessa forma, enfermeiros e enfermeiras responderam a duas questões norteadoras: 1) Descreva um dia de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva, no qual tenham acontecido situações positivas; 2) Agora, descreva um dia de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva, no qual tenha acontecido uma, ou mais, situação percebida como ruim. Buscamos lidar com essas descrições como narrativas destes(as) profissionais enfermeiros(as), pois entendíamos que as narrativas do seu cotidiano poderiam nos fazer “notar” situações de dor, alegria, conflito, consideração e de desconsideração do outro em sua diferença, de modo muito mais efetivo que uma comunicação linear em uma entrevista sobre o dever ser.

No entanto – talvez pelo tipo de pergunta elaborada, ou pelo caráter conflituoso da temática iatrogenias – a maioria dos(as) enfermeiros(as) entrevistados(as) quase nada falou acerca das iatrogenias na sua prática diária na terapia intensiva. Já com relação aos 113 artigos selecionados, seis versavam sobre a temática iatrogenias, especificamente, e três abordavam os Comitês de Ética em Enfermagem (CEE). Sendo assim, expomos, abaixo, o encontrado nos artigos, para no seguimento atravessar com os excertos das entrevistas com

os(as) enfermeiros(as). Após, entre o quase nada dito e o não-dito da temática iatrogenias, enveredamos, na seção intitulada *A questão dos dilemas, a dramaticidade do acontecimento*, sob um modo foucaultiano de pensar.

DAS DOENÇAS DESPERTADAS PELOS ENFERMEIROS: O DITO NOS ARTIGOS!

Quadro 1 – Fontes documentais - Artigos Científicos da Enfermagem com a Temática “Iatrogenias”

REFERÊNCIA	
Padilha, 1988	<p>Nota Prévia divulgando Projeto de Pesquisa com temática iatrogenias em UTI. Enfatiza a questão da segurança comprometida do paciente de UTI quando ocorrem iatrogenias, as quais têm sido subnotificadas. Anuncia que estudo busca estudar a iatrogenia em enfermagem na UTI sob o enfoque sistêmico, de modo a proporcionar análise abrangente do problema.</p> <p>CONCLUSÕES: Indaga: a exposição à maior diversidade de procedimentos invasivos, a conexão a aparelhos considerados vitais e a própria dependência, quase sempre total da enfermagem, caracteriza os pacientes como mais suscetíveis de riscos? Qual seria a frequência de incidentes nas UTIs? Quais seriam os fatores de riscos associados a essas ocorrências?</p>
Moreira e Padilha, 2001	<p>Investigação relata item a item problemas e comportamentos negativos detectados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) procedimentos técnicos; 2) desempenho inadequado por inexperiência do profissional; 3) falta de material e de equipamentos em condições de uso; 4) falta de tomada de decisão e gerenciamento da unidade. <p>CONCLUSÕES: Necessidade de profissionais experientes e com melhor capacitação para cuidar de pacientes graves e de monitorização sistemática para indicar estratégias de prevenção a iatrogenias, buscando proteger de conseqüências indesejáveis: paciente, profissionais, familiares, instituição e sociedade.</p>
Silva e Padilha, 2001	<p>Revisão Bibliográfica detalha os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas no atendimento à PCR, entre estas: inexperiência profissional, falta de atenção e desconhecimento técnico-científico dos integrantes da equipe, quantidade insuficiente de profissionais e problemas inerentes aos materiais e equipamentos utilizados na assistência ao paciente crítico, deixando evidente a existência de vários fatores envolvidos na gênese das ocorrências.</p> <p>CONCLUSÕES: O atendimento adequado da PCR exige ação rápida e uma equipe bem treinada na participação isolada de cada um dos seus integrantes e na ação em conjunto. Os profissionais que não seguem as diretrizes propostas pela <i>American Heart Association</i> reforçam comportamentos incorretos na PCR. As iatrogenias identificadas podem ser desencadeadas pela ausência de um coordenador das atividades e inexistência de um protocolo de atendimento colocado de forma estratégica dentro da UTI.</p>
Padilha, Kitahara, Gonçalves e Sanches, 2002	<p>Investigação analisa as condutas adotadas pelos enfermeiros nas iatrogenias com medicação em UTI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Comunicar o fato ao médico. Hipóteses: médico com conhecimento dos riscos potenciais da droga administrada incorreta, logo os enfermeiros tentam prevenir agravos; a intercorrência gera medo e insegurança no enfermeiro, sobretudo naqueles com pouca experiência, o que o faz procurar ajuda junto ao profissional que considera mais capacitado e de acesso imediato; o médico, responsável pelo tratamento, deve ser

	<p>notificado do que acontece com ele; a sua exclusividade da prescrição medicamentosa pode levá-lo a intervir com outra droga, se for o caso.</p> <p>2) Intensificar os controles. Hipótese: os enfermeiros, cientes das possíveis graves conseqüências e sentindo-se responsáveis pela assistência, aumentam a vigilância e o controle dos pacientes, visando à intervenção pronta de qualquer manifestação de anormalidade.</p> <p>3) Comunicar a ocorrência para a chefia de enfermagem da UTI. Hipótese: preocupação com as exigências burocráticas da instituição e em garantir monitorização do paciente nos plantões subseqüentes.</p> <p>4) Assumir diretamente o cuidado do paciente. Hipótese: idem número 2.</p> <p>5) Anotação da ocorrência. Hipótese: os enfermeiros preocupam-se com o registro em documentação oficial.</p> <p>6) Punição do funcionário. Hipótese: a baixa freqüência desta conduta acompanha a tendência que estimula a não-punição em prol da monitorização e possibilidade de prevenção dos erros.</p> <p>CONCLUSÕES: Há possibilidade da omissão de informações pelos enfermeiros sujeitos do estudo. O estigma de ações disciplinadoras associadas com erros de medicação contribui negativamente para a subnotificação dos erros, dificultando as estratégias de prevenção. A natureza do tema e os riscos das implicações ético-legais levam a uma natural relutância em abordar o assunto, fazendo com que, até mesmo dentro do hospital, os erros envolvendo a administração de medicamentos acabem não sendo monitorados e discutidos. O incentivo para a notificação dos erros, a monitorização das ocorrências e fatores a elas relacionados, bem como ações menos punitivas e mais educativas viriam favorecer a diminuição dos erros que tantos malefícios causam aos pacientes e a todos os envolvidos na sua assistência.</p>
Camargo e Padilha, 2003	<p>Investigação utiliza a técnica de incidente crítico, e objetiva: caracterizar as situações, os comportamentos e as conseqüências imediatas para os pacientes relacionados a essas ocorrências, bem como verificar os fatores a elas referidos. Na categoria comportamentos foi constatado: falha na solicitação de drogas, falha na prescrição, falha no preparo dos medicamentos, administração incorreta dos medicamentos, manuseio inadequado dos dispositivos de infusão venosa. Referente à equipe médica, foram encontrados problemas de <i>grafia ilegível, descrição dos itens de forma incompleta e prescrições incorretas</i>. Além disso, evidenciaram-se comportamentos relacionados a <i>problemas de comunicação</i>, demonstrando ser um aspecto importante, relacionado principalmente às prescrições verbais e ordens subentendidas.</p> <p>CONCLUSÕES: Há necessidade de discussão entre os profissionais envolvidos em todo o processo de administração de medicamentos. Cabe ao enfermeiro solicitar uma prescrição legível e completa para desenvolver uma terapêutica medicamentosa consciente, correta e segura. Os comportamentos negativos encontrados podem estar associados aos profissionais e ao respectivo ambiente físico. Na categoria administração incorreta dos medicamentos, embora os comportamentos negativos pudessem ser desencadeados por falhas nas fases anteriores do processo, os resultados atestam uma dificuldade da enfermagem em realizar sua parte exclusiva do procedimento. Levadas em conta a complexidade das drogas utilizadas e a participação desta terapia no tratamento dos pacientes críticos, o que é exigido da enfermagem são constantes conferências das prescrições realizadas pelo médico. As falhas verificadas suscitam pensar nas repercussões aos pacientes e profissionais.</p>
Freitas e Oguisso, 2003	<p>Investigação caracterizou os profissionais de enfermagem envolvidos em ocorrências éticas e identificou as suas causas. 97,33% das ocorrências éticas eram comunicadas por enfermeiros. Os erros no preparo e/ou administração de medicamentos foram os mais freqüentes. Nas falhas de conduta, destaca-se: falta de comunicação adequada e honesta entre a enfermagem e o cliente, a família e outros profissionais. Os danos acarretados aos clientes foram prejuízos físicos e morais.</p> <p>CONCLUSÕES: As falhas técnicas indicam a falta de atenção e de conhecimento</p>

	como fatores de riscos mais comuns. Poderá tornar-se mais dispendioso às instituições de saúde, prestadoras de serviços de saúde, terem que ressarcir os danos acarretados por seus prepostos (empregados), do que investir na atualização, treinamento, educação continuada e condições de trabalho e remuneração.
--	---

Nos artigos analisados e apresentados no quadro acima, os(as) autores(as) foram minuciosos(as) na descrição do tipo de falhas detectadas e relatadas no contexto da UTI e nos conseqüentes prejuízos físicos e morais aos sujeitos implicados. No artigo que discute Parada Cardiorrespiratória (PCR), é enfatizada a necessidade dos profissionais seguirem a regra entendida como a melhor da atualidade, e é potencializada a indicação da presença de um coordenador das atividades. Ainda, todos os artigos sinalizam a necessidade de intervir imediatamente, de implementar estratégias ou condutas preventivas e de priorizar a prevenção de erros em detrimento da punição.

Justamente por essas argumentações, incluímos para análise os três artigos que abordam a questão dos Comitês de Ética em Enfermagem (CEE) em sua relação com as iatrogenias. O primeiro artigo⁽⁶⁾ verificou os indícios de infrações éticas presentes nas denúncias imputadas aos profissionais de enfermagem, que foram apurados pela instituição por meio de sindicâncias e processos administrativos disciplinares, no período de janeiro de 1989 (quando o CEE deu início aos seus trabalhos) a dezembro de 1994 (época do início do estudo). Nesse mesmo artigo, inclusive, está expresso que nas unidades, entre estas a UTI, em que há exigência de mais atenção nos cuidados ao paciente ocorre maior controle das ações da enfermagem por parte de todos os membros da equipe de trabalho, o que poderia contribuir para otimizar a identificação de faltas éticas.

O segundo artigo⁽⁷⁾ preocupava-se em compreender o significado das ações dos enfermeiros gerentes e enfermeiros membros do CEE diante das ocorrências éticas envolvendo os profissionais de enfermagem. As experiências desses enfermeiros permitiram desvelar que eles buscam, entre outros aspectos: a melhoria contínua do processo de cuidar, a credibilidade profissional, a satisfação da clientela, a desmistificação do medo da punição, a

parceria no processo educativo.

Já o terceiro artigo⁽⁸⁾ é uma ampliação argumentativa do artigo descrito anteriormente. Nesse último⁸, é argumentado que, quando acontecem erros envolvendo profissionais de enfermagem, tem sido atribuída uma ênfase maior na punição do culpado, se comparada à análise e melhoria dos processos que conduziram a tais falhas ou erro. O medo de punição faz com que os profissionais de enfermagem receiem, muitas vezes, comunicar ou encaminhar as ocorrências de erros às instâncias responsáveis na instituição hospitalar, a fim de que haja apuração dos fatos e orientação aos profissionais envolvidos, por meio do CEE ou do Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

É, pois, sustentado que todos os esforços dos enfermeiros seriam insuficientes para um enfrentamento das ocorrências éticas de enfermagem se não houvesse um processo de parceria da instituição e dos profissionais da área da saúde, no sentido de se comprometerem, eticamente, com uma meta institucional de zelar pela segurança, pela integridade e pelo respeito aos direitos do paciente, do colega de trabalho e dos próprios direitos, como profissionais e cidadãos. Consideram, ainda, que os valores, as crenças e os conhecimentos adquiridos, ao longo das vivências profissionais, tornam o enfermeiro apto a lidar com as ocorrências éticas no ambiente de trabalho⁽⁸⁾.

A QUESTÃO DOS DILEMAS, A DRAMATICIDADE DE CADA ACONTECIMENTO

“A verdade para Foucault não se expõe, portanto, no elemento calmo do discurso, como um eco longínquo e justo do real. Ela é, no sentido mais justo e literal da expressão, uma *razão de viver*, ou seja, um *logos* atualizado na existência, e que a alma, intensifica e prova: verifica-a”⁽⁹⁾.

Foucault, ao reportar-se aos gregos dos séculos I e II da nossa era, mostra-nos um entendimento da relação sujeito e verdade distinto daquele veiculado a partir da Idade

Moderna. Nesse diferente entendimento, o sujeito não é capaz de verdade, mas a verdade é capaz de transfigurar o sujeito. Por sua vez, na Modernidade, a verdade não é capaz de transfigurar o sujeito, mas o sujeito é capaz de verdade. Ou seja, na Modernidade, com Descartes como marco, a que se junta Kant, porém sob o efeito de toda uma série de complexas transformações, é chegado o momento em que o sujeito, como tal, tornou-se capaz de verdade. O modelo da prática científica teve um papel considerável: bastaria raciocinar de maneira correta e, mantendo constantemente a linha da evidência sem jamais afrouxá-la, seríamos capazes de verdade. Portanto, não é o sujeito que deveria transformar-se. Bastaria que o sujeito fosse o que ele era para ter, pelo conhecimento, um acesso à verdade, que lhe era aberto pela sua própria estrutura de sujeito⁽⁹⁾.

No entanto, a questão dos dilemas éticos, por assim dizer, a dramaticidade dos acontecimentos em terapia intensiva, mostra-se emblemática para se pensar em uma relação sujeito e verdade um tanto quanto paradoxal. Ora temos o sujeito moderno capaz de verdade; ora estamos diante de um sujeito que necessita de uma argumentação verossímil e plausível, capaz o suficiente para transfigurá-lo, modificá-lo. Vigoram, aí, o extremo da oposição e o extremo do indissociável. Uma oposição forte entre a necessidade de ação, como conhecimento científico metódico capaz de verdade, e a necessidade de atitude, como uma conjectura, um modo de conduzir-se no limite do conflito; uma indissociável ligação entre necessidade de conhecimento e um modo de cuidar.

No extremo do indissociável, Foucault faz referência às artes da conjectura e as exemplifica através do comando dos navios e dos cuidados médicos. Nestes, para além da exata verdade, nenhuma outra encontraríamos exceto a sensibilidade do corpo; teríamos um árduo trabalho para adquirir uma ciência “suficientemente” precisa para tentar não cometer senão erros leves; mesmo assim, a segurança absoluta de um julgamento seria um espetáculo raro; toda atividade é ao mesmo tempo racional e incerta. Pois, enquanto os maus pilotos

governam em tempo calmo, ao cometerem um erro, o erro não aparece; porém, quando surpreendidos por uma grande tempestade e um vento contrário e violento, todos, então, podem ver por seus próprios olhos que foi por sua inexperiência e inabilidade que perderam o navio⁽⁹⁾.

Alguns desses elementos de discussão se fazem visível nas falas abaixo:

Às vezes, uma falha resulta numa cadeia de coisas que se sucedem de modo inadequado. Uma enfermeira recém-formada e há pouco admitida na UTI autorizou o técnico de enfermagem para fechar a bomba de infusão de noradrenalina durante o deslocamento do paciente ao bloco cirúrgico; ela faz isso por desconhecer o efeito perigoso desta atitude. A cirurgia do paciente foi suspensa pelo agravamento da instabilidade hemodinâmica. O mesmo é deslocado apressadamente para a UTI; o agravamento da instabilidade hemodinâmica é revertido na UTI e no outro dia o paciente é submetido à cirurgia. A equipe médica e de enfermagem responsabiliza a enfermeira pelo ocorrido. A própria enfermeira se penaliza pelo ocorrido. Algum período depois, a mesma é punida com advertência escrita e cogitam em transferi-la de setor. Passou-se o tempo, as contra-argumentações da enfermeira que falhara aumentavam e ela expressava que gostava do seu trabalho e que aprendera com a situação toda. Acabaram por mantê-la no setor. (S5)

O que desencadeou o processo de afastamento da enfermeira da UTI não foi somente o fato dela ter cometido um erro grave no momento dela administrar o medicamento; o que mobilizou toda a equipe contra a mesma foi o descaso com que uma profissional que já trabalha um tempo considerável na UTI tenha tratado o fato ocorrido com os familiares do paciente, além de ter tentado responsabilizar outro profissional pelo seu erro. Não assumir o erro é a pior coisa que pode acontecer na UTI. (S20)

Embora as falas sejam de entrevistados que trabalham em UTI de instituições hospitalares diferentes, elas se aproximam de modo singular. Para além da falha técnica de ambas as enfermeiras, o que repercutiu para *o bem* e para *o mal* nessas falas foi justamente a atitude, o modo de proceder de uma e de outra. Uma delas transfigurou o mal em bem⁽⁹⁾; acreditou que o que lhe competia era assumir o mal que fizera, afligira-se com isso e essa aflição era também um mal; depois, valentemente o suportou, transformou-o em experiência, promovendo, assim, a anulação desse mal; isso dependia dela e era *um bem*.

Os excertos, também, sinalizam o tempo de experiência das enfermeiras. Em um

artigo analisado é cogitada a noção de que, quanto menor o tempo de atuação na UTI, mais sensíveis elas são aos problemas vividos, sendo que as mais experientes teriam defesas mais consolidadas⁽¹⁰⁾. Novamente, o que cruza essas argumentações é um modo de conduzir-se. E, a partir do referente que ora adotamos para análise, considerar-se-ia que a conduta, a atitude assumida, não compromete apenas ao outro. Na singularidade de toda conduta, no imediato de cada acontecimento, opera no sujeito o ‘infortúnio’ de saber o melhor modo e não fazer; de ignorar e por isso não fazer bem; de fazer mal e negar o saber desse mal; de não prevenir o mal; de, aí sim, demonstrar inexperiência e inabilidade.

A idéia da “vida como prova formadora”^{*} é útil para pensar o modo como um ato infeliz, um erro, uma provação é, também, a ocasião de evocar alguns princípios, reativar regras e recordar o que se fez. Por essa evocação, o sujeito pode ver a sua capacidade de reagir conforme esses princípios; graças à reativação das regras e a recordação do que fez, pode avaliar a inadequação entre as regras que acaba de lembrar e as ações que comete; assim, pode medir em que ponto se está como sujeito ético de verdade. Ou seja, indagar a si mesmo: em que medida, até que ponto sou alguém efetivamente capaz de ser idêntico como sujeito de ação e como sujeito de verdade? Ou ainda: até que ponto as verdades que conheço, e que verifico que as conheço, porque me lembro delas como regras, através do exame de consciência que faço, são efetivamente as formas e as regras de ação, os princípios de ação de minha conduta no decorrer do dia, no decorrer da minha vida? Enfim, em que ponto estou nessa operação que me permite sobrepor, fazer coincidirem perfeitamente em mim o sujeito de conhecimento da verdade e o sujeito da ação reta?⁽⁹⁾

Pois bem, acreditamos que devemos nos deter um pouco nessa argumentação de Foucault⁽⁹⁾, porque ela comporta a noção da cultura de si (*epiméleia heautoû*), do ‘ocupar-se

^{*} Foucault nos diz da “idéia de vida como prova formadora, balizado nos estóicos, referindo-se a idéia de que o infortúnio é um bem na medida mesma em que é um infortúnio, em que é reconhecido como infortúnio pela atitude de prova” [...]. “Este controle das representações, tais como se apresentam, não tem por objetivo decifrar por sob as aparências uma verdade escondida e que seria a do próprio sujeito”⁽⁹⁾.

consigo', da prática de si. Uma cultura de si, alçada à escala da vida inteira, consiste em educar a si mesmo através de todos os infortúnios da vida. Deve-se educar perpetuamente a si mesmo através das provas que são enviadas e graças ao cuidado consigo mesmo, que faz com que essas provas sejam tomadas a sério. Educar a si mesmo ao longo de toda a vida e, ao mesmo tempo, viver a fim de poder educar-se. Coextensividade entre vida e formação é uma característica possível de se pensar da vida organizada como prova⁽⁹⁾.

Para finalizar, precisamente, a partir dessa coextensividade entre vida e formação é que retomamos as argumentações sobre o tempo de experiência como enfermeiro(a) *versus* conhecimento, no modo de lidar com as iatrogenias e com a possibilidade de errar. A vida como prova é a vida toda e não a partir do momento em que passo a ser enfermeiro(a) intensivista. O que percebemos, então, como um processo de subjetivação exatamente no momento de ser enfermeiro(a) no contexto da terapia intensiva? O que se altera, aí, é a dramaticidade do acontecimento, a sua agudeza, a sua imediaticidade, que leva o(a) profissional a desenvolver sua ação a partir de uma regra, de um princípio, que ele(a) tanto aprendeu na UTI, como adquiriu na coextensividade de sua vida, mas prontamente aplicou na UTI, na medida em que lá necessitou.

A subjetividade seria, assim, o resultado das interações que se operam tanto nas situações de face a face, como no trabalho interno que os indivíduos exercem sobre si mesmos. E, de acordo com Foucault, deve-se falar de formas de subjetividade. Isso significa que o sujeito "não é uma substância, é uma forma, e essa forma nem sempre é, sobretudo, idêntica a si mesma. Você não tem consigo próprio o mesmo tipo de relações quando você se constitui como sujeito político que vai votar ou toma a palavra em uma assembléia, ou quando você busca realizar o seu desejo em uma relação sexual. Há, indubitavelmente, relações e interferências entre essas diferentes formas do sujeito; porém, não estamos na presença do mesmo tipo de sujeito. Em cada caso, se exercem, se estabelecem consigo mesmo formas de

relação diferentes”⁽¹¹⁾.

Nessa perspectiva de análise, a ética não depende de um conceito de natureza humana, mas de práticas que as pessoas fazem, “está centrada num problema de escolha pessoal, de estética da existência”. A construção estilizada do sujeito ético não se dá através de regras morais categóricas, mas de acordo com uma arte de viver que parte da escolha de práticas e fórmulas ideais já conhecidas socialmente. A decisão mais importante é aquela que os indivíduos tomam em relação a si mesmos e aos outros, a estetização da ética, como um processo de criação e construção de técnicas singulares, em que o sujeito gestione sua própria liberdade. Por isso, Foucault distingue a moral, “como um conjunto de valores e regras de ações propostas aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos diversos”, da ética, ou seja, da “elaboração do trabalho ético que se efetua sobre si mesmo, não somente para tornar seu próprio comportamento conforme uma regra dada, mas também para tentar se transformar a si mesmo em sujeito moral de sua própria conduta”^(9:2).

Quando se diz da *doença despertada pelos enfermeiros*, ao mesmo tempo divulga-se que a tecnologia deve ser capaz de fomentar uma conduta de alerta, objetivando identificar os dilemas éticos produzidos tanto em seu desenvolvimento, como em sua aplicação⁽¹²⁾. Como exemplo, poderíamos falar, aqui, do processo de ventilação, do atendimento a pacientes com balão intra-aórtico, com monitorização hemodinâmica, entre outras maneiras de cuidar em UTI atreladas à tecnologia biomédica. Mas, reforcemos esse aspecto a partir do exemplo das características das drogas freqüentemente utilizadas no tratamento dos doentes críticos, ou seja, drogas vasoativas, anticoagulantes, antibióticos, sedativos, entre outras tantas, que são apontadas como predisponentes de ocorrências iatrogênicas em razão do potencial de risco que apresentam. De outro modo, para executar a administração de medicamentos, é exigido dos profissionais, principalmente do enfermeiro, sólido conhecimento técnico-científico relacionado ao preparo, administração e controle dos efeitos das drogas como fundamento

para a determinação dos cuidados de enfermagem. E, se essa exigência é imperativa no caso de qualquer fármaco, reveste-se de cuidados especiais quando se trata das drogas utilizadas na UTI.¹⁰ Mas, há necessidade de muita discussão entre os profissionais envolvidos em todo o processo de administração de medicamentos⁽¹³⁾.

Logo, mesmo que centralizando o exemplo nos medicamentos utilizados na UTI, os artigos até agora analisados e o expresso no artigo acima, sinalizam que a exata medida do erro, em várias situações vivenciadas, é complexa. Nessa articulação com a tecnologia, estamos, na maioria das vezes, em uma posição de quase ou total ignorância. Nessa perspectiva, é apontada a impossibilidade atual de termos a ‘exata’ consciência da tecnologia. Ou seja, chegamos a um extremo de ignorância diante da tecnologia. Não necessariamente sabemos como funciona o aparato tecnológico que manejamos. A consciência da técnica, justamente em sua exacerbação, revela sua fragilidade. Diferente do humano neolítico, o humano cibernético já não consegue distinguir a técnica da natureza, ou os significados da técnica e de sua relação com a natureza. Tanto a ambigüidade da técnica como a fragilidade da consciência da técnica são marcas de seu caráter conflitivo. E, nada pode iludir esse conflito⁽¹⁴⁾.

Os artigos analisados, de diversas maneiras, sinalizam a necessidade: de intervir imediatamente, de implementar condutas preventivas e de priorizar a prevenção de erros em detrimento da punição, já que esta pode levar à subnotificação das iatrogenias. Por sua vez, na dificuldade da prevenção da *doença despertada pelos enfermeiros*, uma enfermeira apontou:

A falta de compromisso dos vários profissionais com a instituição, erros ou falhas técnicas como, por exemplo, avaliações inadequadas e intervenções não recomendadas e que passam impunemente. A impunidade me incomoda muito e é geradora de descaso, falta de responsabilidade, falta de recursos humanos, de materiais, de equipamentos para uma assistência qualificada. (S1)

A tensão, agora, é entre prevenir ou punir, mas não entre prevenir e impunidade. Uma consulta ao dicionário de língua portuguesa informa que *impunidade* é “a falta de correção

devida” e *punição* é, também, “a correção”. Para prevenir melhor, os profissionais necessitam notificar, monitorar procedimentos, corrigir as situações de risco. Mas o modo como o substantivo feminino *punição* vem sendo utilizado em nosso contexto, adquire uma atitude de castigo efetivado e, não necessariamente, a efetividade da correção. Uma correção que, nesse caso, exigiria a abertura para o falar, a liberdade de jogo. Um jogo que faz com que, no campo dos conhecimentos verdadeiros, possamos utilizar aquele pertinente para a transformação, a modificação, a melhoria do sujeito. Um tipo de discurso em que, ao mesmo tempo, diz-se o que é verdadeiro e o que é preciso fazer, um discurso que desvela a verdade e que prescreve.⁹ Uma *parrhesía*, traduzida em geral por “franqueza, abertura do pensamento, abertura do coração”, é uma regra de jogo, uma técnica utilizada, um princípio de comportamento verbal que devemos ter para com o outro na prática da direção de consciência⁽⁹⁾.

Portanto, a *parrhesía* (a *libertas*, o franco-falar) é esta forma essencial à palavra de quem conduz: palavra livre, desvencilhada de regras, na medida em que, de um lado, deve certamente adaptar-se à situação, à ocasião, às particularidades do ouvinte; mas, sobretudo, é uma palavra que, do lado de quem a pronuncia, vale como comprometimento, vale como elo, constitui um certo pacto entre o sujeito da enunciação e o sujeito da conduta. O sujeito que fala se compromete. No mesmo momento em que diz “eu digo a verdade”, compromete-se a fazer o que diz e a ser sujeito de uma conduta, uma conduta que obedece, ponto por ponto, à verdade por ele formulada^(9:492).

Com o objetivo de esmiuçar ainda mais os modos de ser enfermeiro(a) na UTI, na articulação do discurso bio/ético com a tecnobiomedicina, consideramos produtivo aproximar a análise das estratégias preventivas, abordadas nos artigos, com o pensamento sobre o porvir. Um pensamento sobre o porvir que é ao mesmo tempo uma memória. Uma reflexão sobre a memória (a experiência vivida ou relatada por outro, como algo a ser aprendido) que é ao

mesmo tempo uma atitude em relação ao porvir (como fazer e como ser agora e no futuro)*. É, na verdade, uma anulação do porvir no interior mesmo desta desconfiança, anulação do porvir mediante a presentificação, por assim dizer, de todo o possível em uma espécie de prova atual de pensamento. Não se parte do presente para simular o porvir: considera-se todo o porvir para simulá-lo como presente⁽⁹⁾. Logo, nas estratégias preventivas, o(a) enfermeiro(a) intensivista deve considerar todas as possibilidades – e não são poucas – de intercorrências que possam advir aos sujeitos gravemente doentes. Assim, passamos o dia considerando que tudo o que pode ocorrer deve necessariamente ocorrer, para, justamente nessa consideração previsível, tentar anular o que há de ocorrer. Mas como fazer isso? De que modo a anulação do porvir se efetiva na prática? É disso que tratam os artigos que versam sobre iatrogenias; tanto esmiúçam as possíveis ocorrências, como indicam estratégias preventivas. É nisso que se embate o enfermeiro, mediante a sua constatação da ausência de estratégias preventivas:

Despreparo da equipe no atendimento PCR. Falta de agilidade e destrezas resultaram em vários problemas na execução da tarefa. Falhei no gerenciamento desse processo, acreditei que a equipe sabia seus papéis e não revisei isso. (S10)

Assim sendo, acredita-se que as ocorrências iatrogênicas identificadas, por exemplo, durante o atendimento à PCR na UTI, possam ser desencadeadas tanto pela ausência de um coordenador das atividades, como também pela inexistência de um protocolo de atendimento colocado de forma estratégica dentro da UTI⁽¹⁵⁾. E, ainda, na vigência de qualquer falha é esperado do enfermeiro intensivista a tomada de decisões que leve à prevenção de agravos indesejáveis⁽¹⁰⁾.

Para tanto, é imprescindível que os gerentes dos serviços de enfermagem saibam como

* Foucault analisa a prática estóica da *praemeditatio malorum* (prevenir o mal), um exercício, um pensamento sobre o porvir que teria por função dotar o homem, fazer o homem equipar-se com discursos verdadeiros. Na *praemeditatio malorum*, trata-se de obstruir o porvir. Pois o que está em questão não é um porvir cujas diferentes possibilidades estão abertas. Todas as possibilidades são consideradas, ou pelo menos as piores. Não se trata de um porvir com alguma incerteza. Trata-se de considerar que tudo o que pode ocorrer deve necessariamente ocorrer. Enfim, não se trata de um porvir que comporte o tempo sucessivo, é uma espécie de tempo imediato, concentrado em um ponto, fazendo considerar que os piores infortúnios, que de algum modo nos ocorrerão, já estão presentes⁽⁹⁾.

compromissar a administração superior das instituições, no sentido de que a qualidade e a segurança do atendimento de enfermagem sejam justos direitos da sociedade. Isso requer da instituição a responsabilidade administrativa, ética e legal de dimensionar o quadro funcional, investir em recursos humanos e materiais, a fim de minimizar sua responsabilidade jurídica em face das ocorrências iatrogênicas ao cliente. É premente prevenir as ocorrências éticas através de um trabalho conjunto dos enfermeiros e de um envolvimento efetivo dos demais profissionais de enfermagem, nas diversas instâncias, seja na educação continuada, ou nas comissões de ética. Aqui vale o provérbio: é melhor prevenir do que remediar⁽³⁾.

Enfim, o(a) enfermeiro(a) que gerencia, levando em consideração a dramaticidade do acontecimento, atua precisamente na promoção de um estilo, além da formação-saber. Logo, a necessidade de coordenação por parte do outro se funda, principalmente, no fato de que *o sujeito é menos ignorante do que malformado*^(9:160). Conseqüentemente, não é apenas para um saber que substitui sua ignorância que o sujeito tende. O indivíduo tende para um *status* de sujeito. Há que constituir-se como sujeito e é nisso que o outro intervém⁽⁹⁾. Nesse caso, de melhor prevenir para remediar, o(a) enfermeiro(a) é aquele(a) que busca, além de agregar e transmitir conhecimento, operar mesmo na formação do indivíduo como sujeito. É, pois, uma reforma da atitude, das ações do sujeito que, também, está incluído no complexo processo de prevenção das iatrogenias, dos eventos adversos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar um tema bio/ético no contexto da terapia intensiva pode produzir uma discussão em nada descolada das relações cotidianas dos(as) enfermeiros(as) que lá trabalham. Foi intenção discorrer acerca de um assunto que acontece na UTI, que está, desde já, comprometido com um processo de cuidar nada neutro ou alheio aos modos de ser e de fazer dos sujeitos implicados. Mas, na medida em que a questão coloca-se em torno das iatrogenias, a intenção, a possibilidade e o sucesso remetem a uma peculiaridade: a do pouco-

dito e do quase-nada-dito. Mesmo assim, a peculiaridade do pouco-dito e do quase-nada-dito foi, talvez, exatamente por isso, potencializada na sua analítica. Ou seja, com baliza nesse referente teórico, a idéia era esmiuçar, detalhar e dar voz ao silenciamento a respeito da temática iatrogenias.

As fontes documentais e de entrevistas com enfermeiros(as) intensivistas, sob o pressuposto foucaultiano, permitiram ultrapassar a lógica de análise dos sistemas normativos aplicados à profissão enfermagem. Isso é, ativamos uma reflexão sobre o agir do(a) enfermeiro(a) em um contexto permeado pela possibilidade sempre latente de falhar tanto no procedimento, como na conduta e, a partir dessa possibilidade, ele(a) deveria encontrar sua obrigação de “corrigir” essa falha, não tanto ou não apenas no conhecimento, não tanto ou não apenas na lei, mas na prática de si mesmo.

Foucault nos diz de uma verdade que verifica e intensifica a nossa existência. Portanto, como investigadoras, ao atualizarmos esse modo de animar nossas vidas, procuramos assinalar e mapear, considerando a vigência de um discurso bio/ético atrelado a um discurso da tecnobiomedicina, um dos processos em que passou a ser intensificado, maximizado e aperfeiçoado esse conjunto de práticas e determinados tipos de relações que foram e estão estabelecendo (para o(a) enfermeiro(a) intensivista) maneiras de ser e de fazer, orientadas para objetivos comuns e reguladas por reflexões contínuas sobre os resultados obtidos.

REFERÊNCIAS

1 Zoboli ELCP, Fortes PAC. Novas pontes para a bioética: do individual ao coletivo, da alta especialização à atenção básica. *O Mundo da Saúde* 2004 jan./mar.; 28(1): 28-33.

2 Moreira RM, Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas com pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, 2001 maio-ago; 14(2): 9-18.

- 3 Freitas GF, Oguisso T. Ocorrências éticas na enfermagem. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2003 Nov./Dez.;56(6): 637-9.
- 4 Padilha KG. Iatrogenia em enfermagem na unidade de terapia intensiva: análise multidimensional do problema. Nota prévia. Rev esc Enferm USP 1988 abr; 22(1): 141-3.
- 5 Santiago, MMA; Palácios, M. Temas éticos e bioéticos que inquietaram a Enfermagem: publicações da REBEn de 1970-2000. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF), v.59, n. 3, maio-jun; p.349-53, 2006.
- 6 Mendes HWB, Caldas Jr., AL. Infrações éticas envolvendo pessoal de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 1999 Dezembro; 7(5): 5-13.
- 7 Freitas GF, Oguisso T, Merighi MAB. Ocorrências éticas de enfermagem: cotidiano de enfermeiros gerentes e membros da comissão de ética de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2006 Julho-Agosto; 14(4): 497-502.
- 8 Freitas GFF, Oguisso T, Merighi MAB. Motivações do agir de enfermeiros nas ocorrências éticas de enfermagem. Acta Paul Enferm, São Paulo 2006 jan-mar; 19(1): 76-81.
- 9 Foucault M. A hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 2 ed.
- 10 Padilha KG, Kitahara PH, Gonçalves CCS, Sanches ALC. Ocorrências iatrogênicas com medicação em unidade de terapia intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. Rev Esc Enferm USP 2002 36(1):50-7.
- 11 Foucault M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: Foucault m. Ditos e escritos. Vol. V. Rio de Janeiro: Florence Universitária, 2006. P.264-87.
- 12 Figueroa AA. Tecnología y bioética en enfermería: un desafío permanente. Texto Contexto Enferm, Florianópolis 2000 9(1): 9-24.
- 13 Camargo MNV, Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas com medicação em unidades de terapia intensiva. Acta Paul Enferm, São Paulo, 2003 out-dez; 16(4): 69-76.
- 14 Maliandi R. Ética: dilemas y convergências: cuestiones éticas de la identidad, la globalización y la tecnología. Buenos Aires: Biblos-Universidad Nacional de Lanús, 2006.
- 15 Silva SC, Padilha KG. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. Rev Esc Enferm USP 2001 35(4): 360-5.

ARTIGO 2 - AUTONOMIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: “Começemos por cuidar de nós.”

Artigo a ser submetido à Revista Brasileira de Enfermagem, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo 5).

AUTONOMIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: “Começamos por cuidar de nós”
AUTONOMY IN THE INTENSIVE CARE UNIT: “We commence by caring for ourselves”
LA AUTONOMÍA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: “Comencemos por cuidar de nosotros mismos”

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas^a

Flávia Regina Souza Ramos^b

RESUMO: Investigação qualitativa, balizada na analítica foucaultiana com aproximações no referencial teórico pós-estruturalista, explora a questão da autonomia como uma das tensões no fazer/saber enfermagem que pode ser discursivamente articulada à bioética e à tecnobiomedicina. Nesta perspectiva, dos múltiplos vieses que poderiam emergir ao se fazer uma leitura crítica dos textos analisados (artigos produzidos por enfermeiras) e das entrevistas com os/as enfermeiros/as intensivistas, o tema da autonomia foi analiticamente explorado a partir do conceito de cuidado de si, desdobrando-se em categorias que expressaram o privilegiamento: da moral como obediência à Lei; da conduta e da moral sobre o conhecimento técnico; e da governabilidade de si no confronto com a técnica. Estas se configuraram como possibilidades éticas do sujeito enfermeira/o intensivista, não como etapas seqüenciais ou concorrentes, mas coligadas e confluentes na experiência do atual momento histórico.

ABSTRACT: This study, a qualitative investigation landmarked in Foucaultian analysis with approximations to post-structuralist theory, explores the question of autonomy as one of the tensions of nursing performance/knowledge which can be discursively articulated to bioethics and to techno biomedicine. From such perspective, from the multiples vies that may emerge to completing a critical reading of the analyzed texts (articles produced by nurses) and of the interviews with intensive care nurses, the theme of autonomy was analytically explored from the concept of self care, unfolding itself into categories which express privileging: morals as obedience to the Law; conduct and morals concerning technical knowledge; self-governing in its confront with technique. These are configured as ethical possibilities for the intensive care nurse/subject, not as sequential or competitive stages, but connected and confluent in the experience of the current historical period.

RESUMEN: Investigación de carácter cualitativo, basada en el análisis foucaultiano con aproximaciones al referencial teórico posestructuralista, en la cual se explora la cuestión de la autonomía como una de las tensiones existentes en el quehacer/saber enfermería que pueden ser articuladas discursivamente a la bioética y a la tecnobiomedicina. Desde esa perspectiva, y a partir de las múltiples visiones que surgieron al hacer una lectura crítica de los textos analizados (artículos producidos por enfermeras) y de las entrevistas realizadas con los enfermeros y las enfermeras intensivistas, el tema de la autonomía fue explorado analíticamente a partir del concepto del

^a Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Atua no Centro de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Membro do Grupo Práxis na UFSC. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Coordenadora da Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva na UNISINOS.

^b Enfermeira. Pós-Doutorada em Educação pela Universidade de Lisboa. Doutora em Filosofia em Enfermagem pela UFSC. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisadora do CNPq e Líder do Grupo Práxis da UFSC.

cuidado de sí, el cual se desdobló en una serie de categorías que expresaron el privilegio: de la moral como obediencia a la ley; de la conducta y de la moral sobre el conocimiento técnico; y de la gobernabilidad de sí en la confrontación con la técnica. Esas categorías se configuran como posibilidades éticas del sujeto enfermera/enfermero intensivista, no como etapas secuenciales o concurrentes, sino como correlativas y confluentes en la experiencia del actual momento histórico.

DESCRITORES: unidade de terapia intensiva; bioética; ética.

DESCRIPTORES: unidades de terapia intensiva, bioética, ética.

DESCRIPTORS: intensive care units, bioethics, ethics.

INTRODUÇÃO

Quem somos nós, enfermeiras, profissionais de saúde, neste momento da história?⁽¹⁾ Essa pergunta é inspirada, principalmente, na releitura de Foucault do texto kantiano que aborda a autonomia. E, a partir dessa pergunta, o presente artigo desencadeia uma análise que, entre outros aspectos, sinaliza a contradição entre uma formação que busca, essencialmente, a competência técnica das enfermeiras, que as prepare para atuar junto aos clientes, e a constatação da não-competência política das enfermeiras, concretizada no processo de acomodação em muitas situações práticas, das quais a enfermeira participa, em que o sujeito enfermeira se vê desrespeitado na sua autonomia e permite desrespeitar-se, por diferentes formas. Ainda, argumenta em favor da necessidade das enfermeiras transformarem suas práticas em correspondentes a uma vontade, racionalmente considerada como boa em si mesma. Portanto, uma vontade boa por si própria, que não decorreria da vontade de outrem e que ultrapassaria a lógica das normas explícitas e implícitas, dos diferentes códigos, das determinações prescritivas e das ordens inquestionáveis⁽¹⁾.

Por sua vez, reportando-nos, diretamente, às argumentações de Foucault ao texto kantiano, encontramos o pressuposto de que para o sujeito sair da minoridade e alcançar a maturidade são exigidas a coragem e a decisão em promover um trabalho sobre si mesmo: uma atitude. A atitude nova a ser tomada é aquela pertinente à própria atualidade, e a decisão mais relevante na atualidade refere-se ao estilo de vida de cada um, ao modo pelo qual nos tornamos artífices de nosso próprio *ethos*. No entanto, essa releitura do texto kantiano por Foucault implica, em primeiro lugar, o abandono das condições transcendentais, para pensá-las como históricas e contingentes. Ou seja, o conhecimento e a ação encontram suas condições de desenvolvimento dentro de certas *epistêmes* e de certos espaços de saber e poder. Em segundo lugar, ser artífice do próprio *ethos* significa abandonar os fundamentos para substituí-los pela experiência, já que nenhuma orientação normativa ou essencializada do sujeito sustenta o *ethos*, a não ser seu próprio acontecimento histórico. Assim, a busca da autonomia e liberdade não se realiza mais num movimento de verticalidade, de busca do eu profundo, da superação da ambivalência em busca do eu verdadeiro. O sujeito, nesse modelo, não seria nem livre nem emancipado, mas submetido a um processo de disciplinamento social, uniformizado pelo constrangimento. O cuidado de si e a criação de um estilo de vida dissolvem os determinismos e abrem um espaço de possibilidade adequado às novas exigências da pluralidade, pois podemos constituirmo-nos como sujeitos em função da multiplicidade de experiências⁽²⁾.

Assim, Foucault insere a prerrogativa de que é o cuidado de si o que tem de entrar primeiro na pauta da discussão, antes mesmo de pensarmos em cuidar dos outros. Um cuidado de si que deve, por ele mesmo e a título de consequência, produzir, induzir as condutas pelas quais

poderemos efetivamente passar a cuidar dos outros^a. Logo, balizadas na expressão *comecemos por cuidar de nós*, alavancamos, aqui, uma analítica foucaultiana com aproximações no referencial teórico pós-estruturalista, buscando explorar a questão da autonomia como uma das tensões no fazer/saber enfermagem que pode ser discursivamente articulada à bioética.

Em suma, este artigo é parte de uma tese^b em que se analisou a articulação da tecnobiomedicina e bioética, como discursos da contemporaneidade, implicados na produção da subjetividade do/a enfermeiro/a no contexto da UTI. Portanto, mantendo-nos no Foucault político, mobilizamos-nos para averiguar um modo de conduta, um conjunto de valores, um conjunto de técnicas, um certo conjunto representativo de uma cultura de si.

METODOLOGIA

O estudo qualitativo utilizou fontes documentais e de entrevistas com enfermeiros/as intensivistas. O *corpus documental* foi composto por artigos publicados pela enfermagem brasileira, no período de 1984 a 2007, pois um estudo⁽⁴⁾ aponta 1984 como o ano em que a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn) publicou o primeiro artigo que contemplou a temática bioética. Incluímos, como artigos a serem investigados, os publicados nos periódicos nacionais de enfermagem que alcançaram, em qualquer ano entre 2000 e 2007, nota 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 específicos de bioética. Delimitamos, nos respectivos periódicos, 113 artigos, através de uma busca na Base de dados BIREME^c, aprimorada por meio de busca manual, minuciosa e mais abrangente, buscando temáticas e assuntos que poderiam enriquecer a discussão acerca das questões da bioética e da terapia intensiva. Assim, além de orientarmos 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

^a Foucault relembra uma tese repetida muitas vezes por Epicteto, na qual conta de um pai que, ao deparar-se com a filha doente, sente-se perturbado pela doença dela e, por cuidado com a filha, abandona a criança doente aos cuidados dos outros. Epicteto mostra em seu colóquio que uma conduta como a desse pai de família, aparentemente da ordem do egoísmo, de fato é, ao contrário, um comportamento cuja única razão de ser foi preocupação irregular pelo outro; que se o pai de família ocupar-se efetivamente consigo mesmo como deveria ter feito, e se seguir o conselho de Epicteto, aprendendo na escola a ocupar-se consigo como convém, então, em primeiro lugar, não será abalado pela doença da filha e, em segundo lugar, ficará junto dela para dela cuidar. Ao final da explicitação do exemplo da tese repetida por Epicteto, o filósofo sentencia: *comecemos, porém, por cuidar dos outros e tudo estará perdido.*^{3:243}

^b Intitulada *Bioética em discurso: efeitos sobre os processos de constituição do sujeito enfermeira na terapia intensiva*, de Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, sob a orientação da Professora Flávia Regina Souza Ramos, defendida em 2008, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

^c BIREME/OPAS/OMS (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) (www.bireme.br).

relacionados com a bioética. Em outros momentos, achávamos temas articulados à ética de modo indiferenciado aos articulados à bioética. Enfim, a partir dos 113 artigos, selecionamos 17 artigos que nos direcionaram para abordar a questão da autonomia do/a enfermeiro/a no contexto da terapia intensiva.

Além da análise dos 17 artigos selecionados, entrevistamos 20 enfermeiros/as inseridos/as no contexto da terapia intensiva, no estado do Rio Grande do Sul (especificamente na denominada Região Metropolitana de Porto Alegre), utilizando o critério de saturação de dados. Após aprovação do projeto em Comitê de Ética (Parecer n° 186/07/CEP/UFSC), os sujeitos foram convidados/as a participar do estudo e manifestaram seu aceite por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução 196/96. Nesse caso, enfermeiras/os responderam a duas questões norteadoras: 1) Descreva um dia de trabalho na unidade de terapia intensiva, no qual tenham acontecido situações positivas; 2) Agora descreva um dia de trabalho na unidade de terapia intensiva, no qual tenha acontecido uma situação, ou mais, percebida como ruim. Lidamos com essas descrições como narrativas desses/as profissionais enfermeiros/as. Desse modo, entendíamos que as narrativas do seu cotidiano poderiam nos fazer ‘notar’ situações de dor, alegria, conflito, consideração e de desconsideração do outro em sua diferença, de modo muito mais efetivo que uma comunicação linear em uma entrevista sobre o dever ser.

POSSIBILIDADE ÉTICA DO SUJEITO

“Penso que há aí a possibilidade de elaborar uma história daquilo que fizemos e que seja ao mesmo tempo uma análise daquilo que somos; uma análise teórica que tenha um sentido político – quero dizer, uma análise que tenha um sentido para o que queremos aceitar, recusar, mudar de nós mesmos em nossa atualidade. Trata-se, em suma, de partir em busca de uma outra filosofia crítica: uma filosofia que não determina as condições e os limites de um conhecimento de objeto, mas as condições e as possibilidades indefinidas de transformação do sujeito”^(3:638).

Na diferenciação entre os termos *moral* e *ética*, nessa busca de construção de novas formas de subjetividade, Foucault utiliza o termo *moral* como “valores e regras de ação propostas aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos diversos”, e o termo *ética* como “elaboração do trabalho ético que se efetua sobre si mesmo, não somente para tornar seu próprio comportamento conforme uma regra dada, mas também para tentar se transformar a si mesmo em sujeito moral de sua própria conduta”⁽⁵⁾. Na direção desse entendimento foucaultiano de ética, um dos artigos analisados considera que falar da ética de obediência, da ética benthaniana, da ética utilitarista ou até da ética cristã “presentes na enfermagem, assemelhar-se-ia a falar de uma não-ética pela presença de relação de dependência a outrem, a alguém fora de si, pela perda de autonomia do sujeito”⁽⁶⁾.

Mesmo concordando com essa assertiva, tensionamos um pouco a expressão *assemelhar-se-ia a falar de uma não-ética*. Quando Foucault trata da possibilidade ética do sujeito, evoca de imediato a análise crítica da história do que fizemos e do que somos para, a partir daí, sim, aceitar, recusar, mudar nós mesmos em nossa atualidade. Ou seja, em Foucault, as identidades se constituem e se desfazem na contingência, na precariedade, na determinação histórica. Assim, o filósofo, ao descrever o sujeito em sua dimensão ética, retoma a propósito desse sujeito o que havia enunciado quanto ao poder, ou seja: da mesma forma como o poder não deveria ser pensado como lei, “mas como estratégia, sendo a lei apenas uma possibilidade estratégica entre outras”, “a moral como obediência à Lei é apenas uma possibilidade ética entre outras;” por sua vez, “o sujeito moral é apenas uma realização histórica do sujeito ético”⁽³⁾. Portanto, a partir desse referente, poderíamos dizer que a ética da obediência, a ética benthaniana, a ética utilitarista e a ética cristã, presentes na enfermagem, constituem-se, ao seu modo e no seu tempo, em algumas das possibilidades éticas do sujeito enfermeiro/a.

De outra maneira, distantes das constituições transcendentais, uma possibilidade ética da enfermagem (como as identificadas acima) é prática de si; como a ponta de lança de uma idéia de sujeito historicamente referenciável, claro que, também, em composição com técnicas de dominação, também elas historicamente datáveis. “De resto, o indivíduo-sujeito emerge tão-somente no cruzamento entre uma técnica de dominação e uma técnica de si. Ele é a dobra dos processos de subjetivação sobre os procedimentos de sujeição, [...] ao sabor da história, que mais ou menos se recobrem”⁽³⁾.

Nessa perspectiva, com relação à autonomia, dos múltiplos aspectos e questões que poderiam emergir ao se fazer uma leitura crítica dos textos analisados e das entrevistas com os/as enfermeiros/as, salientamos aqueles mais diretamente ligados ao privilegiamento da moral como obediência à Lei; da conduta e da moral sobre o conhecimento técnico; e da governabilidade de si no confronto com a técnica. Assim sendo, dividimos a nossa análise da possibilidade ética do sujeito enfermeira/o intensivista em três etapas. Etapas que não são cronológicas ou sequenciais; na verdade são, ainda, concomitantes, algumas vezes concorrentes, em muitos momentos, coligadas.

Possibilidade Ética I: a moral como obediência à Lei

Nas leituras e releituras dos artigos, encontramos um conjunto destes, pertinentemente datados entre 1985 e 1995, que discutem tanto o Decreto Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, número 94.406 de 08.06.87, como os Códigos de Ética de 1958, 1975 e de 1993. Logo, enfatizamos, aqui, algumas das questões discutidas nesses artigos.

Uma primeira questão abordada é o estabelecimento, no Decreto Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, das competências privativas do enfermeiro, considerando a consulta e

prescrição da assistência de enfermagem e os cuidados de enfermagem diretos a pacientes graves com risco de vida e os de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas, inexistentes na legislação anterior⁽⁷⁾. Atrelamos essa questão com a fala abaixo:

Sou enfermeira de UTI desde 1985, ano em que os hospitais passaram a contratar enfermeiras para este setor. Era uma enfermeira para toda a UTI e a mesma representava todos os turnos. Depois passou a ter enfermeiros em todos os turnos. Mais adiante, ficava uma enfermeira para cada 10 pacientes. Hoje, há hospitais em Porto Alegre com uma enfermeira para cada quatro a cinco leitos. Sei que, em São Paulo, existem hospitais em que o dimensionamento é um enfermeiro para cada leito ou, no máximo, dois leitos. (Sujeito 5)

Mesmo que a referida Lei se dirija para qualquer setor/unidade que possa atender pacientes graves e com risco de vida, normalmente é na UTI que esses sujeitos exigem dos profissionais maior habilidade com o arsenal tecnológico, além de conhecimentos específicos e capacidade de tomar decisões imediatas. No entanto, a fala acima não se reporta a alguma exigência da Lei do Exercício Profissional, nem mesmo ao Regulamento Técnico para Funcionamento de Serviços de Atenção ao Paciente Crítico e Potencialmente Crítico^a. ‘Aparentemente’ descolada de qualquer pressuposto legal, a fala ‘apenas’ refletiria uma mudança percebida na forma das sociedades responderem a seus problemas.

Ainda com relação a essa primeira questão, referenciamos outro artigo que busca problematizar algumas situações polêmicas e os vetos que incidiram sobre a proposta original da Lei do Exercício Profissional. Um dos contrapontos é, justamente, o das competências privativas do enfermeiro, asseverando que, mais do que estratificar e hierarquizar a prática da enfermagem, essa Lei deveria estabelecer parâmetros referenciais das competências, reafirmar o princípio da democratização interna do trabalho para uma adequada assistência de enfermagem e ter como preocupação central a garantia das condições externas e determinantes do pleno exercício profissional. Quanto aos vetos, o artigo analisa que eles mutilam os avanços significativos que teríamos na Lei, como autonomia, mercado de trabalho, organização profissional, e exemplifica com a justificativa oficial para vetar o artigo 10: é discutível a autonomia na execução dos serviços e da assistência de enfermagem sem a supervisão médica⁽⁸⁾. O artigo expressa, claramente, a dificuldade gerada caso se adote uma visão simplista quanto ao que importa para obtermos ou não mais autonomia.

O segundo viés para discussão, encontrado em um ensaio reflexivo, trata da “evolução dos princípios morais adotados pela Enfermagem brasileira desde 1923 até os dias atuais”. Para tanto, analisa os Códigos de Ética de 1958, 1975 e 1993, assinalando uma tendência metafísica, abstrata e

^a Esse Regulamento está atrelado à ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária –www.anvisa.gov.br).

espiritual dos dois primeiros, e uma mudança no Código de 1993, o qual procura ver os valores de forma histórica e baseados em uma visão de processo⁽⁹⁾. Para justificar o encontrado nos dois primeiros códigos, é argumentado que a ênfase dada pela enfermagem à transmissão e inculcação dos valores morais em seus membros visava criar certa homogeneização das atitudes que eles deveriam ter como seres humanos e como profissionais. Sua analítica evidencia a noção de que “a ‘natureza’ já havia prestado o seu serviço ao munir as enfermeiras de qualidades morais inatas, desenvolvidas através do estudo da religião”. Ou seja, é referendado que por meio da religião, naquele período histórico, obter-se-ia uma “boa formação de caráter”, através da formação da vontade, do desenvolvimento de ideais dignos, da aquisição de hábitos corretos e do controle das emoções, enfim, da aquisição da integridade moral. Inclusive, mesmo que o excerto abaixo possa nos levar a outras análises produtivas, queremos demarcar, agora, um possível modo de ser sujeito enfermeira em 1958, atrelado à moral como obediência à Lei:

Visando não deixar qualquer ponto obscuro quanto aos limites e abrangências do desempenho esperado da profissional, o Artigo Oitavo do Código de 1958 sentencia: ‘o enfermeiro executa as prescrições médicas com inteligência e lealdade [...]. Somente em situação de extrema urgência, aplica tratamentos médicos sem prescrição, relatando-os ao médico responsável o mais breve possível’. A relação de poder está estabelecida. Claro que ela não se configura no fato da enfermeira poder ou não prescrever medicamentos, este é um limite que serve apenas para demarcar espaços profissionais e competências, tão valiosos e corriqueiros no campo científico a partir da modernidade. O ponto crucial está na forma como esses limites são estabelecidos e como o seu cumprimento se dá. Como podemos inferir da letra do código, não existe uma demarcação de saberes entre enfermeiras e médicos, e sim a apresentação de um saber, como único, privativo dos médicos e o cumprimento de tarefas, voltadas para a objetivação desse saber, destinado às enfermeiras⁽⁹⁾.

Um terceiro aspecto nos reporta aos deveres profissionais, inferidos, por exemplo, pela linguagem utilizada nos códigos de ética. O mesmo artigo acima pondera que o Código de 1993 substituiu os verbos *zelar* e *cuidar* por *orientar* e *colaborar*. Para ilustrar essa argumentação, cita o Artigo 31 do Capítulo III, quando este determina que a enfermeira tem, como uma de suas funções, que colaborar com a equipe de saúde na orientação do cliente ou responsável sobre os riscos dos exames ou de outros procedimentos. Desse modo, em sua análise, a enfermeira deixa de ser apenas uma cumpridora de tarefas e passa a ter uma posição de igualdade com os outros componentes da equipe de saúde. Logo, o fato de poder preparar o paciente sobre a qualidade do tratamento a que vai se submeter pressupõe que ela esteja engajada e tão informada quanto os demais profissionais, ou seja, que esteja colocada no mesmo nível deles⁽⁹⁾.

Já o quarto aspecto de que vamos tratar é explorado por meio de outro artigo. Este relembra

a máxima de que conhecer os princípios normativos que orientam as condutas dos indivíduos, como membros de uma determinada categoria profissional, requer não perder de vista a sua relação com as condições em que foram produzidos, ou seja, com os valores vigorantes na sociedade. A nossa prática profissional é, pois, influenciada por fatores econômicos, políticos e religiosos, entre outros; contudo, a maior influência que a estética profissional recebe é da própria moral oficial. E, a incursão desses valores gerais nos domínios da ética profissional faz-se de forma ‘natural’, através de uma ação política sutil. Nesse sentido, o texto segue alegando que o termo *deontológico*, usado como sinônimo de “ética profissional”, surgiu para definir um tipo de conhecimento que pretendia orientar os indivíduos a irem ao encontro do prazer; etimologicamente, o termo vem do grego *déon* – que quer dizer o “obrigatório, o justo, o adequado” – ou de *déontos*, também do grego, que significa “necessidade”. Logo, a praticidade que envolve os códigos de ética profissional não os exime de um compromisso com os interesses da categoria e com o projeto global da sociedade, fazendo com que eles movimentem-se a depender das oscilações sociais e, desse modo, seguindo orientações teóricas também diferentes. Se a sociedade é regida por uma orientação metafísica, os códigos de ética profissional tendem a seguir princípios metafísicos; se ela admite que o homem é um microcosmos capaz de construir, transformar e criar, eles tendem a valorizar esses aspectos; se a sociedade segue uma orientação individualista e egoísta, os códigos colocarão em prática esses valores. Sinaliza, por fim, que os códigos de ética necessitam passar de meras regras de orientação de mercado, para uma prática reflexiva e crítica que lhes daria o *status* deontológico⁽¹⁰⁾.

Articulando, agora, os quatro aspectos enfatizados, chegamos a uma síntese provisória entre: uma Lei que, entre outros pressupostos, vem buscando restringir o cuidado aos pacientes graves como privativo dos/as enfermeiros/as; os princípios morais e de conduta que vem sendo alternados e alterados, interferindo na elaboração dessa Lei; uma linguagem cambiável na elaboração dos respectivos códigos de ética e, por último, já que, necessariamente, alguns dos próprios sujeitos profissionais são os que formulam as regras de conduta, uma manifestação de que a deontologia e os códigos de ética deveriam ser olhados, por aqueles que o utilizam, de jeito menos estreito, objetivando, com isso, melhorar o ‘jogo’ para todos. Portanto, eis os quatro aspectos enfatizados por nós. Eis a possibilidade ética I: a moral como obediência à Lei. Obediência, então, que não significa atributo em si ou algo dado e definitivo, mas algo que interessa e faz sentido em um lugar e tempo, porque remete tanto às exigências práticas quanto às respostas configuradas em termos de Lei.

Uma moral como obediência à Lei, que veria apenas o lado dos que falam e elaboram os textos prescritivos? Poder-se-ia supor que, por serem textos prescritivos, eram e são recomendações vazias, uma espécie de código sem conteúdo e sem aplicação real? Se assim fosse, esses textos prescritivos jamais se inscreveriam realmente no comportamento e na experiência dos profissionais. Paradoxalmente, a moral, como obediência à Lei, ora está centrada em um problema de escolha do

próprio grupo, ora como normativa externa aos interesses da profissão. A Lei está em permanente construção, por pressupor uma relação. Quando a Lei retorna e incide sobre o sujeito, ela já retorna de outro jeito, sob efeito de um deslizamento produzido pela transformação do tempo e das condições de sua instalação primeira. Não seria uma atualização, mas uma reinstalação da Lei. O discurso não constitui um sujeito unilateralmente, mas simultaneamente e, por isso, a mesma norma que aprisiona traz em si a possibilidade de resistir a ela e transformá-la.

Em suma, tanto os artigos como a fala nos levam a ressaltar o caráter artificial, complexo e político de como se processam as mudanças nas práticas e o modo com que estas implicam ou não argumentações para justificar as propostas e eleições legais. Além disso, reafirmamos a disparidade entre as demandas e respostas e a própria compreensão que os sujeitos profissionais terão disso. Porém, isso não significa que possamos refutar um entrelaçamento entre as demandas práticas e as transformações tecnológicas, o aparato normativo que buscará sustentá-las e a forma como o sujeito se relacionará com uma e outra. Por fim, para transpormos essa primeira etapa de possibilidade ética, lembramos que a idéia de que a moral pode ser uma estrutura muito forte de existências sem estar ligada, unicamente, a um sistema autoritário, nem jurídico em si, nem a uma estrutura de disciplina, fascina Foucault.³ Essas considerações são importantes para pensar o trabalho na enfermagem, pois ali onde parece nada existir, além de regra e disciplina, é justamente onde pode estar o maior potencial de resistência e recriação.

Possibilidade Ética II: o valor dado à conduta e ao conhecimento

Disposição e bom humor são ótimos aliados para tornar menos pesado o dia-a-dia dentro de um ambiente com tanto sofrimento. Além disso, respeito mútuo e trabalho em equipe tornam o trabalhar menos árduo. Uma equipe competente envolve os aspectos anteriormente citados, somados ao conhecimento técnico; e, quando no final do turno, você passa o plantão com a sensação de ter concretizado todo o processo de enfermagem e outros objetivos pontuados no início da jornada, com qualidade e reconhecimento. Mas, a recompensa, também, se faz presente na alta, principalmente quando se consegue uma interação/afeto entre equipe/paciente/familiar.
(S9)

Logo que entrei na UTI, não tinha nada de prática com ventilação mecânica; quando o paciente era intubado, eu precisava arrumar o ventilador. Isso foi uma das causas por eu ter ido fazer especialização em UTI; eu precisava saber para poder fazer corretamente. (S16)

As falas acima reforçam o valor dado ao conhecimento no contexto da UTI. No entanto, elas não transmitem um viés de que a conduta seja relegada em detrimento do conhecimento considerado como competente. Na verdade, essas falas mostram uma articulação possível entre constituir-se como sujeito de conduta na UTI e, por isso, constituir-se como sujeito do conhecimento. Por sua

vez, um dos artigos explorados, datado de 1989, refere que nenhuma enfermeira tinha dúvidas quanto ao que se esperava dela em termos de postura e aparência pessoal, mas poucas sabiam dizer quais eram suas reais atribuições. E, segue expondo que o atrelamento às necessidades do sistema, ao controle dos demais componentes da equipe, através da administração, fez com que a enfermeira já não produza o conhecimento necessário à sua prática do cuidado, que também já não é sua, pois está delegada⁽¹¹⁾. Tanto as falas como o artigo fizeram-nos pensar nos desdobramentos de Possibilidade Ética II e III. Assim, nessa etapa, centramos a análise no valor dado à conduta e/ou ao conhecimento; na próxima etapa (Possibilidade Ética III: da governabilidade de si no confronto com a técnica), processamos a questão da produção do conhecimento ‘necessário’ à prática do cuidado do sujeito na UTI.

Encontramos artigos que reforçam a máxima *constituir-se em sujeito de conduta e, ao mesmo tempo, constituir-se como sujeito do conhecimento*. Conhecimento que é entendido como a busca da instrumentalização – não só técnica, mas política – que pode levar a uma compreensão crescente do contexto em que se vive e de possíveis intervenções a serem forjadas⁽¹²⁾; sujeito de conduta que é influenciado por suas vivências, valores éticos e pessoais e pela capacidade de estabelecer um relacionamento terapêutico e consciente da complexidade que envolve o ser humano⁽¹³⁾. Detectamos, também, nas fontes documentais: lamento à prioridade, dos/as enfermeiros/as intensivistas, às necessidades psicobiológicas em detrimento das necessidades psicossociais e psicoespirituais¹³; aprovação do atrelamento da competência à detenção de conhecimentos científicos para embasar as discussões e ações do fazer profissional⁽¹⁴⁾; preocupação com a dicotomia dimensão técnica/dimensão ética, no discurso e na prática dos enfermeiros⁽¹⁵⁾.

Detendo-nos no assunto da relação dicotômica dimensão técnica/dimensão ética, o artigo⁽¹⁵⁾ que a anuncia a exemplifica através de um fato detectado em sua respectiva investigação, ou seja, conta que um paciente teve uma lipotímia e a enfermeira saiu correndo para chamar o médico, deixando a auxiliar atendendo a urgência, quando era da sua competência técnica desenvolvê-lo. Já, outro artigo⁽¹⁶⁾, de certo modo, ‘amplia’ essa discussão, ao analisar o par sujeito técnico/sujeito ético no cotidiano das enfermeiras. Entre outros aspectos, os autores reportam-se à situação do paciente que sofreu uma lipotímia momentânea e a respectiva ação da enfermeira. No entanto, problematizam a concepção do artigo anterior, pois naquele é referido que a postura adotada pela enfermeira aponta para um padrão moral que valoriza o princípio de neutralidade, isso é, de assumir uma atitude de omissão ou de afastamento do atendimento ao paciente, explicada pelo sentimento do medo e da proteção de si mesma e/ou pelo fato de não possuir a competência técnica que o momento requeria. Sendo assim, o artigo que problematiza argumenta que seria um equívoco dizer que a enfermeira não possuía uma referência moral no princípio da responsabilidade, tanto é que ela procurou uma solução para o problema através da execução de uma ação que, aparentemente, traria

o resultado esperado: ela sai para chamar o médico. Logo, na compreensão deste artigo⁽¹⁶⁾, pode-se até expressar que faltou competência técnica para a enfermeira, mas de modo algum faltou competência ética. Prosseguem sua análise sinalizando que mesmo que o espetáculo oferecido pela ação tenha sido racionalizado pelo espectador, no caso particular, as auxiliares de enfermagem, como falta de conhecimento teórico, de habilidade técnica ou falta de comprometimento ético da enfermeira para com o paciente e a equipe, na verdade, o que faltou à enfermeira foi justamente a reflexão sobre a sua própria ação. Terminam asseverando que nem sempre é uma tarefa fácil encontrar respostas para o questionamento de como e por que isso acontece⁽¹⁶⁾.

Por sua vez, outro artigo⁽¹⁷⁾ evidencia o privilégio da competência técnica na terapia intensiva. Nessa direção, o saber estabelece a hierarquia na UTI, onde se dá mais crédito ao enfermeiro que detém o saber do que ao que, oficialmente, é o chefe. Nesse contexto, o enfermeiro que detém o saber é respeitado e procurado pelos antigos e pelos novos membros, que logo se dão conta de que é por meio dele que poderão mais facilmente entrar para o mundo dos intensivistas.

Conhecimento técnico e político *versus* conduta, dimensão técnica *versus* dimensão ética, necessidades psicobiológicas *versus* necessidades psicossociais e psicoespirituais, tensões que constituem, sim, uma subjetividade interessada. Portanto, balizadas na assertiva, referida acima, de que encontrar respostas para o questionamento de como e por que isso acontece nem sempre é uma tarefa fácil¹⁶, explicitamos que enfermeiras/os têm desenvolvido habilidades para funcionar em diferentes ambientes, por vezes, nada ‘regulados’, nada ‘perfeitos’, utilizando modelos nada ‘uniformes’. Inclusive, artigo⁽¹⁸⁾ lembra o cientista social Daniel Chambliss, para validar a noção de que os problemas na enfermagem são estruturais e não intelectuais.

E, como a prerrogativa da autonomia, o cuidado de si, está na pauta da discussão, lembremos o dito anteriormente, ou seja, para ser artífice do próprio *ethos*, deve-se introduzir uma experiência, já sempre sustentada por seu próprio acontecimento histórico. Assim, de certa maneira, na contramão de um discurso de senso comum que veicularia a noção das/os enfermeiras/os ‘simplesmente’ priorizarem a conduta em detrimento do conhecimento técnico e político, ou de sustentarem a dicotomia dimensão ética/dimensão técnica, ao utilizarmos a expressão subjetividade interessada, reportamo-nos a um estudo⁽¹⁹⁾ para tentar ancorar nossas reflexões. Nesse estudo⁽¹⁹⁾, primeiro, são sinalizadas as condições da instituição hospitalar da segunda metade do século XIX, onde a figura do médico já estava introjetada, aí ocupando um espaço privilegiado como detentor de um saber científico, otimizado pelas invenções de diversos aparelhos que auxiliam no diagnóstico e tratamento de doenças. Após esse primeiro destaque, é analisado, então, o modo de introjeção da enfermagem nesse contexto de possibilidade, ou seja, é avaliado que o fato da enfermeira executar um papel determinado na instituição hospitalar daquela época justificar-se-ia pelo ínfimo espaço para desenvolver qualquer saber, na medida em que o cuidado de enfermagem não era a maior

preocupação e sim a disciplina daqueles que prestavam os cuidados. Assim, a disciplina tinha a função de sustentar o próprio hospital como um espaço de cura. Nesse sentido, a autora pensa que o fato da enfermeira estar vinculada ao trabalho médico permitiu que esta “usufruisse seu prestígio, já que, naquela época, havia no hospital muitos cuidadores que não tinham um reconhecimento profissional. Florence Nightingale, preocupada em organizar uma profissão, vinculou-a a um saber que tinha *status*, um saber próximo da ciência”⁽¹⁹⁾.

Enfim, nessa perspectiva, pensamos que uma subordinação da enfermeira ao médico, uma ênfase à disciplina em detrimento de um saber e todas as possíveis tensões, inclusive já descritas anteriormente, facultaria, em determinado tempo e contexto, realocá-la na ordem de uma subjetividade interessada, na ordem de um cuidado de si. Tanto seria possível que o mesmo estudo⁽¹⁹⁾ considera que os desenvolvimentos profissionais posteriores da enfermagem, também, representados pelo ingresso na Universidade e pela preocupação em construir um saber próprio, fazem circular “outro discurso sobre a profissão, a saber, a enfermagem como profissão autônoma e participante, em igualdade de condições com os demais profissionais da saúde”⁽¹⁹⁾.

E, mesmo que a enfermeira fale de uma UTI locada em um serviço público, que a viabiliza expressar o que diz a seguir, ela não deixa de perpassar as argumentações acima, isso é, a idéia de profissão autônoma e participante, em igualdade de condições com os profissionais da saúde.

Atuo há muitos anos num hospital público onde temos estabilidade de emprego e estamos categorizadas em nível hierárquico, do ponto de vista salarial e locação, no mesmo nível dos demais profissionais de nível superior, os técnicos científicos. Este pode ser um ponto de tranqüilidade em se falando de stress para o profissional em comparação com os demais colegas das empresas privadas nos dias atuais. Tomar atitudes, posicionamentos com maior liberdade e que possamos ter mais autonomia e, claro, maior responsabilidade em um grande número de situações. (S1)

Dito isso, concentrar-nos-emos, agora, na ordem de outro discurso, não menos introjetado na enfermagem, não menos importante: a questão da produção do conhecimento ‘necessário’ à prática do cuidado do sujeito na UTI.

Possibilidade Ética III: da governabilidade de si no confronto com a técnica

Iniciamos esta etapa a partir de outro artigo⁽²⁰⁾, no mesmo ponto em que se descrevia um modelo hospitalar, no qual os cuidados médicos eram os únicos válidos por serem científicos, originando-se um distanciamento entre o nível dos cuidados de enfermagem. Um local, onde os cuidados de enfermagem eram percebidos como secundários, sem importância mais significativa ou valor científico ou, mesmo, econômico. A assistência de enfermagem se resumia em dar o remédio na hora certa, cuidar do asseio, dar alimentação, fazer companhia e auxiliar o paciente na ocasião

das necessidades e de um possível banho, limpar o quarto, dar destino aos dejetos dos pacientes e cuidar dos mortos, além de ser subsidiada pelo trabalho e pensamento médico. Mas, e atualmente? Para o/a enfermeiro/a, responsável pela equipe de enfermagem e pelo cuidado, as habilidades em realizar uma observação minuciosa passam a ser cada vez mais necessárias, não apenas para simplesmente descrever os fatos ocorridos fielmente ao médico, como era preconizado por Florence Nightingale. Tais habilidades, associadas às demais habilidades técnicas e ao acervo de conhecimento em saúde, constituem patrimônio técnico-científico atual da enfermagem. Em seu agir, tem de observar e criticar a eficiência dos métodos e técnicas que utiliza. Logo, lança mão de conhecimentos e procedimentos teoricamente organizados, sistematizados e sempre reformulados para a melhor ação⁽²⁰⁾.

Proseguimos esta etapa apontando alguns enunciados extraídos dos artigos. Um deles⁽¹²⁾ assevera que a autodesvalorização de nosso trabalho leva-nos a desconsiderar que se pode cuidar sem tratar, mas não se pode tratar sem cuidar. Outro⁽¹⁴⁾ conclui que a enfermagem está organizada como profissão institucionalizada e reconhecida por lei, dona de seu saber e sua prática definidos na teoria, mas ainda a sociedade a considera como cumpridora das ordens médicas prescritas. Um terceiro⁽²¹⁾ indaga por que os enfermeiros, freqüentemente, relegam o seu saber e fazer específico e privativo, cuja aplicação provocaria ou aceleraria o desenvolvimento científico da profissão, em detrimento de fazeres dependentes, os quais poderiam ser delegados a outros profissionais da equipe de enfermagem ou sequer ser assumidos pela enfermagem. O quarto artigo pesquisado⁽²²⁾, ao abordar enfermeiros assistenciais responsáveis pelo cuidado de enfermagem a pacientes com necessidades de assistência intensiva, semi-intensiva, cuidados intermediários e mínimos, extrai uma divisão enfermeiro – trabalho intelectual/técnico de enfermagem – trabalho manual, que acarreta conflitos internos, reflete-se negativamente na assistência prestada ao paciente e interfere na autonomia do profissional enfermeiro, uma vez que, freqüentemente, o afasta de sua ação cuidadora direta, minimizando o seu potencial de ação nesse processo. Por último, uma das enfermeiras entrevistadas narra a sua história de prática na UTI:

Trabalhar em um CTI de um hospital no qual temos possibilidade de gerir nosso próprio negócio e que o aumento efetivo de número de profissionais ocorreu pela aproximação do cuidado ao paciente faz o meu dia-a-dia como enfermeira intensivista gratificante. Quero dizer com isto que, neste hospital, a enfermagem pode e deve fazer a sua parte com competência e isto repercute tanto na qualidade da assistência ao paciente, quanto na ampliação do nosso reconhecimento nesta mesma instituição e na comunidade. (S13)

A fala dessa enfermeira e os artigos são discursos que se articulam, sobrepõem-se e, em determinados vieses, diferem-se. Na verdade, o dito dessa enfermeira contemporiza os enunciados dos respectivos artigos. De certo modo, ela responde à indagação: *Quem somos nós, enfermeiras,*

profissionais de saúde, neste momento da história?⁽¹⁾ Para tanto, ela informa de uma enfermeira intensivista que necessitou ressignificar o cuidado de enfermagem em um ambiente permeado pela tecnobiomedicina. Lá, na UTI, onde dar banho, fazer higiene oral, alimentar, alternar decúbito, aplicar medicamentos, entre vários e vários outros cuidados de enfermagem até mais complexos do que esses, assumem na contemporaneidade uma dimensão nunca experimentada pela enfermagem. Ou seja, nem precisamos avançar para cuidados mais complexos (como ventilação mecânica, balão intra-aórtico, hemodiálise, entre inúmeros), fiquemos naqueles considerados, já lá no século XIX, secundários e menos significativos e perguntemos: no contexto da terapia intensiva, é possível ainda considerá-los menores do que o tratamento do paciente? E não estamos nem abordando a questão do conhecimento científico e a construção de toda uma *expertise* da enfermagem. Tratamos, especificamente, da ordem mesma daquele cuidado insignificante, daquele que hoje interfere diretamente, quando não realizado ou indevidamente operacionalizado, na gravidade dos pacientes, nas complicações destes mesmos pacientes, no seu tempo de internação na UTI e, até mesmo, na sua evolução para o óbito.

Além disso, a enfermeira fala em gerir nosso próprio negócio, e que o aumento efetivo de profissionais deu-se pela aproximação desse tipo de profissional do cuidado ao paciente. Ela nos fala, pois, de um privilégio político e social. Mas, esse mesmo cuidado tem sido ressignificado, também, por que este interfere diretamente no econômico. É ilusório dizermos hoje que cuidado não gera lucro para a instituição hospitalar; aliás, se indevidamente administrado, gera um grande prejuízo. Em suma, ela nos diz que devemos nos ocupar com nós mesmos de outro modo. Mostrar-se, assim, como enfermeira seria assumir as práticas dos cuidados e não delegar para os demais profissionais; paradoxalmente, quando confiamos “o nosso negócio” aos demais, deixamos de nos mostrar (de cuidar de nós) e passamos a fazer coisas dos outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quem seremos nós, enfermeiras/os, profissionais de saúde, no próximo momento da história? Como cuidaremos de nós? Replicamos essa indagação, buscando reforçar o caráter histórico e contingente das nossas ações. Desse modo, as ações desenvolvidas em cada momento da nossa história encontraram suas condições de possibilidade dentro de certas *epistêmes* e de certos espaços de saber e poder. Portanto, o próximo acontecimento histórico é muito mais da ordem da experiência do que das condições transcendentais e dos fundamentos. Assim, é preciso dizer que o cuidado de si deve tomar forma a partir de diferentes combinações, mas sempre num pertencimento a um grupo. Lembremos, pois, “somente no interior do grupo e na distinção do grupo, pode o cuidado de si ser praticado”⁽³⁾.

Nessa exata direção, desafiamos os possíveis leitores deste artigo a experimentarem inverter

a ordem das possibilidades éticas I, II e III. Mas, antes mesmo de efetivar esse exercício, sinalizamos que não estamos negando o caráter disciplinar da Lei, a ênfase dada à conduta em detrimento do conhecimento, e, até mesmo, por que não pensar nisto também, um atrelamento ‘privilegiado’ e interessado do/a enfermeiro/a ao arsenal da tecnobiomedicina no contexto da terapia intensiva; nem queremos “botar para baixo do tapete” a noção do governo de si como capaz de induzir os sujeitos a cuidarem de si, a fazerem suas escolhas e sobre o que pautarem os seus valores; por fim, de modo algum pretendemos prescrever uma noção de autonomia ‘ideal’ da profissão. Assim, ler essas possibilidades éticas na ordem inversa objetiva demonstrar que, mais do que nunca, experimentamos um atual momento histórico, sob a confluência dessas três possibilidades éticas.

Por sua vez, o nosso desafio, na escrita deste texto, consistiu em olhar sob outro ângulo o dito nos escritos dos artigos, o expresso pelos/as enfermeiros/as intensivistas, procurando efetivar a potencialidade autônoma de cada uma dessas possibilidades éticas. Pois bem, por este outro ângulo, em primeiro, nós vimos o cuidado de si manifestar-se, organizar-se e difundir-se em um grupo muito mais político do que preocupado em conhecer a ‘sua’ identidade profissional, enfrentando, sempre, a tarefa de construir alternativas mais satisfatórias para a sua prática profissional. Enfim, por este outro ângulo, pudemos fazer uma narrativa, mesmo que sempre parcial e provisória, de uma existência que foi muito mais modelada por nós do que normalmente costumamos acreditar. Mas, enfatizamos, não se trata de uma produção individual e alheia a qualquer vínculo com os outros; pelo contrário, ao narrar nossa história, ingressamos em uma trama mais ampla que nos contém e nos molda já não mais como atores principais do relato, sim como expectadores, devendo incluir os outros em sua própria história, devendo ao mesmo tempo viver e contar⁽²²⁾.

Referências

1. Lunardi VL. Ampliando a compreensão do conceito de autonomia. *Texto Contexto Enferm* 1997; 6(3): 304-13.
2. Hermann N. *Ética e estética. A relação quase esquecida*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2005.
3. Foucault M. *A hermenêutica do sujeito*. 2a. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
4. Santiago, MMA; Palácios, M. Temas éticos e bioéticos que inquietaram a Enfermagem: publicações da REBEn de 1970-2000. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(3): 349-53.
5. Foucault M. *História da Sexualidade 2. O uso dos prazeres*. 8a. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1998.
6. Lunardi VL. Uma crítica da moral da obediência para a busca de uma moral autônoma da enfermeira. *Texto Contexto Enferm* 1995; 4(2): 73-92.

7. Oguisso T. História da legislação do exercício da enfermagem no Brasil. *Rev Bras Enferm* 2001; 54(2): 197-207.
8. Lorenzetti J. A “nova” lei do exercício profissional da enfermagem: uma análise crítica. *Rev Bras Enferm* 1987; 40(2 e 3): 167-76.
9. Passos ES. A ética na enfermagem. *Rev Bras Enferm* 1995; 48(1): 85-92.
10. Passos ES. Tendências da ética profissional na modernidade. *Rev Bras Enferm* 1993; 46(1): 56-62.
11. Gastaldo DM, Meyer DE. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. *Rev Bras Enferm* 1989; 42(1, 2, 3, 4): 7-13.
12. Wendhausen ALP, Rivera S. O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2005; 14(1): 111-9.
13. Espírito Santo TJM. Segurança emocional como necessidade humana básica – atuação do enfermeiro junto ao cliente em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm* 1985; 38(3 e 4):231-37.
14. Martins MAF, Guerra DR, Guedes MVC. Libertas que serás enfermagem. *Rev Bras Enferm* 1998; 51(4): 511-22.
15. Germano RM, Brito RS, Teodósio SS. O comportamento ético dos enfermeiros dos hospitais universitários. *Rev Bras Enferm* 1998; 51(3): 369-78.
16. Oliveira MLC, Guilhem D. O agir ético na prática profissional cotidiana das enfermeiras. *Rev Bras Enferm* 2001; 54(1): 63-73.
17. Bastos MAR. O saber e a tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensivo. *Rev Latino-am Enferm* 2002; 10(2): 131-6.
18. Nelson S. Conhecimento incorporado? A constituição da expertise como prática moral na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16(1): 136-41.
19. Kruse MHL. Os poderes dos corpos frios. Das coisas que se ensinam às enfermeiras. Brasília (DF): ABEn; 2004.
20. Andrade AC. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(16): 96-8.
21. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Soares NV, Lipinski JM. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Rev Latino-am Enferm* 2004; 12(6): 933-9.
22. Bueno FMG, Queiroz MS. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(2): 222-7.

ARTIGO 3 - RESPONSABILIDADE NO CUIDAR: ou do tempo que nos toca viver enquanto enfermeiros/as intensivistas

Artigo a ser submetido à Revista da Escola Enfermagem da USP, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo 6).

RESPONSABILIDADE NO CUIDAR: ou do tempo que nos toca viver como enfermeiros/as intensivistas

LA RESPONSABILIDAD EN EL CUIDAR: o del tiempo que nos toca vivir como enfermeros/enfermeras intensivistas

RESPONSIBILITY OF CARE: or of the time that we are touched while we live nurses intensive

Mara Ambrosina de Oliveira VARGAS*

Flávia Regina Souza RAMOS†

RESUMO: Investigação qualitativa, balizada na analítica foucaultiana, com aproximações do referencial teórico pós-estruturalista. Explora a questão da responsabilidade do cuidar como um dos desdobramentos estratégicos e tecnológicos dos discursos da bioética e da tecnobiomedicina, gerando determinados modos de conceber e intervir do sujeito enfermeiro/a na Unidade de Terapia Intensiva (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 guardiã de certos atributos da UTI.

DESCRITORES: Unidade de Terapia Intensiva; Bioética; Enfermagem

RESUMEN: Investigación de carácter cualitativo, basada en el análisis foucaultiano y con aproximaciones al referencial teórico posestructuralista, donde se explora la cuestión de la responsabilidad de cuidar como siendo uno de los desdoblamientos estratégicos y tecnológicos de los discursos de la bioética y de la tecnobiomedicina, en el cual se producen determinadas maneras de concebir e intervenir del sujeto enfermero/enfermera en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Desde esa perspectiva, de los múltiples aspectos que podrían surgir al hacer una lectura crítica de los textos analizados y de las entrevistas realizadas con los enfermeros/enfermeras, el tema de la responsabilidad del cuidar fue establecido a través de categorías que expresaron la responsabilidad ante los nuevos lenguajes y la enfermería como siendo guardiana de ciertos atributos de la UTI.

DESCRIPTORES: Unidad de Terapia Intensiva; Bioética; Enfermería.

ABSTRACT: Qualitative investigation, marked in analytical foucaultian with approximations in theoretical pos-structure, explore the question of responsibility of care as one of the unfolding strategy of technology of speech of bioethics and biotechnology, creating a certain modes of conception and intervention of the individual nurse/ in the Intensive Therapy Unit (ITU). In this perspective, of multiple ways that can emerges when analyzing a critical reading of analyzed texts and interviews with nurses, as a responsibility theme of care was unfolded in categories that

* Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Atua no Centro de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Membro do Grupo Práxis na UFSC. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Coordenadora Especialização Enfermagem em Terapia Intensiva na UNISINOS.

† Enfermeira. Pós-Doutorado em Educação pela Universidade de Lisboa. Doutora em Filosofia em Enfermagem pela UFSC. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisadora CNPq e Líder do Grupo Práxis/UFSC.

expresses a responsibility in front of new languages and nurses as guardian of certain attributes in the Intensive Therapy Unit (ITU).

DESCRIPTORS: Intensive Care Units, Bioethics, Nursing

INTRODUÇÃO

Um editorial⁽¹⁾ de 1938, intitulado *Obrigações legais da enfermeira em relação ao médico e ao doente*, escrito 17 anos antes da primeira Lei do Exercício Profissional da Enfermagem n° 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 as/os enfermeiras/os 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⁾.

Ainda, 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⁾; enquanto a

responsabilidade de “dever ser” supõe a possibilidade de maior controle institucional para produzir saúde. No entanto, ao invés de procurar um apagamento da relação paradoxal entre a responsabilidade e a autonomia dos profissionais nas instituições de saúde, há necessidade de procurar múltiplas combinações de graus de autonomia e de responsabilidade, nem sempre ideais, nem sempre caminhando no mesmo sentido. A idéia é qualificar o paradoxo, ora através da sua explicitação na prática, ora através da realização ‘máxima possível’ dos sujeitos, aí, implicados⁽⁵⁾.

Dito isso, explicitamos que este artigo é parte de uma tese* em que se analisou a articulação da tecnobiomedicina e bioética, como discursos da contemporaneidade implicados na produção da subjetividade do/a enfermeiro/a no contexto da UTI. Em suma, abordamos a responsabilidade no cuidar como um dos desdobramentos estratégicos e tecnológicos desses discursos, gerando determinados modos de conceber e intervir do sujeito enfermeiro/a na UTI. Portanto, mantendo-nos no Foucault político, mobilizamo-nos para averiguar um modo de conduta, um conjunto de valores, um conjunto de técnicas, um certo conjunto representativo de uma cultura de si.

Mas, na analítica foucaultiana, a palavra cultura é empregada sob determinadas condições. Nessa perspectiva, pode-se falar de cultura quando atendidas quatro condições: dispor de um conjunto de valores que têm entre si um mínimo de coordenação, de subordinação, de hierarquia; que esses valores sejam dados como sendo ao mesmo tempo universais, mas também ocasião de um mecanismo de seleção e de exclusão; a fim de que os indivíduos atinjam esses valores, são necessários certos esforços e sacrifícios dispendiosos e que polarizam toda uma vida; e, por fim, que o acesso a esses valores seja condicionado por procedimentos e técnicas mais ou menos regrados, que tenham sido elaborados, validados, transmitidos, ensinados, e estejam também associados a todo um conjunto de noções, conceitos, teorias, a todo um campo de saber⁽⁶⁾.

METODOLOGIA

O estudo qualitativo utilizou fontes documentais e de entrevistas com enfermeiros/as intensivistas. O *corpus documental* foi composto por artigos publicados pela enfermagem brasileira, no período de 1984-2007, na medida em que estudo⁽⁶⁾ aponta 1984 como o ano em que a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn) publicou o primeiro artigo que contemplou a temática bioética. Incluímos como artigos a serem investigados, os publicados nos periódicos nacionais de enfermagem que alcançaram, em qualquer ano entre 2000-2007, nota B Internacional pelo sistema Qualis (Revista Latino-Americana de Enfermagem; Revista Acta Paulista; Revista Texto &

* Intitulada *Bioética em discurso: efeitos sobre os processos de constituição do sujeito enfermeira na terapia intensiva*, de Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, sob a orientação da Professora Flávia Regina Souza Ramos, defendida em 2008, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

Contexto Enfermagem; Revista Escola de Enfermagem USP). Além dessas, 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 específicos de bioética. Delimitamos, nos respectivos periódicos, 113 artigos, através de uma busca na Base de dados BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), aprimorada por meio de busca manual mais abrangente, buscando temáticas que poderiam enriquecer a discussão acerca das questões da bioética e da UTI. Assim, além de orientar a busca pelos descritores bioética e UTI e enfermagem, ética e UTI, bioética e enfermagem, ampliamos a pesquisa para artigos que não referenciavam o termo bioética, desde que reproduzissem temas relacionados com a bioética. Em outros momentos, achávamos temas associados à ética de modo indiferenciado aos articulados à bioética. Enfim, dos 113 artigos, selecionamos 27 artigos (Anexo A) que nos possibilitaram tratar da questão da responsabilidade no cuidar do/a enfermeiro/a na UTI.

Além da análise dos artigos, entrevistamos 20 enfermeiros/as que trabalham em UTI, na Região Metropolitana de Porto Alegre/RS, utilizando o critério de saturação de dados. Após aprovação do projeto em Comitê de Ética (Parecer n° 186/07/CEP/UFSC), os sujeitos foram convidados/as a participar do estudo e manifestaram seu aceite por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução 196/96. Sendo assim, enfermeiras/os responderam a duas questões norteadoras: 1) Descreva um dia de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva, no qual tenham acontecido situações positivas; 2) Agora, descreva um dia de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva, no qual tenha acontecido uma ou mais situação percebida como ruim. Lidamos com essas descrições como narrativas desses/as profissionais enfermeiros/as. Entendíamos, pois, que as narrativas do seu cotidiano poderiam nos fazer ‘notar’ situações de dor, alegria, conflito, consideração e de desconsideração do outro em sua diferença, de modo muito mais efetivo que uma comunicação linear em uma entrevista sobre o dever ser.

AS PRÁTICAS DE GOVERNABILIDADE

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⁽⁸⁾.

“O que é, por assim dizer, esta mão estendida, esta ‘educação’ que não é uma educação, mas outra coisa ou uma coisa mais que educação?”^(6:166) 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. 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 em todos os graus possíveis: 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 enfim 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?”^(6:281)

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. Nas sociedades governamentalizadas, o poder amplia-se porque se dirige a homens livres, que se percebem como indivíduos autônomos. 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 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 – 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 cadeia, 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

* Consideramos, aqui, autoridade patente o sujeito “apto” a operar um discurso que incorpora outros discursos de diferentes campos de saber. Logo, ele é capaz de dizer e de fazer o que diz e o que faz, justamente, por ocupar um espaço de fronteira, um espaço que articula tangenciando um pouco mais ou um pouco menos, conforme o caso, o discurso ético, o discurso legal, o discurso moral, o discurso científico e o discurso econômico e administrativo.

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⁽⁶⁾.

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⁽⁶⁾.

Dessa forma, pensávamos, como investigadoras, que, ao deter-nos especificamente na discussão sobre a tecnobiomedicina em sua articulação com a bioética e enfermagem em terapia intensiva, deveríamos estar atentas, assinalando e mapeando alguns dos processos em que passou a ser intensificado, maximizado e aperfeiçoado um conjunto de práticas, que denominamos de ‘responsabilidades no cuidar’, que estão estabelecendo (para a enfermeira intensivista) maneiras de ser e de fazer, orientadas para objetivos comuns e sustentadas por uma regularidade apreendida.

Aqui, o movimento buscado nada mais é do que o de uma problematização – no sentido foucaultiano, como conjunto das práticas discursivas ou não-discursivas que faz alguma coisa entrar no jogo do verdadeiro e do falso e o constitui como objeto para o pensamento (seja sob a forma da reflexão moral, do conhecimento científico, da análise política) – “do que de mais notável tem a bioética, daquilo que nos faz admirá-la e valorizá-la, sua capacidade de dizer por e para nós as coisas das quais precisamos, das nossas circunstâncias, do nosso mundo”⁽⁹⁾. Logo,

“uma problematização que antes de desenhar o mapa discursivo da bioética a vê como se fosse um mapa do presente, sinalizando ameaças, perdas, posições, alvos, territórios e alianças. Pessoas, nomes, lugares, instituições e qualificações não se ausentam, já que nunca deixam de ocupar suas posições num discurso que não será apagado, mas figuram como personagens mais móveis, como representativos de uma verdade que veiculam e ajudam a fortalecer”^(9:15).

Para desenvolver tal intento, a seguir, desdobramos a nossa analítica em responsabilidade diante das novas linguagens e da enfermagem como guardiã de certos atributos da UTI.

Responsabilidade diante dos novos Discursos

As situações complexas que exigem tomada de decisão nas UTIs reivindicam um/a enfermeiro/a preparado/a para o enfrentamento dos problemas éticos⁽¹⁰⁾. 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⁽¹¹⁾. 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 hibridizada.

Convém explicitar, agora, que nesta seção, 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. Os artigos demonstram de forma mais contundente um número de sujeitos autorizados, amparados pelo *status* institucional ou como especialistas que veiculam um discurso academicamente legitimado, a falarem de si e dos outros, a descreverem e caracterizarem os outros. Além disso, a questão dos ‘novos’ discursos poderia nos conduzir a selecionar muito mais artigos do que os 27 que constam no Anexo A. 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*.

Nessa direção, 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⁽¹²⁾; 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 solicitude⁴; há várias formas das/os enfermeiras/os humanizarem o processo de doação, captação e transplante de órgãos⁽¹³⁾.

Foram encontrados dois artigos que orientam enfermeiros/as a problematizarem alguns dos

atuais discursos da saúde. Um deles⁽¹⁴⁾ evidencia a conduta de omissão dos enfermeiros 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 enfermeiro 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⁽¹⁵⁾, 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, normalmente, internados nas UTIs ou em *hospices*. Um desses artigos⁽¹⁶⁾ 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⁽¹⁷⁾ analisa o posicionamento omissivo dos enfermeiros 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.

Em suma, 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.

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”^(18:346).

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”⁽¹⁹⁾. 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, deslocamo-nos para a análise da responsabilidade que mantém a enfermagem como guardiã de certos atributos da UTI.

Responsabilidade que mantém a enfermagem como guardião 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⁽²⁰⁾. 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⁽²¹⁾. 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⁽²²⁾. 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⁽²³⁾.

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 principialismo 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, dispondo 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⁽²²⁾.

Inferimos a partir dessas argumentações iniciais que a/o enfermeira/o constitui sua subjetividade, também, como guardiã de certos atributos da UTI; guardiã que recorre a diferentes recursos. Eis a expressão que encontramos em um dos artigos: ora o exercício da enfermagem para o século XXI exige competência específica, técnica e científica, e uma competência humanística e humana (razão e paixão); ora a atuação da enfermagem é como um verdadeiro exército a serviço da vida humana⁽²⁴⁾. 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 no excerto e nessas falas que as enfermeiras são guardiãs de um compromisso de cuidar do outro. Ou seja, no excerto do artigo, sinalizamos um compromisso, talvez, propositalmente inflamado; 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, com baliza em competência específica e técnica, em alterar modos de fazer enfermagem, desde que acredite que possa sustentar um discurso mais verdadeiro.

Em outras palavras, para inflamarem-se, 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⁽⁶⁾. 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 guardiã, 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.⁽²⁵⁾ 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. O excerto a seguir anda nessa direção: “a população pretende ser curada cada vez melhor, cada vez mais rapidamente, quer substituir os órgãos falhos, limitar os nascimentos, ter os filhos que deseja, a qualquer preço, adiar a morte; uma maioria de médicos e enfermeiras tenta, até o absurdo, dar resposta a tais demandas.”^(26:181) Sendo assim, justificamos que a expressão utilizada paradoxal faz sentido, já que enfermeiras/os, questionando ou isentando-se no coletivo, mantêm-se como guardiãs/ãos, novamente, de um discurso verdadeiro.

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 onde a função do médico acaba e onde a função da/o enfermeira/o começa. 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 guardião. Enfim, as/os enfermeiras/os assumem responsabilidades que competem a outros profissionais, com o intuito de solucionar ‘problemas’⁽²⁷⁾.

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⁽⁹⁾. 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escrever sobre tema tão complexo, a partir da leitura de 27 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. Tudo o que fazemos tem conseqüências para todos, porque a todo tempo estamos reproduzindo ou construindo valores, porque fazemos parte do todo⁽²⁸⁾.

Referências

1. Pullen BL. Obrigações legais da enfermeira em relação ao médico e ao doente. Editorial. Anais de Enfermagem 1938 março; Ano V(12): 4-8.
2. Oguisso T. A responsabilidade legal do enfermeiro. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília 1985 Abr-Mar-Jun; 38(2): 185-90.
3. Zoboli ELCP. “Êthos” e deontologia do enfermeiro. O Mundo da Saúde, São Paulo 1998 jan./fev.; 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., Brasília 2003 Jan./Fev.; 56(1): 18-23.
5. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Praxis em salud: um desafio para lo publico. Buenos Aires/São Paulo: Lugar Editorial/HUCITEC; 1997.
6. Foucault M. A hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
7. Santiago MMA, Palácios M. Temas éticos e bioéticos que inquietaram a Enfermagem: publicações da REBEn de 1970-2000. Revista Brasileira de Enfermagem, 2006 Mai./Jun; 59(3):349-53.
8. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Soares NV, Lipinski JM. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. Rev Latino-am Enfermagem 2004 Novembro-Dezembro; 12(6): 933-9.
9. RAMOS FRS. Trabalho e educação – ética/bioética na experiência de si do trabalhador da saúde. Lisboa (PT). 2006. 112 f. Pós-doutorado em Ciências da Educação – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, 2006.
10. Toffoletto MC, Zanei SSV, Hora EC, Nogueira GP, Miyadahira AMK, Kimura M, Padilha KG. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas unidades de terapia intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. Acta Paul Enferm, São Paulo, 2005 jul-set; 18(3): 307-12.
11. Leitão IMTA, Arruda RB. Clima organizacional: novos rumos no perfil do enfermeiro e desafios a assistência de enfermagem. O Mundo da Saúde 2004 abr./jun.; 28(2): 151-9.
12. Püschel VAA, Rodrigues AS, Moraes MW. A atuação da enfermeira na captação de órgãos para transplante em São Paulo: uma abordagem legal e bioética. O Mundo da Saúde 2002 jan./mar.; 26(1): 167-73.
13. 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. O Mundo da Saúde 2006 jul./set.; 30(3): 409-16.
14. Lima EDRP, Magalhães MBB, Nakamae DD. Aspectos éticos-legais da retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano. Rev latino-am Enfermagem 1997 Outubro; 5(4):5-12.
15. Silva MAPD, Silva EM. A “qualidade total” e a ética: relações concretas e imaginárias. Acta Paul Enferm, São Paulo, 1999 set-dez; 12(3): 59-63.

16. Noronha DCU, Sá AC, Assini EF, Almeida MC, Branco C. Implicações éticas na assistência de enfermagem do paciente crítico. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília 1985 Julho-Dezembro; 38(3 e 4): 349-54.
17. Santos DV, Massarollo MCKB. Posicionamento dos enfermeiros relativo à revelação de prognóstico fora de possibilidade terapêutica: uma questão bioética. Rev Latino-am Enfermagem 2004 Set-Out; 12(5): 790-6.
18. 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.
19. Meyer DEE. Identidades traduzidas: cultura e docência teuto-brasileiro-evangélica no Rio Grande do Sul. São Leopoldo: Sinodal; 2000.
20. Passos ES. A ética na enfermagem. Rev. Bras. Enferm., Brasília 1995 Janeiro-Março; 48(1): 85-92.
21. Teixeira ER. O ético e o estético nas relações de cuidado em enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2005 jan-mar; 14(1): 89-95.
22. Zoboli ELCP, Sartório NA. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. O Mundo da Saúde 2006 jul./set.; 30(3): 382-97.
23. Lunardi VL, Peter E, Gastaldo D. Enfermeiras submissas são éticas? Refletindo sobre anorexia de poder. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2002 mar-abr; 55(2): 183-8.
24. Barchifontaine CP. Enfermagem para o século XXI. O Mundo da Saúde 1996 maio; 20(4): 130-1.
25. Selli L. Princípios bioéticos: análise das representações dos profissionais de enfermagem. O Mundo da Saúde 2002 jan./mar.; 26(1): 134-42.
26. Lepargneur H. A complementariedade das funções do médico e da enfermeira. Revista Hosp. Adm. Saúde 1990 out./dez.: 14(4): 180-3.
27. Benen RL, Santos LR, Lunardi VL. O trabalho da enfermagem hospitalar: o cuidado de si e o cuidado do outro. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2001 jan-mar; 54(1): 108-18.
28. Nunes CRR, Nunes AP. Bioética. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2004 Set./Out; 57(5): 615-6.

ANEXO A - Fontes documentais – Artigos Científicos de Enfermeiras/os que abordam a Responsabilidade na Enfermagem

Nº	Ano	Título do Artigo	Autor/es dos Artigos	Revista
RBE10	1985	Implicações éticas na assistência de enfermagem do paciente crítico.	NORONHA, SÁ, ASSINI, ALMEIDA, BRANCO.	Revista Brasileira de Enfermagem. Julho-Dezembro; 38(3, 4): 349-54.
RBE8	1985	A responsabilidade legal do enfermeiro.	OGUISSO	Revista Brasileira de Enfermagem, Abr-Mar-Jun; 38(2): 185-90.
RBE16	1994	Estudo dos aspectos éticos dos transplantes na América Latina.	HOLANDA, NERY, AZEVEDO, MENDES	Revista Brasileira de Enfermagem, Abril-Junho 47(2): 183-94.
RBE17	1995	A ética na enfermagem.	PASSOS	Revista Brasileira de Enfermagem, Janeiro-Março; 48(1): 85-92.
RMS3	1996	Enfermagem para o século XXI.	BARCHIFONTAINE	Revista O Mundo da Saúde, Maio; 20(4): 130-1.
RLA3	1997	Aspectos éticos-legais da retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano.	LIMA, MAGALHÕES, NAKAMAE	Revista Latino-am Enfermagem, Out.; 5(4):5-12.
RMS5	1998	“Éthos” e deontologia do enfermeiro.	ZOBOLI	Revista O Mundo da Saúde, Jan./fev.; 22(1): 38-43.
RBE20	1998	O comportamento ético dos enfermeiros dos hospitais universitários.	GERMANO, BRITO, TEODÓSIO	Revista Brasileira de Enfermagem, Jul-set; 51(3): 369-78.

RAP2	1999	A “qualidade total” e a ética: relações concretas e imaginárias.	SILVA, SILVA	Revista Acta Paul Enferm, Set-dez; 12(3): 59-63.
REE7	1999	Aspectos éticos e legais das anotações de enfermagem nos procedimentos de doação de órgãos para transplantes.	DALRI, ROSSI, CARVALHO	Revista Escola Enfermagem USP, Set; 33(3):221-30.
RBE24	2000	Liderança da enfermeira na perspectiva da ética pós-moderna.	MENDES, TREVIZAN, FERRAZ, HAYASHIDA	Revista Brasileira Enfermagem, Jul./Set.; 53(3): 410-4.
RLA6	2001	Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência.	COIMBRA, CASSIANI	Revista Latino-am Enfermagem Março; 9(2): 56-60.
RMS8	2002	A atuação da enfermeira na captação de órgãos para transplante em São Paulo: uma abordagem legal e bioética.	PÜSCHEL, RODRIGUES, MORAES	Revista O Mundo da Saúde Jan./mar.; 26(1): 167-73.
RBE29	2002	Enfermeiras submissas são éticas? Refletindo sobre anorexia de poder.	LUNARDI, PETER, GASTALDO	Revista Brasileira de Enfermagem, Mar-abr; 55(2): 183-8.
RMS9	2002	Princípios bioéticos: análise das representações dos profissionais de enfermagem.	SELLI	Revista O Mundo da Saúde, Jan./mar.; 26(1): 134-42.
RMS13	2003	Enfermagem em cuidados paliativos.	RODRIGUES, ZAGO	Revista O Mundo da Saúde, Jan./mar.; 27(1): 89-92.
RBE31	2003	Doação de órgãos e bioética: construindo uma interface.	ALMEIDA, TIPPLE, BACHION, LEITE, MEDEIROS	Revista Brasileira Enfermagem, Jan./Fev.; 56(1):18-23.
RMS14	2003	Comunicação com paciente fora das possibilidades terapêuticas: reflexões.	SILVA	Revista O Mundo da Saúde Jan./mar.; 27(1): 64-70.
RLA11	2003	A busca da competência do cuidado segundo Boff: uma nova perspectiva de conduta ética da enfermeira gerente.	TREVIZAN, MENDES, LOURENÇO, MELO	Revista Latino-am Enfermagem, Set-Out; 11(5): 652-7.
RLA12	2004	Posicionamento dos enfermeiros relativo à revelação de prognóstico fora de possibilidade terapêutica: uma questão bioética.	SANTOS, MASSAROLLO	Revista Latino-am Enfermagem, Set-Out; 12(5): 790-6.
RMS15	2004	Clima organizacional: novos rumos no perfil do enfermeiro e desafios a assistência de enfermagem.	LEITÃO, ARRUDA	Revista O Mundo da Saúde, Abr./jun.; 28(2): 151-9.
RBE33	2004	Bioética.	NUNES, NUNES	Revista Brasileira de Enfermagem, Set./Out; 57(5): 615-6.
RAP5	2005	A distanásia como geradora de dilemas éticos nas unidades de terapia intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros.	TOFFOLETTO, ZANEI, HORA, NOGUEIRA, MIYADAHIRA, KIMURA, PADILHA	Revista Acta Paul Enferm, Jul-set; 18(3): 307-12.
RTC14	2005	O ético e o estético nas relações de cuidado em enfermagem.	TEIXEIRA	Texto Contexto Enferm, Jan-mar; 14(1): 89-95
RMS17	2006	Percepção do enfermeiro da Organização de Procura de Órgãos (OPOs) sobre a humanização do processo de captação de órgãos para transplante.	LIMA, SILVA, PEREIRA	Revista O Mundo da Saúde Jul./set.; 30(3): 409-16.
RLA15	2006	A humanização hospitalar como expressão da ética.	BACKES, LUNARDI, LUNARDI FILHO	Revista Latino-am Enfermagem, Jan-Fev; 14(1): 132-5.
RMS19	2006	Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado.	ZOBOLI, SARTÓRIO.	Revista O Mundo da Saúde, Jul./set.; 30(3): 382-97.

4 AS MARCAS DE UMA VIDA, DE UMA LEITURA E DE UMA ESCRITA...

Não se trata de modo algum, como no Fedro, de elevar os olhos o mais alto possível para o que seria supraterebre. Vemos que o movimento assim designado não é o de um esforço pelo qual, em se despreendendo deste mundo, em se desviando o olhar dele, se tentaria ver uma outra realidade. Trata-se antes de nos colocarmos em um ponto tal, ao mesmo tempo tão central e elevado, que possamos ver abaixo de nós a ordem global do mundo, ordem global da qual fazemos parte. [...] Trata-se, por um esforço de um tipo bem diferente, que é o do próprio conhecimento do mundo, de colocar-se tão alto que se possa ver a partir desse ponto, e abaixo de si, o mundo em sua ordem geral, o pequeno lugar que se ocupa nele, o pouco tempo que nele se vai ficar. Trata-se de uma visão do alto sobre si, e não de um olhar ascendente para algo diferente do mundo em que estamos. (FOUCAULT, 2006, p. 344).

Particularmente, no que concerne ao debate sobre a transcendência do sujeito, a epígrafe acima é emblemática. Emblemática, justamente porque está na contramão de qualquer tentativa de nos reportarmos a uma imagem ideal de mundo supraterebre e além da nossa própria experiência como sujeitos. Temos aí uma visão de cima sobre o mundo, que nos insere nele, que nos possibilita ver a nossa atualidade enquanto sujeitos. Logo, pensando na minha atualidade como sujeito, três indagações movem a escrita da síntese dessa tese: Primeira: poderia (e deveria) escrever a mim mesma no texto científico? Segunda: as leituras que fiz, para esta produção acadêmica, conduziram a mim mesma à quais experiências? Terceira e última: em que medida o que me propus a escrever coloca-me na ordem do pensamento do mundo em que vivo? Portanto, para responder a essas perguntas, não necessariamente nessa ordem, trato, a seguir, das marcas de uma vida, de uma leitura e de uma escrita. Isso é, na feitura desta tese, narrei minha própria existência. Contudo, ingressei em uma trama mais ampla que me contém e me molda já, também, como uma expectadora que incluiu e interagiu com os outros em sua própria história.

Ao intentar escrever esta tese, a inquietação inicial era da ordem da minha relação intensa com o meu objeto de pesquisa, ou seja, com a UTI, com a tecnobiomedicina, com uma necessidade premente de estudar as questões bio/éticas, com a necessidade de interagir com os sujeitos que fazem parte disso tudo. Logo, deparei-me com um ‘achado’ (mais intencionalmente buscado do que simplesmente encontrado) muito produtivo. Ou seja, os artigos selecionados, do período entre 1984 e 2007, e as entrevistas com enfermeiras/os constituíram-se para mim como narrativas riquíssimas de um determinado período histórico

mais ampliado do que pressupunha. O que estou querendo dizer com isso? Primeiro, e óbvio, as leituras de artigos, mesmo datados entre 1984 e 2007, e as narrativas de alguns/mas enfermeiros/as intensivistas extrapolavam este tempo presente, as temáticas atuais, e reportavam-se, muitas vezes, a um passado pouco ou nada recente. Segundo, essa leitura ampliada foi propositiva, na medida em que necessitava olhar as coisas que eu me propunha a discutir de um ponto tal que me possibilitasse detectar uma determinada ordem de mundo, ou de ordenações que tornam o contexto do trabalho em UTI possível de ser pensado como mundo com sentido, e algumas das condições de possibilidade de determinados discursos. Terceiro, através da narrativa (artigos e entrevistas com enfermeiros/as), pude reconstruir as significações que os sujeitos atribuíam ao seu processo de ser enfermeira/o, pois falavam de si, reinventavam um passado, ressignificavam o presente e o vivido para narrar a si mesmos/as. Por outro lado, as entrevistas e os artigos não permitiram dizer *uma* ou *a verdade* sobre as coisas e os fatos, mas pode-se considerá-las como a instância central que trouxe informações fundamentais acerca do vivido e possibilitou uma interpretação (mesmo que provisória e parcial) dos motivos que fundamentam ser enfermeira intensivista a partir de um discurso ético/bioético.

Detalhei, então, a partir do *corpus* de análise, um determinado modo de processo de subjetivação, operando cortes transversais no panorama mais geral da discussão ética e bioética. Tal como Foucault, não trabalhei como historiadora; busquei a partir de uma problematização presente fazer genealogia. Assim, ao fazer uma analítica foucaultiana mais centralizada na hermenêutica do sujeito, a noção não era propor uma volta à ética da antigüidade helenística e romana, até porque isso seria demasiadamente ingênuo. A idéia era sublinhar que nela – na ética da antigüidade helenística e romana – existem ferramentas de análise, através das técnicas, idéias, e procedimentos, que não podem e não necessitam ser efetivamente reativadas, mas pelo menos constituem, ou ajudam a constituir, um determinado modo de olhar, um ponto de vista que pode ser muito útil para analisar o que está acontecendo agora.

Bioética ou ética? Bioética ou ética aplicada? Em vários momentos, pensava em alterar o título da tese de “bioética em discurso” para “ética em discurso”, pois à medida que seguia em minhas análises, leituras e processo de escrita, experimentava a nítida impressão que nunca saía de uma discussão ética. A bioética não era tão explícita assim, como eu pensara inicialmente! Mas, agora, ao final desta etapa (de um processo sempre em andamento) concluo: era de bio/ética que falava todo tempo. Literalmente, bio/ética em discurso, produzindo efeitos sobre os processos de constituição do sujeito enfermeira/o na

terapia intensiva. Uma bio/ética que era outra forma de fazer ética e que viabilizava uma interlocução com os discursos científicos e tecnológicos. Ainda, uma bio/ética que se autoriza, insere-se em e através de outros discursos advindos e proliferados pelas atuais intervenções tecnológicas e científicas.

E, por que atrelar pós-estruturalismo e Foucault? Aproximei-me de Foucault a partir da linha de pesquisa dos Estudos Culturais que baliza, justamente, seu referencial teórico no pós-estruturalismo. Mas, isso não é justificativa, aqui, para articular, na escrita da tese, Foucault e pós-estruturalismo, mesmo porque Foucault não se autodenominava estruturalista, muito menos pós-estruturalista. Dessa forma, minha pretensa resposta circula em torno da argumentação de que uma afiliação a uma perspectiva teórica pós-estruturalista permitiu-me entender que vários pressupostos desse referencial estão, especialmente, balizados, entre outros teóricos, nos escritos de Foucault. Nessa direção, pode-se falar a partir de um teórico e de uma corrente de pensamento que convergem, muito mais do que divergem. Assim, fui lendo Foucault, fiz análise cultural na dissertação e autorizei-me a fazer uma analítica foucaultiana na tese. No entanto, o modo de olhar, o modo de ler e de escrever o que olhei, li e escrevi, foi ‘determinado’ por um viés pós-estruturalista que, paulatinamente, impregnou-se de um modo foucaultiano de olhar. Em suma, percebo, agora, que no transcorrer da própria feitura da tese ocorreu esse deslocamento. Mas o deslocamento está feito e está lá, na escrita da tese. Ela tem esse formato de um pós-estruturalismo deslocado para uma análise foucaultiana. Ela é, já, resultado desse deslocamento empreendido.

Ao longo desta narrativa, é visível (e talvez até cansativa) a utilização repetitiva dos substantivos masculino e feminino, no plural e no singular, *enfermeiro/a* e *enfermeiros/as*. A minha vivência assistencial e acadêmica com as coisas da UTI (inclusive como coordenadora de especialização em enfermagem em terapia intensiva) coloca-me em relação direta com vários enfermeiros que optam por trabalhar em UTI e que lêem os respectivos textos acadêmicos, normalmente escritos por mulheres. Nesse contexto, esses mesmos alunos têm reiterado sua inconformidade por não se sentirem representados, identificados nos trabalhos acadêmicos; isso é, segundo eles, ou as produções acadêmicas reportam-se às enfermeiras, justificando-se pelo seu maior contingente, ou usam enfermeiro, de modo indefinido. A solicitação expressa foi: *quando escreveres para (e de) um contexto onde o número de enfermeiros aumentou significativamente, utilize os termos enfermeiro e enfermeira, enfermeiros e enfermeiras; desse modo, nem mulheres, nem homens, sentir-se-ão excluídos.*

Consustanciei como objetivos: analisar a constituição histórica do discurso da bioética em sua articulação com o discurso da tecnobiomedicina e o modo como os

desdobramentos estratégicos e tecnológicos desse discurso atravessam o processo de produção do sujeito enfermeiro/a, gerando determinados modos de conceber e intervir desse sujeito no contexto da terapia intensiva; conhecer as tensões no fazer/saber enfermagem que podem ser discursivamente articuladas à bioética, ou problematizadas a partir da emergência desse discurso. A partir dos objetivos delimitados, escrevi três artigos. E, na escrita deles, analisei os excertos removidos do *corpus* de análise (artigos e falas dos sujeitos entrevistados), procurando não confundi-los, tanto com as afirmações dos sujeitos que escreveram os textos, como com os que foram descritos e que falaram em determinado momento nesses mesmos excertos. Desse modo, tais excertos foram tratados em sua materialidade enunciativa, e não como uma simples descrição ou análise de conteúdo em si; era, pois, uma certa forma de refletir e de ler o texto, não de achar 'o' significado desse texto. Disso decorre a tomada de textos escritos e expressões orais como reveladoras de certas conformações, referências e demarcações de determinados discursos que, por sua vez, operam no interior de disciplinas e práticas sociais, em diferentes formas e estratégias de poder e intervenção na vida social.

No **artigo 1**, intitulado *Iatrogenias nas Unidades de Terapia Intensiva: dramaticidade dos Problemas Bio/Éticos Contemporâneos*, busquei analisar um tema bio/ético em nada descolado das relações cotidianas dos/as enfermeiros/as que trabalham na terapia intensiva. Assim, foi intenção discorrer acerca de um assunto que acontece na UTI e que está, devidamente, comprometido com um processo de cuidar nada neutro ou alheio aos modos de ser e de fazer dos sujeitos implicados. Ainda que a temática iatrogenias aparecesse de modo explícito em alguns dos artigos selecionados, a intenção, a possibilidade e o sucesso da minha escrita remeteram a uma peculiaridade: a do pouco-dito e do quase-nada-dito. Mesmo assim, a peculiaridade do pouco-dito e do quase-nada-dito foi, talvez, exatamente por isso, potencializada na sua analítica. Ou seja, a idéia era esmiuçar, detalhar e dar voz ao silenciamento a respeito da temática iatrogenias e ativar uma reflexão sobre o agir do/a enfermeiro/a em um contexto permeado pela possibilidade sempre latente de falhar, tanto no procedimento como na conduta; e, a partir dessa possibilidade, ele/a deveria encontrar sua obrigação de 'corrigir' essa falha, não tanto ou não apenas no conhecimento, não tanto ou não apenas na lei, mas na prática de si mesmo. Para isso, busquei demonstrar, inicialmente, que, em cada acontecimento na terapia intensiva, vigoram tanto uma oposição forte entre a necessidade de ação – como conhecimento científico metódico capaz de verdade, como a necessidade de atitude – como uma conjectura, um modo de conduzir-se no limite do conflito, como uma indissociável ligação entre necessidade de conhecimento e um modo de cuidar.

Logo, na singularidade de toda conduta, no imediato de cada acontecimento operaria no sujeito o ‘infortúnio’ de saber o melhor modo e não fazer; de ignorar e por isso não fazer bem; de fazer mal e negar o saber desse mal; de não prevenir o mal; de, aí, demonstrar inexperiência e inabilidade. Nesse contexto, indaguei e respondi que o que percebemos como um processo de subjetivação exatamente no momento de ser enfermeira/o no contexto da terapia intensiva é a dramaticidade do acontecimento, a sua agudeza, a sua imediaticidade, que a/o leva a desenvolver sua ação a partir de uma regra, de um princípio, que ela/e tanto aprendeu na UTI como adquiriu na coextensividade de sua vida; mas prontamente aplicou na UTI, na medida em que lá necessitou.

Ainda no primeiro artigo, pude constatar que a exata medida do erro, em várias situações vivenciadas na UTI, é demasiadamente complexa. Ou seja, por chegarmos a um extremo de ignorância diante da tecnologia, apontei a impossibilidade de sabermos ‘exatamente’ como funciona o aparato tecnológico que manejamos. E, quando a questão é prevenção das iatrogenias, como *doença despertada pelos enfermeiros*, os textos analisados e as respectivas entrevistas, permitiram que eu visibilizasse uma tensão entre prevenir ou punir. Desse modo, o substantivo feminino *punição* que vem sendo utilizado em nosso contexto, adquire uma atitude de castigo efetivado e não, necessariamente, a efetividade de uma correção que, nesse caso, exigiria a abertura para o falar, a liberdade de jogo. Portanto, ao esmiuçar mais os modos de ser enfermeira/o na UTI, na articulação do discurso bio/ético com a tecnobiomedicina, aproximei a análise das estratégias preventivas com o pensamento sobre o porvir. Assim, entendi que se consubstancia em estratégias preventivas, justamente porque o/a enfermeiro/a intensivista deve considerar todas as possibilidades de intercorrências que possam advir aos sujeitos gravemente doentes. Assim, passamos o dia considerando que tudo o que pode ocorrer deve necessariamente ocorrer, para, nessa consideração previsível, tentar anular o que há de ocorrer. Enfim, a/o enfermeira/o que gerencia, levando em consideração a dramaticidade do acontecimento, atua precisamente na promoção de um estilo, além da formação-saber.

Já, no **artigo 2**, intitulado *Autonomia na Unidade de Terapia Intensiva: “comecemos por cuidar de nós”*, destaquei a prerrogativa foucaultiana de que é o cuidado de si o que tem de entrar primeiro na pauta da discussão, antes mesmo de pensarmos em cuidar dos outros. Assim, percorri a idéia de que as ações desenvolvidas pelas/os enfermeiras/os em cada momento da história encontraram suas condições de possibilidade dentro de certas *epistêmes* e de certos espaços de saber e poder. Nessa direção, viabilizei para análise as possibilidades éticas para o sujeito enfermeira/o: do privilegiamento da moral como obediência à Lei, da

conduta e da moral sobre o conhecimento técnico e da governabilidade de si no confronto com a técnica; e as traduzi como etapas menos cronológicas ou sequenciais do que concomitantes, concorrentes e coligadas.

Na etapa do privilegiamento da moral como obediência à Lei, cheguei a uma síntese provisória entre: uma Lei que, entre outros pressupostos, vem buscando restringir o cuidado aos pacientes graves como privativo dos/as enfermeiros/as; os princípios morais e de conduta que vêm sendo alternados e alterados, interferindo na elaboração dessa Lei; uma linguagem cambiável na elaboração dos respectivos códigos de ética; e, por último, já que, necessariamente, alguns dos próprios sujeitos profissionais são os que formulam as regras de conduta, uma manifestação de que a deontologia e os códigos de ética deveriam ser olhados, por aqueles que o utilizam, de jeito menos estreito, objetivando com isso, melhorar o ‘jogo’ para todos. Portanto, na Possibilidade Ética I, tratei a questão da obediência como aquilo que significa menos atributo em si ou algo dado e definitivo, do que aquilo que interessa e faz sentido em um lugar e tempo, porque remete tanto às exigências práticas quanto às respostas configuradas em termos de Lei. Em suma, tanto os artigos como as falas me levaram a ressaltar o caráter artificial, complexo e político de como se processam as mudanças nas práticas e o modo com essas implicam ou não argumentações para justificar as propostas e eleições legais. Além disso, reafirmei a disparidade entre as demandas e respostas e a própria compreensão que os sujeitos profissionais têm disso. Porém, isso não significa que possamos refutar um entrelaçamento entre as demandas práticas e as transformações tecnológicas, o aparato normativo que buscará sustentá-las e a forma como o sujeito se relacionará com uma e outra. Por fim, lembrei que essas considerações são importantes para pensar o trabalho na enfermagem, pois ali onde parece nada existir, além de regra e disciplina, é justamente onde pode estar o maior potencial de resistência e recriação.

Por sua vez, na Possibilidade Ética II, tratei da questão do privilegiamento da conduta e da moral sobre o conhecimento técnico. No entanto, percebi, ao longo da análise, mesmo que sustentadas as relações polarizadas entre conhecimento técnico e político *versus* conduta, dimensão técnica *versus* dimensão ética, necessidades psicobiológicas *versus* necessidades psicossociais e psicoespirituais, um determinado modo de processar essas dimensões a partir de uma subjetividade interessada. Assim, de certa maneira, na contramão de um discurso de senso comum que veicularia o pressuposto das/os enfermeiras/os ‘simplesmente’ priorizarem a conduta em detrimento do conhecimento técnico e político, ou de sustentarem a dicotomia dimensão ética/dimensão técnica, reforcei a possibilidade de que a subordinação da enfermeira ao médico e a ênfase à disciplina em detrimento de um saber científico

constituíram-se em um modo de cuidar de si, em um tempo e lugar, onde o discurso vigente era uma prática médica hospitalar incipiente, mas que exigia disciplina e uma dada ordem para seu êxito no curar. Analisei, assim, um modo interessado de introjeção da enfermagem nesse contexto de possibilidade, ou seja, o fato da enfermeira executar um papel determinado na instituição hospitalar daquela época justificar-se-ia pelo ínfimo espaço para desenvolver outros saberes, na medida em que o cuidado de enfermagem não era a maior preocupação e sim a disciplina daqueles que prestavam os cuidados. Nesse sentido, teria *status* e reconhecimento quem aderisse a essa prática privilegiada.

Ao final, ao concentrar-me na ordem de outro discurso, não menos introjetado na enfermagem, não menos importante, detive-me na Possibilidade Ética III, na análise da governabilidade de si no confronto com a técnica. Iniciei essa etapa sinalizando que atualmente o/a enfermeiro/a, responsável pela equipe de enfermagem e pelo cuidado, desenvolve habilidades para realizar uma observação minuciosa que passam a ser cada vez mais necessárias, não apenas para simplesmente descrever os fatos ocorridos fielmente ao médico. Assim, em seu agir, o/a enfermeiro/a tem de observar e criticar a eficiência dos métodos e técnicas que utiliza, além de utilizar-se de conhecimentos e procedimentos teoricamente organizados e sempre reformulados para a melhor ação. Na UTI, principalmente, a/o enfermeira/o intensivista necessitou ressignificar o cuidado de enfermagem em um ambiente permeado pela tecnobiomedicina. Ou seja, na UTI, dar banho, fazer higiene oral, alimentar, alternar decúbito, aplicar medicamentos, entre vários outros cuidados de enfermagem até mais complexos do que esses, assumem na contemporaneidade uma dimensão nunca experimentada pela enfermagem. Logo, tratei da ordem daquele cuidado tido como insignificante lá no início da prática hospitalar de curar, daquele que hoje interfere diretamente, quando não realizado ou indevidamente operacionalizado, na gravidade dos pacientes, nas complicações desses pacientes, no seu tempo de internação na UTI e, até mesmo, na sua evolução para o óbito. Além disso, inferi que quando a/o enfermeira/o fala em gerir seu próprio negócio, e que o aumento efetivo de profissionais deu-se pela aproximação desse tipo de profissional do cuidado ao paciente, ela/e nos diz, pois, de um privilégio político e social; paradoxalmente, quando confia 'seu negócio' aos demais, deixa de se mostrar (de cuidar de si) e passa a fazer coisas dos outros. Ainda, concluí que cuidado de enfermagem em UTI não só gera lucro para a instituição hospitalar como se indevidamente administrado gera um grande prejuízo. Enfim, através das Possibilidades Éticas I, II e III, procurei, por outro ângulo, fazer uma narrativa, mesmo que sempre parcial e provisória, de uma existência que foi muito mais politicamente modelada por nós do que normalmente costumamos dizer e

acreditar.

Através, do **artigo 3**, último efetuado na formatação final desta tese, intitulado *Responsabilidade no cuidar: ou do tempo que nos toca viver como enfermeiros/as intensivistas*, acordei que a responsabilidade no cuidar 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. Nesse artigo, explorei, mais especificadamente, as 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 era problematizar, produzir um estranhamento sobre um cotidiano que possa estar sendo percebido e valorizado como normal e, quem sabe, como inquestionável e permanente. Considerei autoridade patente o sujeito “apto” a operar um discurso que incorpora outros discursos de diferentes campos de saber. Logo, ele é capaz de dizer e de fazer o que diz e o que faz, justamente, por ocupar um espaço de fronteira, um espaço que articula tangenciando um pouco mais ou um pouco menos, conforme o caso, o discurso ético, o discurso legal, o discurso moral e o discurso científico. Nesse sentido, assinalei e mapeei alguns dos processos em que passou a ser intensificado, maximizado e aperfeiçoado um conjunto de práticas, que denominamos de responsabilidades no cuidar, que estão estabelecendo (para a enfermeira intensivista) maneiras de ser e de fazer. Para desenvolver tal intento, desdobrei a analítica em responsabilidade diante das novas linguagens e da enfermagem como guardiã de certos atributos da UTI. Com relação à responsabilidade diante das novas linguagens, assumi que 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 hibridizada. Nesse caso, pude reconhecer, especificamente 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, mostrando-nos 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.

Foi possível discorrer, nesse terceiro artigo, que a/o enfermeira/o constitui sua subjetividade como guardião/ã de certos atributos da UTI. Mas, a partir do conceito de governabilidade, a conduta de guardião/ã, 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. 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. Ou seja, apreendi enunciados que me permitiram deduzir que de modo algum o/a enfermeiro/a é desapegado, desvinculado de um mundo que ‘venera’ um ideal de saúde e espera por possibilidades de recuperação e de potencial de atendimento. Identifiquei, também, que na UTI existe uma confusão de fronteiras entre o fazer do médico e o fazer da/o enfermeira/o. 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’, com o intuito de solucionar ‘problemas’, sustentando, mais uma vez, uma conduta de guardião/ã. Mesmo assim, reconheci uma percepção, sutilmente demonstrada, da fragilidade/precariedade do que, em outros momentos e sob outros ângulos, se mostra 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, se arranja no acordo silencioso entre os que estão em cena. Enfim, 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. Ao final, considerei a pertinência de ter feito um exercício, através do qual, demonstrei não, simplesmente, 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 desenhar um mapa atual do que denominamos responsabilidades no cuidar da enfermagem em UTI, surpreendi-me com a complexidade desses vários eventos que essa mesma enfermagem está envolvida e indaguei se enfermeiras/os, academicamente e na prática assistencial, têm se dado conta disso.

Exatamente no ponto dessa indagação, permito-me fazer algumas breves considerações quanto aos artigos escritos (e os ainda não-escritos). Sendo assim, a tese, em sua forma bruta, mais consubstanciada de material empírico do que de análise, propriamente

dita, totalizou 250 páginas, na medida em que cada vez que lia um dos 113 artigos selecionados, de imediato escrevia o que de pertinente eu poderia explorar para as minhas discussões, o meu problema de pesquisa. Fischer (2005) nos fala de uma ‘leitura assinada’. Isso é, diante dos textos, das palavras de alguns autores, dizemos, escrevemos, pensamos sobre aquilo que nos faz vibrar, que nos encoraja a uma certa audácia de pensamento sobre o presente que vivemos. Mas,

A escrita será tanto mais marcada por vida e pulsação quanto mais puder dar conta, honestamente, de um mínimo de sólidas referências de herança intelectual, referências que aparecerão no texto como parte constitutiva de uma experiência intransferível do pesquisador com as figuras (autores e obras) que lhes povoaram e povoam a trajetória acadêmica, profissional e pessoal, que lhe conferiram e conferem inclusive um modo de pertencimento a uma época, a um dado ambiente intelectual. Tal experiência – com esses autores e obras – acontecerá no processo permanente ou de reinterpretação, ou de estabelecimento de relações desses com outros pensadores e conceitos, ou ainda de demonstração da riqueza ou da insuficiência de uma noção ou de um determinado caminho argumentativo. (FISCHER, 2005, p. 124).

Logo, escrever sobre iatrogenias na terapia intensiva mostrou-se providencial para o tipo de análise a que me propunha. O próprio título que dei ao artigo justifica, de uma certa maneira, a sua ordenação na tese. Assim, ele foi o primeiro, mas também, o que, talvez, mais trabalho tenha dado. Diante do material empírico ‘apropriado’ para versar sobre essa temática, a tensão era o modo de olhar para esse material. Refleti, repetidas vezes como, de posse daquele material empírico, manter-me-ia em um Foucault político, e, ao mesmo tempo, mobilizar-me-ia para averiguar um modo de conduta, um conjunto de valores, um conjunto de técnicas, um certo conjunto representativo de uma cultura de si. Esse foi, pois, o meu grande desafio na elaboração do artigo 1.

Os artigos 2 e 3 foram organizados em conjunto. A idéia era essa. De certa forma, acreditava que se os juntasse em um único capítulo na tese poderia, melhor, demonstrar a sua potencial relação paradoxal. Autonomia e responsabilidade no cuidar: de um lado, pude evidenciar algumas das possibilidades éticas do sujeito enfermeira/o, constituídas e desfeitas estrategicamente na contingência histórica; de outro lado, mapeei, literalmente, um dos desdobramentos estratégicos e tecnológicos do discurso da bio/ética articulado ao da tecnobiomedicina, gerando determinados modos de conceber e intervir do sujeito enfermeiro/a na UTI. Uma autonomia como prática de si; uma responsabilidade do cuidar que evidencia uma ‘sutileza’ na obrigação do dever ser, em um tempo de viver a enfermagem, também, como perita, conselheira, como autoridade patente, como diretor da consciência. Em

suma, ao invés de procurar um apagamento da relação paradoxal entre a responsabilidade e a autonomia dos profissionais enfermeiros/as, sinalizei as múltiplas combinações de graus de autonomia e de responsabilidade, nem sempre ideais, nem sempre caminhando no mesmo sentido. A idéia, no processo mesmo de feitura dos artigos, era de qualificar o paradoxo.

Como produtos em construção, ainda derivados do material empírico (tanto dos artigos como, principalmente das entrevistas) novas análises tratarão da temática da morte e seus desdobramentos a partir do discurso da distanásia, eutanásia, terminalidade, obstinação terapêutica. Nesta direção, entendo que tais discursos, fortemente tramados e advindos de um discurso bio/ético em sua articulação com a tecnobiomedicina, possibilitariam apreender outra das tensões no fazer/saber enfermagem. Detectado, nas entrevistas, um viés de argumentação que, poderia ser traduzido em: as/os enfermeiras/os são a ‘prova silenciosa’ do quanto a tecnologia pode prolongar a sobrevida do doente. Há uma tensão constante entre o processo de morte e morrer e os dilemas bio/éticos enfrentados pelos/as enfermeiros/as.

Outra temática nos reporta à ética do cuidado. Interessante, aí, seria indagar e responder: de que modo a denominada ética do cuidado vem se articulando a um discurso feminino e/ou feminista, ou tido como não-masculino? Como esta ética do cuidado, assim configurada, atrela-se a processos de constituição do sujeito enfermeira/o? Quando falamos de ética do cuidado, podemos nos reportar a uma ética do cuidado ou às éticas do cuidado? Interessa, pensarmos a questão de gênero em uma perspectiva pós-estruturalista para analisarmos ética do cuidado em um contexto de terapia intensiva?

Ainda, há um substantivo material que comportaria examinar mais longamente a questão da sustentabilidade de um discurso bio/ético na UTI. A propositiva, aqui, seria voltar-me para uma analítica dos discursos residuais, discursos hegemônicos e discursos emergentes. Talvez, para maior contextualização, eu necessitasse abranger alguns artigos da REBEn entre 1930 e 1994, buscando um viés mais histórico deste deslocamento discurso ético para bioética. Mesmo assim, o *corpus* documental e as entrevistas, viabilizam a legitimidade do discurso bioético na UTI.

Um último, e não menos importante assunto, apesar de que, talvez, não contemple os objetivos desta tese, seria a questão do imperativo da autonomia do paciente a partir de um discurso bio/ético. Penso que poder-se-ia tensionar a assertiva máxima de que deixamos de ‘SER’ quando nos tornamos pacientes graves e somos internados em UTI. Neste caso, o material empírico traz questões pertinentes atualmente e que tem mobilizado os profissionais de saúde, entre estes os/as enfermeiros/as intensivistas. Entre essas questões destaco: os direitos dos pacientes, a informação, a presença família, a dicotomia paternalismo/autonomia

indivíduo, as ‘necessidades’ dos pacientes, a dicotomia paciente/sujeito, o imperativo da tecnologia sobre os sujeitos doentes. Enfim, entendo que a partir da temática do imperativo da autonomia do paciente, analisaria mais uma das sujeições do presente.

Encaminho-me para o final desta escrita, praticamente já descolada dela. Nesse descolamento, dei-me conta de que, mesmo como enfermeira intensivista que aprende ‘muitas’ coisas no cotidiano, passei a visibilizar alguns modos de ser e de fazer, a partir da análise efetuada nesta tese. Isso me tensionou a tal ponto que, em alguns momentos, depois de detectado algo no *corpus* de análise, eu refletia que aquilo era ao mesmo tempo ‘flagrante’ e ‘sutil’ na prática assistencial. Por exemplo, ao analisar a conduta de guardião de certos atributos da UTI, lembrei-me da questão dos atuais protocolos e do controle das chaves na UTI. Um exemplo do que é flagrante como um atributo de guardião é o fato dos/as enfermeiros/as carregarem as chaves da UTI (chave dos medicamentos controlados, dos equipamentos, do almoxarifado, dos materiais que exigem uma guarda mais rigorosa, pois são muito onerosos, da caixinha da geladeira que contém medicamentos, entre várias outras chaves) como algo a ser protegido. Um exemplo mais sutil seriam os atuais protocolos implantados nas UTIs e que obtêm sucesso justamente pela/o enfermeira/o manter-se como guardião/ã. Nesse caso, o protocolo de inserção de cateter venoso central é emblemático. Nesse protocolo, a/o enfermeira/o preenche um *check-list* durante a efetivação do procedimento de instalação, realizado pelo médico. Ou seja, nesse momento, ela tanto sugere como supervisiona a lavagem das mãos, a colocação das luvas sem contaminar, a adequada desinfecção da pele previamente, a utilização da touca e do avental, entre outros que o médico precisaria fazer para resultar em um procedimento seguro ao paciente. Isso é feito a cada procedimento e ao final de seis meses. Os dados desse *check-list* são, estatisticamente, analisados, objetivando especificar o aumento ou a diminuição do número de infecções por cateteres venosos centrais. No primeiro ano de implantação desse protocolo, houve redução significativa desse tipo de infecção. Contudo, em um período de três meses, no qual as/os enfermeiras/os não conseguiram supervisionar todos os procedimentos em função de uma demanda nova na instalação de um programa de computador, houve um aumento das infecções por cateter venoso central. Indago: mesmo que demasiadamente justificada a importância da/o enfermeira/o a beira do leito na UTI, o médico, para efetuar uma prática segura, necessita da presença guardião dessa/e enfermeira/o? De que modo a conduta dos demais profissionais se articula nessa rede de relações? Bom, mas aí o assunto já é quase outro...

Finalizo retomando a resposta, com que abri a tese, à indagação da diretora Tetê

Moraes ao perguntar ao cantor e compositor Caetano Veloso se o sonho tinha acabado. Pois acredito, como Caetano Veloso, que o sonho “pode até ter acabado, mas isso não é necessariamente uma má notícia”. Logo, do sonho de um mundo em desenvolvimento pleno e contínuo, harmônico, com liberdade, restou-nos, inicialmente, um desapego, depois uma possibilidade, uma capacidade de duvidar dos ideais totalizantes, e aí sim, reportarmo-nos para modos de ser e de fazer cotidianamente desafiadores e criativos, porque instados na singularidade da vida.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S. S. **Juventudes e procesos de escolarização: uma abordagem cultural**. 2008. Tese (Doutorado em Educação) Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- ASNARIZ, T. De qué hablamos cuando hablamos de Bioética? **Revista Selecciones de Bioética**. Bogotá, Colombia, v. 1, p.36-57, abr. 2002.
- ASSMANN, S. J. Editorial. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 1, p. 11-2, jan-mar. 2005.
- BERLINGUER, G. **Ética da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- _____. **Bioética cotidiana**. Brasília: UNB, 2004.
- BLANCO, J. D. V. El origen de La bioética y su desarrollo. In: GARRIDO, G. M. T. (Org.) **Manual de bioética**. Barcelonal, 2006. p. 39-57.
- BLÁZQUEZ, N. **Bioética, La nueva ciência de La vida**. Madrid: BAC, 2000.
- BOEMER, M. R.; SAMPAIO, M. A. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 33-38, abr. 1997.
- CALLAHAN, D. Bioética (médica) como una disciplina. **Revista Selecciones de Bioética**. Bogotá, Colombia, v. 1, p. 58-68, abr. 2002.
- CALVO, J. W. Bioética y enfermería. In: VIEJA, M. T. L. (Org.) **Bioética entre la medicina y la ética**. Salamanca: Universidad de Salamanca, 2005. p. 115-132.
- CAPONI, S. N. C. Lo bueno y lo correcto: una encrucijada en la ética contemporânea. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 48-60. jul-dez. 1995.
- CHEEK, J. **Postmodern and poststructural approaches to nursing research**. London: Sage, 2000.
- CLAVEL, J. M. S. J. **Bioética y antropología**. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 1998. p. 21-2.
- COHEN, C. Como ensinar a bioética. **O mundo da saúde**, v. 29, n. 3, p. 438-443, jul./set. 2005.
- CORTINA, A. Existe uma bioética latina? In: VIEJA, M. T. L (Org.) **Bioética entre la medicina y la ética**. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 2005. p. 149-60.
- COSTA, M. V. Uma agenda para jovens pesquisadores. In: _____. (Org.). **Caminhos investigativos II**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 143-56.
- CULLER, J. **Sobre a desconstrução**. Teoria e crítica do pós-estruturalismo. RJ: Rosa dos

Ventos, 1997.

DRANE, JE. Presente y futuro de la Bioética. **Revista Selecciones de Bioética**. Bogotá, Colômbia, v. 1, p. 69-85, abr. 2002.

DRANE, J.E.; PESSINI, L. **Bioética, medicina e tecnologia**. Desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2005.

DURAND, G. **Introdução geral à bioética**. História, conceitos e instrumentos. São Paulo, São Camilo/ Loyola, 2003.

ENGELHARDT JR, H.T. Christian Bioethics in a Post-Christian age. **O mundo da saúde**, v. 30, n. 3, p. 491-500, jul./set. 2006.

ESCOBAR, A.L. S. J. Apuntes para una historia de la Bioética. **Revista Selecciones de Bioética**. Bogotá, Colômbia, v. 1, p. 8-21, abr. 2002.

FISCHER, R. M. B. A paixão de “trabalhar com” Foucault. In: COSTA, M. V. (Org.) **Caminhos investigativos: novos olhares na pesquisa em investigação**. Porto Alegre: Mediação, 1996. p. 37-60.

_____. Escrita acadêmica: arte de ensinar o que se lê. In: COSTA, M. V.; BUJES, M. I. E. (Orgs.) **Caminhos investigativos III**. Riscos e possibilidades de pesquisar nas fronteiras. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

_____. **Televisão e educação: fruir e pensar em TV**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 2**. O uso dos prazeres. Trad. De Maria Thereza da Costa Albuquerque. 8 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998.

_____. O que são as luzes? In: _____. **Ditos e escritos II** Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2000. p. 335-51.

_____. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: _____. **Ditos e escritos**. v. V. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2006a. p.264-87.

GARRAFA, V. Bioética e manipulação da vida. In: NOVAES, A. (Org.) **O homem-máquina**. A ciência manipula o corpo. São Paulo: Companhia das Letras, 2003. p. 213-225.

GAYON, J. La bioética en la educación médica. El punto de vista de un filósofo. **Revista Selecciones de Bioética**. Bogotá, Colômbia, v.1, p. 140-6, abr. 2002.

GÓMEZ-HERAS, J. M. G. Em torno al estatuto científico-metodológico de la bioética. In: VIEJA, M. T. L. (Org.) **Bioética entre la medicina y la ética**. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 2005. p. 17-39.

GRACIA, D. **Fundamentos de bioética**. Madrid: Eudema Universidad, 1989.

- HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 1998.
- HERMANN, N. **Ética e estética**: a relação quase esquecida. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.
- LATOUR, B.; WOOLGAR, S. **A vida de laboratório**: a produção dos fatos científicos. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.
- MACHADO, R. Introdução. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 7 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- MALIANDI, R. **Ética**: dilemas y convergencias: cuestiones éticas de la identidad, la globalización y la tecnología. Buenos Aires: Biblos-Universidad Nacional de Lanús, 2006.
- MEYER, D. E. E.; SOARES, R.F. Modos de ver e de se movimentar pelos “caminhos” da pesquisa pós-estruturalista em Educação: o que podemos aprender com – e a partir de – um filme. In: COSTA, M. V.; BUJES, M. I. E. **Caminhos investigativos III**. Riscos e possibilidades de pesquisar nas fronteiras. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. p.23-44.
- NAHARRO, M. L. A. N. **Propuesta ética para bioética desde una fundamentación iusnaturalista**. Madrid: Fundación Universitaria Española, 2005.
- NEVÈS, M. C. P. Fundamentación antropológica de la Bioética: expresión de un nuevo humanismo contemporáneo. **Revista Selecciones de Bioética**. Bogotá, Colombia, v. 1, p. 107-120, abr. 2002.
- PADILHA, M. I. C. S.; RAMOS, F. R. S.; BORENSTEIN, M. S. et al. A responsabilidade do pesquisador ou sobre o que dizemos acerca da ética em pesquisa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 96-105, jan-mar. 2005.
- PEGORARO, O. A. O lugar da bioética na história da ética. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 368-74, jul. set. 2005.
- PERALES, E. B. La necesaria ramificación de la bioética. In: VIEJA, M. T. L. (Org.) **Bioética entre la medicina y la ética**. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 2005. p. 61-82.
- PESSINI, L; HOSSNE, W. S; ZAHER, V. L. Bioética: intuições primeiras, fundamentos e experiências educacionais brasileiras. Editorial. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 293-6, jul. set. 2005.
- PETERS, M. **Pós-estruturalismo e filosofia da diferença**. Tradução por T. T. Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.
- POLAINO-LORENTE, A. **Manual de bioética general**. 4. ed. Madrid: Rialp, 2000.
- RAMOS, F. R. S. **O discurso da bioética na formação do sujeito trabalhador de saúde**. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PRAXIS/UFSC, 2002. Projeto de pesquisa (apoiado pelo CNPq).
- _____. **Trabalho e educação** – ética/bioética na experiência de si do trabalhador da saúde.

Lisboa (PT), 2006. 112 f. Pós-doutorado em Ciências da Educação – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, 2006.

RAMOS DO Ó, J. **O governo dos escolares**. Uma aproximação teórica às perspectivas de Michel Foucault. Lisboa: Cadernos Prestige 4, 2001.

ROSE, N. Inventando nossos eus. In: SILVA, T. T. (Org.) **Nunca fomos humanos: nos rastros do sujeito**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 137-204.

ROY, D. J. La biomédecine au jourd'hui et l'homme de demain. Point de départ ET direction de La bioéthique. **Le supplément**, n. 128, p. 59-75, 1979.

ROY, D. J. *et al.* **La bioéthique Sés fondements et sés controverses**. Bruxelas/Montreal: De Boeck/ERPI, 1995.

SANTIAGO, M. M. A.; PALÁCIOS, M. Temas éticos e bioéticos que inquietaram a Enfermagem: publicações da REBEn de 1970-2000. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n. 3, p.349-53, mai-jun. 2006.

SCHRAMM, F. R. A dimensão ética do trabalho em saúde. In: MELO, J. A. C. (Org.). **Educação: razão e paixão**. Rio de Janeiro: ENSP, 1993. p. 57.

SIBILIA, P. **O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

SIMINO, G. P. R.; BOEMER, M. R. Enfoque bioético na produção científica dos enfermeiros: caracterização e análise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 1, p. 40-3, jan/fev. 2004.

SILVA, A. L.; RAMOS, F. R. S. As linhas epistemológicas do conhecimento científico. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 11, 2001, Belém. **Anais...** Belém: ABEn/PA, 2001.

SILVA, T. T. **Documentos de identidade**. Uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

SOMMER, L. H. Tomando palavras como lentes. In: COSTA, M. V.; BUJES, M. I. E. (Orgs.) **Caminhos investigativos III**. Riscos e possibilidades de pesquisar nas fronteiras. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. p.69-84.

VARGAS, M. A. O. **Corpux ex machina: a ciborguização da enfermeira no contexto da terapia intensiva**. 2002. Dissertação (Mestrado em Educação) Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

_____. Novas tecnologias, doação de órgãos e bioética. In: MANCIA, JR; VARGAS, MAO (Orgs.) **Livro-Temas da 66ª Semana Brasileira de Enfermagem**. A bioética e os modos de ser da enfermagem. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2005. p. 83-96.

VARGAS, M. A. O.; MEYER, D. E. E. Re-significações de vida e de morte: delimitando modos de educar. **Educação & Realidade**. Saber e poder: problematizações contemporâneas. Porto Alegre, v. 28, n. 1, jan-jun. 2003a.

_____. A textualização de corpos doentes através de imagens: uma das lições da UTI contemporânea. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 56, n. 2, p. 169-74, mar-abr. 2003b.

_____. Re-significações do humano no contexto da 'ciborguização': um olhar sobre as relações humano-máquina na terapia intensiva. **Rev Escola Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 211-9. 2005.

_____. Corpus ex machina: contatos imediatos porque mediados. In: COUTO, E. S.; GOELLNER, S. V. (Orgs.) **Corpos mutantes: ensaios sobre novas (d)eficiências corporais**. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p. 123-42.

VARGAS, M. A. O; RAMOS, F. R. S. A morte cerebral como o presente para a vida: explorando práticas culturais contemporâneas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 137-45, jan-mar. 2006.

_____. Tecnobiomedicina: implicações naquilo e daquilo que a enfermagem faz em terapia intensiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.17, p. 168-176. 2008.

VEIGA-NETO, A. **Governo ou governamento?** Disponível em <http://www.ufrgs.br/faced/alfredo> Acesso em 15 out. 2005.

_____. Dominação, violência, poder e educação escolar em tempos de Império. In: RAGO, M.; VEIGA-NETO, A. **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p.13-38.

ZERO HORA. **Contracapa**. Porto Alegre, ano 41, n. 14.281, 08 abr 2004. Segundo Caderno, p. 12.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 1, p. 21-7. 2004.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SARTÓRIO, N. A. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. **O Mundo da Saúde**, v. 30, n. 3, p. 382-97. jul./set. 2006.

ANEXOS

ANEXO 1 – ARTIGOS SELECIONADOS COMO *CORPUS* DE ANÁLISE

RAP – REVISTA ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM 1988-2006
1 GELAIN I. O significado do “êthos” e da consciencia ética do enfermeiro em suas relações de trabalho. Acta Paul Enferm, São Paulo 1992 jan-dez; 5(1-4): 14-25. Unitermos: “êthos”; consciencia ética; valores.
2 SILVA MAPD, SILVA EM. A “qualidade total” e a ética: relações concretas e imaginárias. Acta Paul Enferm, São Paulo, 1999 set-dez; 12(3): 59-63. Unitermos: ética; qualidade total; valores sociais.
3 MOREIRA RM, PADILHA KG. Ocorrências iatrogênicas com pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. Acta Paul Enferm, São Paulo, 2001 maio-ago; 14(2): 9-18. Descritores: incidente crítico; respiração artificial; unidade de terapia intensiva; enfermagem.
4 CAMARGO MNV, PADILHA KG. Ocorrências iatrogênicas com medicação em unidades de terapia intensiva. Acta Paul Enferm, São Paulo, 2003 out-dez; 16(4): 69-76. Descritores: técnica do incidente crítico; unidade de terapia intensiva; enfermagem; administração de medicamentos.
5 TOFFOLETTO MC, ZANEI SSV, HORA EC, NOGUEIRA GP, MIYADAHIRA AMK, KIMURA M, PADILHA KG. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas unidades de terapia intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. Acta Paul Enferm, São Paulo, 2005 jul-set; 18(3): 307-12. Descritores: cuidados intensivos; unidades de terapia intensiva; enfermagem; bioética; ética.
6 FREITAS GFF, OGUISSO T, MERIGHI MAB. Motivações do agir de enfermeiros nas ocorrências éticas de enfermagem. Acta Paul Enferm, São Paulo 2006 jan-mar; 19(1): 76-81. Descritores: ética de enfermagem; motivação; valores sociais.
7 GUTIERREZ BAO, CIAMPONE MHT. Profissionais de enfermagem frente ao proceso de morte em unidades de terapia intensiva. Acta Paul Enferm, São Paulo, 2006 out-dez; 19(4): 456-61. Descritores: morte; atitude frente a morte; adaptação psicológica; unidades de terapia intensiva; equipe de enfermagem.

RBE – REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM 1984-2006
1 PULLEN, BERTHA L. Obrigações da enfermeira no presente e no futuro. Editorial. Anais de Enfermagem 1935 Maio; volume III(7): página.
2 PULLEN BL. Obrigações legais da enfermeira em relação ao médico e ao doente. Editorial. Anais de Enfermagem 1938 Março; Ano V(12): 4-8.
3 ANDRADE, MARINA. Código internacional de ética da enfermagem. Editorial. 1953 Setembro; IV(3): página
4 Legislação de enfermagem. Editorial. 1954 Junho; Ano V(2): página
5 DOURADO, HAYDÉE G. O novo papel do enfermeiro. Editorial. 1979 Outubro-Dezembro; XXXII(4): 357-8.
6 DOURADO HG. O código bem recebido. Editorial. Rev. Bras. Enferm., Brasília 1980 jan./mar.; 33(1): 1-2.
7 DOURADO HG. Enfermagem e valores éticos: título de doutor honoris causa. Editorial. Rev. Bras. Enferm., Brasília 1983 jan./mar.; 36(1): página
8 OGUISSO T. A responsabilidade legal do enfermeiro. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília 1985 Abr-Mar-Jun; 38(2): 185-90.
9 ESPÍRITO SANTO TJM. Segurança emocional como necessidade humana básica – atuação do enfermeiro junto ao cliente em unidade de terapia intensiva. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília 1985 Julho-Dezembro; 38(3 e 4):231-37.
10 NORONHA DCU, SÁ AC, ASSINI EF, ALMEIDA MC, BRANCO C. Implicações éticas na assistência de enfermagem do paciente crítico. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília 1985 Julho-Dezembro; 38(3 e 4): 349-54.
11 PINHEIRO MRS. A lei n° 7.498/86. Editorial. Rev. Bras. Enferm, Brasília 1986 abr./set.; 39(2 e

3): página
12 OLIVEIRA MIR. Ética e legislação na enfermagem – comentários gerais. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília 1986 Jan-Fev-Mar; 39(1): 67-70.
13 LORENZETTI J. A “nova” lei do exercício profissional da enfermagem: uma análise crítica. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília 1987 Abril-Setembro; 40(2 e 3): 167-76.
14 GASTALDO DM, MEYER DE. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília 1989 Janeiro-Dezembro; 42(1, 2, 3, 4): 7-13.
15 PASSOS ES. Tendências da ética profissional na modernidade. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília 1993 Janeiro-Março; 46(1): 56-62.
16 HOLANDA VMC, NERY FL, AZEVEDO MB, MENDES TCB. Estudo dos aspectos éticos dos transplantes na América Latina. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília 1994 Abril-Junho 47(2): 183-94. Unitermos: ética; transplantes; legislação da América Latina.
17 PASSOS ES. A ética na enfermagem. Rev. Bras. Enferm., Brasília 1995 Janeiro-Março; 48(1): 85-92. Unitermos: ética de enfermagem; valores sociais; princípios morais; legislação de enfermagem.
18 SILVA MTN. Editorial. A enfermagem e a ética na modernidade. Rev. Bras. Enferm., Brasília 1996 Jan./Mar.; 49(1): 5-6.
19 KREISCHER ED; ALONSO PAP, SALLES PM, RAMOS RS. O direito do paciente segundo o posicionamento de médicos e enfermeiros – pesquisa exploratória. Rev. Bras. Enferm., Brasília 1996 Out./Dez.; 49(4): 625-38.
20 GERMANO RM, BRITO RS, TEODÓSIO SS. O comportamento ético dos enfermeiros dos hospitais universitários. Rev. Bras. Enferm., Brasília 1998 jul-set; 51(3): 369-78. Palavras-chave: ética; ensino; conduta ética da enfermagem.
21 MARTINS MAF, GUERRA DR, GUEDES MVC. Libertas que serás enfermagem. Rev. Bras. Enferm., Brasília 1998 jul-set; 51(4): 511-22. Palavras-chave: enfermagem; liberdade; autonomia; prática profissional.
22 LUNARDI VL. Bioética aplica à assistência de enfermagem. Rev. Bras. Enferm., Brasília 1998 out-dez; 51(4): 655-64. Palavras-chave: governabilidade; bioética; conflito ético; transplante.
23 MANCIA JR. Editorial. Rev. Bras. Enferm., Brasília 1999 out-dez; 52(4): 493.
24 MENDES IAC, TREVIZAN MA, FERRAZ CA, HAYASHIDA M. Liderança da enfermeira na perspectiva da ética pós-moderna. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2000 Jul./Set.; 53(3): 410-4. Palavras-chave: liderança; ética; conhecimento; estética; cultura organizacional.
25 OLIVEIRA MLC, GUILHEM D. O agir ético na prática profissional cotidiana das enfermeiras. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2001 jan-mar; 54(1): 63-73. Palavras-chaves: ética; ética e enfermagem; prática profissional; moralidades.
26 BENEN RL, SANTOS LR, LUNARDI VL. O trabalho da enfermagem hospitalar: o cuidado de si e o cuidado do outro. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2001 jan-mar; 54(1): 108-18. Palavras-chave: trabalho de si; cuidado de si; ética na enfermagem.
27 OGUISSO T. História da legislação do exercício da enfermagem no Brasil. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2001 Abr./Jun.; 54(2): 197-207. Palavras-chave: legislação em enfermagem; exercício profissional da enfermagem; história da legislação em enfermagem; ABEn.
28 SOARES NV, LUNARDI VL. Os direitos do cliente como uma questão ética. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2002 Jan./Fev.; 55(1): 64-9. Palavras-chave: pesquisa em enfermagem; filosofia e enfermagem.
29 LUNARDI VL, PETER E, GASTALDO D. Enfermeiras submissas são éticas? Refletindo sobre anorexia de poder. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2002 mar-abr; 55(2): 183-8. Palavras-chave: enfermagem; ética; cuidado; poder; governabilidade; ética feminina.
30 MEYER DEE. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiras/os? Rev. Bras. Enferm., Brasília 2002 Jan./Fev.; 55(2): 189-95.
31 ALMEIDA KC, TIPPLE AFV, BACHION MM, LEITE GR, MEDEIROS M. Doação de órgãos e bioética: construindo uma interface. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2003 Jan./Fev.; 56(1): 18-23. Descritores: bioética; estudantes de enfermagem; transplantes.
32 FREITAS GF, OGUISSO T. Ocorrências éticas na enfermagem. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2003 Nov./Dez.; 56(6): 637-9. Descritores: ética de enfermagem; negligencia; imprudencia e impericia.
33 NUNES CRR, NUNES AP. Bioética. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2004 Set./Out; 57(5): 615-6.

Descritores: bioética; ética.
34 PUGGINA ACG, SILVA MJP. A alteridade nas relações de enfermagem. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2005 set-out; 58(5): 573-9. Descritores: enfermagem; relações interpessoais; ética de enfermagem; comunicação.
35 PUPILIM JSL, SAWADA NO. Exposição corporal do cliente durante a avaliação física em unidade de terapia intensiva. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2005 set-out; 58(5): 580-5. Descritores: exame físico; assistência ao paciente; privacidade; identidade de gênero; unidades de terapia intensiva.
36 SOUZA LB, SOUZA LEEM, SOUZA AMA. A ética no cuidado durante o processo de morrer: relato de experiência. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2005 nov-dez; 58(6): 730-4. Descritores: cuidados de enfermagem; ética; doente terminal.
37 BUENO FMG, QUEIROZ MS. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2006 Mar-Abr; 59(2): 222-7. Descritores: enfermagem prática; procesos de enfermagem; prática profissional; autonomia profissional.
38 ANDRADE AC. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2007 jan-fev; 60(16): 96-8. Descritores: enfermagem; história da enfermagem; processo de enfermagem.

REE – REVISTA ESCOLA DE ENFERMAGEM USP 1984-2006
1 PADILHA KG. Iatrogenia em enfermagem na unidade de terapia intensiva: análise multidimensional do problema. Nota prévia. Rev esc Enferm USP 1988 abr; 22(1): 141-3.
2 KIMURA M. Problemas dos pacientes de unidade de terapia intensiva: estudo comparativo entre pacientes e enfermeiros. Rev Esc Enferm USP 1988 ago; 22(2): 169-79. Unitermos: unidade de terapia intensiva; paciente hospitalizado; problemas do paciente.
3 CIANCIARULLO TI. Autonomia profissional do enfermeiro no atendimento das necessidades humanas básicas. Rev Esc Enferm USP 1988 Junho; 22(número especial): 43-6.
4 CORRÊA AK. O paciente em centro de terapia intensiva: reflexão bioética. Rev Esc Enferm USP 1998 dez; 32(4): 297-301. Unitermos: bioética; centro de terapia intensiva.
5 OLIVEIRA AC, FORTES PAC. O direito à informação e a manifestação da autonomia de idosos hospitalizados. Rev Esc Enferm USP 1999 mar; 33(1): 59-65. Unitermos: idoso; direitos do paciente.
6 OGUISSO T, SCHMIDT MJ. Sobre a elaboração das normas jurídicas. Rev Esc Enferm USP 1999 jun; 33(2): 175-85. Unitermos: legislação de enfermagem.
7 DALRI MB, ROSSI LA, CARVALHO EC. Aspectos éticos e legais das anotações de enfermagem nos procedimentos de doação de órgãos para transplantes. Rev Esc Enferm USP 1999 set; 33(3):221-30. Unitermos: registros de enfermagem; ética; doadores de órgãos.
8 SADALA MLA. A alteridade: o outro como critério. Rev Esc Enferm USP 1999 dez; 33(4): 355-7. Unitermos: bioética; assistência à saúde.
9 SILVA SC, PADILHA KG. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. Rev Esc Enferm USP 2001 35(4): 360-5. Palavras-chave: unidade de terapia intensiva; parada cardiorespiratória.
10 PADILHA KG, KITAHARA PH, GONÇALVES CCS, SANCHES ALC. Ocorrências iatrogênicas com medicação em unidade de terapia intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. Rev Esc Enferm USP 2002 36(1):50-7. Palavras-chave: doença iatrogênica; erros de medicação; enfermagem; unidades de terapia intensiva.
11 ZOBOLI ELCP. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. Rev Esc Enferm USP 2004 38(1): 21-7. Palabras-chave: bioética; ética; ética de enfermagem; história.
12 BOEMER MR. A investigação qualitativa: zelo pelo rigor e pela ética. Editorial. Rev Esc Enferm USP 2006 40(2): página
13 EGRY EY, FONSECA RMGS. Pesquisa em enfermagem: por uma pedagogia da ética. Editorial. Rev Esc Enferm USP 2006 40(3): página

RLA – REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM 1993-2006
1 LEOPARDI MT. Editorial. Rev Latino-am Enfermagem 1997 Abril; 5(2):1
2 BOEMER MR, SAMPAIO MA. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. Rev Latino-

am Enfermagem 1997 abril; 5(2): 33-38. Unitermos: bioética; exercício da enfermagem.
3 LIMA EDRP, MAGALHÕES MBB, NAKAMAE DD. Aspectos éticos-legais da retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano. Rev latino-am Enfermagem 1997 Outubro; 5(4):5-12. Unitermos: bioética; ética; transplante.
4 MENDES HWB, CALDAS JR.,AL. Infrações éticas envolvendo pessoal de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 1999 Dezembro; 7(5): 5-13. Unitermos: enfermagem; ética.
5 MENDES, IAC. O talento humano ao encontro da qualidade e da ética do cuidado. Editorial. Rev Latino-am Enfermagem 2000 Dezembro; 8(6):1.
6 COIMBRA JAH, CASSIANI SHB. Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. Rev Latino-am Enfermagem 2001 Março; 9(2): 56-60. Unitermos: responsabilidade profissional; medicamentos.
7 TREVIZAN MA, MENDES IAC, LOURENÇO MR, SHINYASSHIKI GT. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. Rev latino-am Enfermagem 2002 Janeiro-Fevereiro; 10(1):85-9. Descritores: ética; enfermagem; administração; gerenciamento; direitos do paciente.
8 MARZIALE MHP, MENDES IAC. A divulgação de pesquisas com seres humanos nos periódicos de enfermagem: questões éticas. Editorial Rev Latino-am Enfermagem 2002 Março-Abril; 10(2): 125.
9 BASTOS MAR. O saber e a tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensivo. Rev Latino-am Enfermagem 2002 Março-Abril; 10(2): 131-6. Descritores: cultura organizacional; unidades de terapia intensiva; enfermagem.
10 PUPULIM JSL, SAWADA NO. El cuidado de enfermería y la invasión de la privacidad del enfermo: una cuestión ético-moral. Rev Latino-am Enfermagem 2002 Maio-Junho; 10(3): 433-8. Descritores: privacidad; cuidados de enfermería; ética de enfermería.
11 TREVIZAN MA, MENDES IAC, LOURENÇO MR, MELO MRAC. A busca da competência do cuidado segundo Boff: uma nova perspectiva de conduta ética da enfermeira gerente. Rev latino-am Enfermagem 2003 Setembro-Outubro; 11(5): 652-7. Descritores: cuidado; enfermagem; gerencia; ética; altruísmo.
12 SANTOS DV, MASSAROLLO MCKB. Posicionamento dos enfermeiros relativo à revelação de prognóstico fora de possibilidade terapêutica: uma questão bioética. Rev Latino-am Enfermagem 2004 Setembro-Outubro; 12(5): 790-6. Descritores: bioética; enfermagem; prognóstico.
13 LUNARDI VL, LUNARDI FILHO WD, SILVEIRA RS, SOARES NV, LIPINSKI JM. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. Rev Latino-am Enfermagem 2004 Novembro-Dezembro; 12(6): 933-9. Descritores: Enfermagem; poder (psicología); ética; autonomía pessoal.
14 PUPULIM JSL, SAWADA NO. Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras. Rev Latino-am Enfermagem 2005 Maio-Junho; 13(3): 388-96. Descritores: privacidade; cuidados de enfermagem; necessidades básicas; unidades de terapia intensiva.
15 BACKES DS, LUNARDI VL, LUNARDI FILHO WD. A humanização hospitalar como expressão da ética. Rev Latino-am Enfermagem 2006 Jan-Fev; 14(1): 132-5. Descritores: ética; equipe de assistência ao paciente.
16 FREITAS GF, OGUISSO T, MERIGHI MAB. Ocorrências éticas de enfermagem: cotidiano de enfermeiros gerentes e membros da comissão de ética de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2006 Julho-Agosto; 14(4): 497-502. Descritores: ética de enfermagem; organização e administração; educação em enfermagem; ética.

RTC – REVISTA TEXTO & CONTEXTO 1992-2007
1 SAUPE R. A ética no mundo que vivemos. Editorial. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 1995 jul-dez; 4(2): 7-8.
2 GELAIN I. A ética na enfermagem: sua história e suas perspectivas. Texto Contexto Enferm, Florianópolis 1995 jul-dez; 4(2): 9-17.
3 BARROSO MGT. Enfermagem ética – projeção para o ano 2000. Texto Contexto Enferm, Florianópolis 1995 jul-dez; 4(2): 18-22. Unitermos: ética; enfermagem; projeção.
4 CAPONI SNC. Lo bueno y lo correcto: una encrucijada en la ética contemporánea. Texto Contexto

Enferm, Florianópolis 1995 jul-dez; 4(2): 48-60. Unitermos: ética contemporânea; ética.
5 RAMOS FRs, MARTINS CR. Ética e cotidiano: uma motivação para o debate em saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis 1995 jul-dez; 4(2): 60-72. Unitermos: ética; trabalho; saúde.
6 LUNARDI VL. Uma crítica da moral da obediência para a busca de uma moral autônoma da enfermeira. Texto Contexto Enferm, Florianópolis 1995 jul-dez; 4(2): 73-92. Unitermos: enfermagem; ética; moral; autonomia profissional.
7 SCHMID W. Foucault, Michel: da ética como estética da existência. Texto Contexto, Florianópolis 1995 jul-dez; 4(2): 93-102.
8 LUNARDI VL. Ampliando a compreensão do conceito de autonomia. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 1997 set-dez; 6(3): 304-13. Unitermos: autonomia; liberdade; ética.
9 FIGUEROA AA. Tecnología y bioética en enfermería: un desafío permanente. Texto Contexto Enferm, Florianópolis 2000 9(1): 9-24. Palabras clave: tecnología y docencia en enfermería; tecnología e innovación; tecnología y bioética.
10 LUNARDI VL. O Dilema ético frente à necessidade de revelação do diagnóstico de infecção hospitalar. Texto Contexto Enferm 2000 maio-agosto; 9(2): ver esta revista na UFSC tem outros artigos nesta
11 LUNARDI VL, LUNARDI FILHO WD. A ética feminista como um instrumental teórico para a ética na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis 2003 jul-set; 12(3): 383-6. Palavras-chave: feminismo-ética; ética de enfermagem; enfermagem prática.
12 ASSMANN SJ. Editorial. Texto Contexto Enferm 2005 jan-mar; 14(1): 11-2.
13 WENDHAUSEN ALP, RIVERA S. O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2005 jan-mar; 14(1): 111-9. Palabras-chave: ética; filosofia em enfermagem; recursos humanos de enfermagem.
14 TEIXEIRA ER. O ético e o estético nas relações de cuidado em enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2005 jan-mar; 14(1): 89-95. Palabras-chave: ética; estética; cuidados de enfermagem.
15 VERDI M, CAPONI S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2005 jan-mar; 14(1): 82-8. Palabras-chave: promoção da saúde; bioética; estilo de vida.
16 BUB MBC. Ética e prática profissional em saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2005 jan-mar; 14(1): 65-74. Palabras-chave: ética; prática profissional; saúde.
17 CHAVES PL, COSTA VT, LUNARDI VL. A enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2005 jan-mar; 14(1): 38-43. Palabras-chave: ética de enfermagem; direitos do paciente; cuidados de enfermagem.
18 VARGAS MA, RAMOS FRs. A morte cerebral como o presente para a vida: explorando práticas culturais contemporâneas. Texto Contexto Enferm, Florianópolis 2006 jan-mar; 15(1): 137-45. Palabras-chave: morte cerebral; cultura; bioética; enfermagem.
19 NELSON S. Conhecimento incorporado? A constituição da expertise como prática moral na enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis 2007 jan-mar; 16(1): 136-41. Palabras-chave: ética; prática profissional; moral; enfermagem.

RMS – REVISTA O MUNDO DA SAÚDE 1984-2006

1 BOLECH P; HUBER H. Do “jogo das máscaras” à comunicação interpessoal. O mundo da Saúde 1984 8 (I trimestre): 10-3.
2 LEPARGNEUR H. A complementariedade das funções do médico e da enfermeira. Revista Hosp. Adm. Saúde 1990 out./dez.: 14(4): 180-3.
3 BARCHIFONTAINE CP. Enfermagem para o século XXI. O Mundo da Saúde 1996 maio; 20(4): 130-1.
4 FÁVERO N, TREVISAN MA, MACEDO JL, REIS JN, ANTUNES AV. Estudo da liderança do enfermeiro-chefe segundo os referenciais teóricos de Likert e Blake & Mouton. O Mundo da Saúde 1997 Mai./Jun.; 21(3): 160-5.
5 ZOBOLI ELCP. “Êthos” e deontologia do enfermeiro. O Mundo da Saúde – São Paulo 1998 jan./fev.; 22(1): 38-43. Unitermos: deontologia, enfermagem, enfermagem-ética profissional,

bioética.
6 SILVA MAPD. O cuidar do paciente terminal – questões éticas. O Mundo da saúde 2000 jul./ago.; 24(4): 272-7. Unitermos: cuidados a doentes terminais; ética médica.
7 BARALDI S, SILVA MJP. Reflexões sobre a influência da estrutura social no proceso da morte. O Mundo da Saúde 2002 jan./mar.; 26(1): 174-7. Unitermos: morte; aspectos sociais; comunicação em enfermagem.
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. O Mundo da Saúde 2002 jan./mar.; 26(1): 167-73. Unitermos: transplante de órgãos; legislação; bioética.
9 SELLI L. Princípios bioéticos: análise das representações dos profissionais de enfermagem. O Mundo da Saúde 2002 jan./mar.; 26(1): 134-42. Unitermos: bioética; ética em enfermagem.
10 VITA WLS, BOEMER T, BOEMER MR. A questão dos transplantes e suas interfaces. O Mundo da Saúde 2002 jan./mar.; 26(1): 158-66. Unitermos: transplante de órgãos; bioética.
11 ZOBOLI ELCP, MASSAROLLO MCKB. Bioética e consentimento: uma reflexão para a prática da enfermagem. O Mundo da Saúde 2002 jan./mar.; 26(1): 65-70. Unitermos: bioética; consentimento informado; ética em enfermagem.
12 LAPERUTA V. Ser ou não ser: esta é a nossa questão. O Mundo da Saúde 2003 abr./jun.; 27(2): 301-3. Descritores: ética; enfermagem.
13 RODRIGUES IG, ZAGO MMF. Enfermagem em cuidados paliativos. O Mundo da Saúde 2003 jan./mar.; 27(1): 89-92. Descritores: cuidados a doentes terminais; enfermagem-métodos; cuidados paliativos.
14 SILVA MJP. Comunicação com paciente fora das possibilidades terapêuticas: reflexões. O Mundo da Saúde 2003 jan./mar.; 27(1): 64-70. Descritores: cuidados a doentes terminais; comunicação não-verbal; cuidados paliativos.
15 LEITÃO IMTA, ARRUDA RB. Clima organizacional: novos rumos no perfil do enfermeiro e desafios a assistência de enfermagem. O Mundo da Saúde 2004 abr./jun.; 28(2): 151-9. Descritores: enfermagem; liderança; assistência de enfermagem; clima organizacional.
16 ZOBOLI ELCP, FORTES PAC. Novas pontes para a bioética: do individual ao coletivo, da alta especialização à atenção básica. O Mundo da Saúde 2004 jan./mar.; 28(1): 28-33. Unitermos: bioética; saúde pública.
17 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. O Mundo da Saúde 2006 jul./set.; 30(3): 409-16. Descritores: Humanização da assistência; Obtenção de Tecidos e Órgãos; Bioética.
18 SPIRI WC; BERTI HW; PEREIRA MLD. Os princípios bioéticos e os direitos dos usuários de serviços de saúde. O Mundo da Saúde 2006 jul./set.; 30(3): 448-54. Descritores: Bioética; Enfermagem; Direito dos usuários de saúde.
19 ZOBOLI ELCP; SARTÓRIO NA. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. O Mundo da Saúde 2006 jul./set.; 30(3): 382-97. Descritores: Bioética; Relações profissional-paciente; Ética de enfermagem.
20 SILVA, MF; FERNANDES, MFP. A ética ante o gerenciamento de enfermagem em cuidado paliativo. O Mundo da Saúde 2006 abr./jun.; 30 (2): 318-325. Descritores: Ética; Cuidados Paliativos; Gerenciamento em Enfermagem.

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (048) 3721 9787 - e-mail: nr@nr.usfc.br



TERMO DE CONSENTIMENTO

O projeto de pesquisa intitulado: **Bioética em discurso – efeitos sobre os processos de constituição do sujeito enfermeira na terapia intensiva** é desenvolvido pela pesquisadora Prof. Dda. **Mara Ambrosina de Oliveira Vargas** (RG nº: 7012014663 - SSP/RS - CPF nº: 335.006.220-20). Trata-se de pesquisa aprovada no Colegiado de Departamento de Enfermagem e submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. **É desenvolvida com o apoio/financiamento do CNPq.**

O projeto de pesquisa tem como **objetivos principais**:

* Analisar a constituição histórica do discurso da bioética em sua articulação com o discurso da tecnobiomedicina e o modo como os desdobramentos estratégicos e tecnológicos deste discurso penetram no processo de produção dos sujeitos, no contexto da terapia intensiva, e geram determinados modos de conceber e intervir destes sujeitos.

* Conhecer as tensões no fazer/saber enfermagem que podem ser discursivamente articuladas à bioética, ou problematizadas a partir da emergência deste discurso.

Os **procedimentos** que serão usados serão:

* **Entrevista:** deverá envolver enfermeiros inseridos no contexto da terapia intensiva, os quais serão convidados a participar do estudo e que manifestarem seu aceite por meio de termos de consentimento livre e esclarecido. Serão abordados da seguinte maneira: - 1) Descreva um dia de trabalho na unidade de terapia intensiva, no qual tenha acontecido situações positivas; 2) Agora descreva um dia de trabalho na unidade de terapia intensiva, no qual tenha acontecido uma ou mais situação percebida como ruim.

* **Análise documental:** neste projeto a análise documental também é *corpus* de análise. Para tanto, serão selecionados artigos publicados pela enfermagem, no período de 1984-2006: nos principais periódicos nacionais de enfermagem, e nas revistas O Mundo da Saúde e Revista Brasileira de Bioética, por sua grande repercussão, no meio acadêmico, de suas publicações acerca da bioética. Busca-se evidenciar os elementos constitutivos do discurso, considerando que os textos que se referem aos modos como profissionais e cientistas descrevem seu pensamento e ação podem ser mediações significativas do modo como exercem este trabalho, reproduzindo socialmente o

discurso e a ação profissional. Considerando a especificidade da temática serão delimitadas as palavras chaves: Bioética; Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem e Ética.

A pesquisa não oferece qualquer risco à seres humanos. Possui natureza educacional, no entanto, não trata-se de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos colocados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos sujeitos e a Instituição participante de todo processo investigativo, observadas as condições de:

- consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo;
- garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional;
- respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral;
- liberdade de recusa à participação total;
- amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo;
- os registros, anotações coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal, em seu setor de trabalho, na UNISINOS. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos.

Os resultados da pesquisa trarão benefícios indiretos às instituições pesquisadas, no sentido de oferecer subsídios para os estudos sobre a formação bioética dos enfermeiros intensivistas. Destas reflexões, entende-se que devem nascer propostas concretas que tentem efetivar as esperadas mudanças ao modo de fazer enfermagem em terapia intensiva, assim como ao conteúdo e, conseqüentemente, quanto ao método de ensinar bioética.

Eu....., fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora principal

_____, ____ de _____ de 2007.

Em caso de necessidade, contate com: Prof. Dda. **Mara Ambrosina de Oliveira Vargas**. Endereço: Rua dos Pessegueiros, 155 - Cinco Colônias – Canoas – RS – CEP 92320360. Telefone (residencial): (51) 34638316. Celular: (51) 99920471. E-mail: maraav@terra.com.br

ANEXO 3 – INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO DOS MANUSCRITOS – REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM

Disponível em: <http://www.scielo.br/revistas/rlae/iinstruc.htm>



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Instruções para publicação dos manuscritos](#)
- [Categorias de artigos](#)
- [Preparação dos manuscritos](#)
- [Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais](#)

ISSN 0104-1169 *versão impressa*

ISSN 1518-8345 *versão on-line*

Instruções para publicação dos manuscritos

Estas instruções visam orientar os pesquisadores sobre as normas adotadas por essa Revista para avaliação de manuscritos submetidos. As referidas instruções baseiam-se na tradução do documento "[Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos](#)" elaborado pelo [International Committee of Medical Journal Editors](#) (Estilo "Vancouver"), publicado na [Rev Latino-am Enfermagem 2001 março](#); 9(2). Sugere-se consulta ao citado documento para complementação de informações aqui contidas.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Latino-Americana de Enfermagem, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas. O(s) autor(es) deverá(ão) assinar e encaminhar declaração de acordo com o modelo [Anexo](#).

Os manuscritos são publicados em três idiomas: inglês, português e espanhol. No ato da submissão, o manuscrito deverá ser encaminhado à Comissão de Editoração em um único idioma, e em caso de aprovação, os autores deverão providenciar a tradução para os outros dois idiomas de acordo com as recomendações da Revista. A versão no idioma inglês será editada na revista impressa e as versões inglês, português e espanhol serão editadas na versão online.

O encaminhamento dos manuscritos juntamente com a documentação necessária será on-line através do endereço www.eerp.usp.br/rlae.

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião da Comissão de Editoração e do [Conselho Editorial](#).

A publicação dos manuscritos dependerá da observância das normas da Revista e da

apreciação do [Conselho Editorial](#), que dispõe de plena autoridade para decidir sobre sua aceitação, podendo, inclusive apresentar sugestões ao(s) autor(es) para as alterações necessárias. Neste caso, o referido trabalho será reavaliado pela Comissão de Editoração. Os nomes dos relatores permanecerão em sigilo, omitindo-se também o(s) nome(s) do(s) autor(es) aos relatores. Manuscritos recusados para publicação serão notificados e não devolvidos.

Quando a investigação envolver sujeitos humanos, os autores deverão apresentar uma declaração de que foi obtido o consentimento dos sujeitos por escrito (consentimento informado), anexando cópia da aprovação do Comitê de Ética que analisou a pesquisa.

Fotos coloridas não serão publicadas. Em caso de uso de fotografias em branco e preto os sujeitos não podem ser identificados ou então suas fotos deverão estar acompanhadas de permissão, por escrito, para fins de divulgação científica.

Categorias de artigos

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, a **Revista Latino-Americana de Enfermagem** publica revisões, atualizações, comunicações breves/relato de casos, cartas ao editor, resenhas, página do estudante e editoriais.

- **Artigos originais**: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem atender aos princípios de objetividade e clareza da questão norteadora, digitados (Times New Roman 12) e impressos em folhas de papel A4 (210 X 297 mm), com espaço duplo, margem de 2,5 cm de cada um dos lados e linhas, perfazendo um total de no máximo 15 páginas para os artigos originais (incluindo as ilustrações _ gráficos, tabelas, fotografias, etc). As tabelas e figuras devem ser limitadas a 5 no conjunto, recomendando incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, com dados dispersos e de valor não representativo. Figuras serão aceitas, desde que não repitam dados contidos em tabelas. Recomenda-se que o número de referências bibliográficas limite-se a 15, havendo, todavia, flexibilidade. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados e discussão. A **Introdução** deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Fornecer referências que sejam estritamente pertinentes. Os **Métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os **Resultados** devem limitar-se a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A **Discussão** deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as limitações do estudo, além de conclusões e indicação de caminhos para novas pesquisas. São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa de modo geral.

- **Revisões**: avaliação crítica sistematizada da literatura ou reflexão sobre determinado assunto, devendo conter conclusões. Os procedimentos adotados e a delimitação do tema devem estar incluídos. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

- **Artigos Teóricos:** artigos resultantes de estudos teóricos que abrangem análise, discussão e síntese conceitual, filosófica, teórica, política, de modelos, de inovações, de questões profissionais emergentes e que contribuam para o aprofundamento de temas de interesse para a área de Enfermagem e de Saúde. Os artigos teóricos são densos em termos de elaboração criativa, de posicionamento do autor e de proposições para a comunidade científica e/ou profissional. Sua extensão limita-se a 15 páginas.
 - **Atualizações:** trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativa. Sua extensão limita-se a 5 páginas.
 - **Comunicações breves/Relato de casos:** estudos avaliativos, originais ou notas prévias de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes para a enfermagem. A apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, limitando-se a 5 páginas.
 - **Cartas ao Editor:** inclui cartas que visam a discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou a relatar pesquisas originais ou achados científicos significativos. Sua extensão limita-se a 1 página.
 - **Resenhas:** análise de obra recentemente publicada, contida em 2 páginas.
 - **Página do Estudante:** espaço destinado à divulgação de estudos desenvolvidos por alunos de graduação, com explicitação do orientador em nota de rodapé. Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, com extensão limitada a 5 páginas.
- * International Committee of Medical Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, *New Engl J Med* 1997;336:309-16

Preparação dos manuscritos

AUTORIA

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Manuscritos com mais de seis autores devem ser acompanhados por declaração certificando explicitamente a contribuição de cada um dos autores elencados (modelo anexo). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção "Agradecimentos". A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.

PROCESSO DE JULGAMENTO

Os critérios de editoração estabelecidos pela revista visam garantir a qualidade das publicações. O editor avalia se o artigo recebido para publicação traz contribuições para a enfermagem e se é de interesse para os leitores; então os encaminha a dois conselheiros que os analisam com base em informações contidas em um instrumento elaborado pela Comissão

de Editoração. Em caso de outras abordagens os artigos são avaliados conforme as exigências metodológicas da abordagem utilizada. O processo é altamente sigiloso não havendo em nenhum momento a identificação entre autor/revisor. Diante dos pareceres emitidos pelos conselheiros, o editor toma ciência e os analisa em relação ao cumprimento das normas de publicação. Posteriormente encaminha os pareceres de aceitação da publicação, necessidade de reformulação ou de recusa justificada aos autores.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

a) **Página de identificação:** título do artigo e subtítulo (conciso, porém informativo); nome do(s) autor(es), indicando em nota de rodapé o(s) título(s) universitário(s), ou cargo(s) ocupado(s), nome do Departamento e Instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído e endereço eletrônico.

b) **Resumo e Descritores:** o resumo deverá conter até 150 palavras, contendo objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos do estudo, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo. Abaixo do resumo incluir 3 a 10 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos. Para determinação dos descritores consultar o International Nursing Index e a lista de "Descritores em Ciências da Saúde - DECS-LILACS", elaborada pela BIREME e ou "Medical Subject Heading - Comprehensive Medline". Todos os artigos deverão incluir resumos em português, espanhol e inglês. Apresentar seqüencialmente os três resumos na primeira página incluindo títulos e unitermos nos respectivos idiomas.

c) **Ilustrações, abreviaturas e símbolos:** as **tabelas:** devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Os **quadros** são identificados como tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto. As **figuras** (fotografias, desenhos, gráficos, etc), citadas como figuras, devem estar desenhadas e fotografadas por profissionais. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As **ilustrações** devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2 cm (largura da coluna do texto) ou 15 cm (largura da página). Não se permite que figuras representem os mesmos dados de tabela. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Utilize somente abreviações padronizadas. Evite abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso aos quais as abreviações correspondem devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

d) **Notas de Rodapé:** deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

e) **Referências Bibliográficas:** numerar as referências de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as referências no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescrito, sem menção dos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas. Quando tratar-se de citação seqüencial separe os números por traço (ex: 1-5); quando intercalados use vírgula (ex: 1,5,7). Listar os 6 primeiros

autores seguidos de et al., separando-os por vírgula.

ERRATA

Os pedidos de correção deverão ser encaminhados num prazo máximo de 30 dias após a publicação do periódico.

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

- quando necessária a inclusão de depoimentos dos sujeitos apresentar em itálico em letra tamanho 10, na seqüência do texto;

- citação "ipsis literes" usar aspas, na seqüência do texto;

- os "requisitos uniformes" (Estilo "Vancouver") baseiam-se grande parte nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela National Library of Medicine (NLM).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Artigos de periódicos

1 - Artigo Padrão

Elias MS, Cano MAT, Mestriner W Jr, Ferriani MGC. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. Rev Latino-am enfermagem 2001 janeiro; 9(1):88-95.

2 - Artigo de periódico com indicação de subtítulo

Diniz NMF, Lopes RLM, Almeida MS, Gesteira SMA, Oliveira JF. Psicodrama como estratégia pedagógica: vivências no ensino de graduação na área de saúde da mulher. Rev.Latino-am.Enfermagem 2000 agosto; 8(4):88-94.

3 - Instituição como Autor

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. MMWR 1990;39(RR-21):1-27.

4 - Sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. Arq Bras Cardiol 2000 dezembro;75(6):28-32.

5 - Edição com suplemento

Faggioni LPC, Palma PVB, Silva AR, Moraes FR, Covas DT. Mononuclear viability in non-leukoreduced packed red cells. Ser Monogr Esc Bras Hematol 1999; 6 Suppl:150.

6 - Fascículo com suplemento

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996; 23(1 Suppl 2):89-97.

7 - Parte de um volume

Stefanelli M, Dazzi L, Fassino C, Lanzola G, Quaglini S. Building patient workflow management systems by integrating medical and organizational knowledge. *Medinfo* 1998; 9(Pt 1):28-32.

8 - Parte de um fascículo

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. *N Z Med J* 1994;107(986 Pt 1):377-8.

9 - Fascículo sem volume

Vietta EP. Hospital psiquiátrico e a má qualidade da assistência. *Sinopses* 1988; (530):16-7.

10 - Sem fascículos e sem volume

Oguisso T. Entidades de classe na enfermagem. *Rev Paul Enfermagem* 1981;6-10.

11 - Paginação em algarismos romanos

Lederberg J. What's important about technology. *Ann NY Acad Sci* 2000; 919:xi-xii.

12 - Indicação do tipo de artigo se necessário (review, abstract, etc.)

Billings DM, Ward JW, Penton-Cooper L. Distance learning in nursing. [abstract]. *Semin Oncol Nurs* 2001 Feb;17:48-54.

Sendler A, Bottcher K, Etter M, Siewert JR. Gastric carcinoma [review]. *Internist* 2000;41:817-8, 821-6,828-30.

13 - Artigo contendo retratação

Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfreid TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in tehe mice. [retractation of Garey CE, Schawarztman Al, Rise ML, Seyfried TN. In: *Nat Genet* 1994; 6: 426-31]. *Nat Genet* 1995;11:104.

14 - Artigo retratado

Liou GL, Wang M, Matragoo S. Precocious IRBP gene expression during mouse development [retracted in *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1994; 35:3127]. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1994;35:1083-8.

15 - Artigos com erratas publicadas

Heller A, Freeney A, Hessefort S, Villereal M, Won L. Cellular dopamine is increased following exposure to a factor derived from immortalized striatal neurons in humans [published erratum appears in Neurosci Lett 2001 Jan 19; 297(3):216]. Neurosci Lett 2000;295:1-4.

Hamlin JÁ, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair (published erratum appears in West J Med 1995; 62:278). West J Med 1995;162-28-31.

Livros e outras monografias

16 - Indivíduo como autor

Ramos J Jr. Semiotécnica da observação clínica. 8ª ed. São Paulo (SP): Sarvier;1998.

17 - Organizador, Editor, Compilador como Autor

Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo (SP): Cortez; 1997.

18 - Instituição como autor e publicador

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde;1997.

19 - Capítulo de livro

Furegato ARF. A conduta humana e a trajetória do ser e do fazer da enfermagem. In: Jorge MSB, Silva WV, Oliveira FB, organizadoras. Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo (SP): Lemos Editorial; 2000. p. 93-116.

20 - Evento (Anais/Proceedings de conferência)

Andersson M, Mendes IAC, Trevizan MA. Universal and culturally dependent issues in health care ethics. Proceedings of the 13th World Congress on Medical Law; 2000 August 6-10; Helsinki; Finland; 2000.

21 - Trabalho apresentado em evento

Melo AS, Gabrielli JMW, Pelá NTR. Monografia: seu significado para alunos e orientadores de um curso de graduação em enfermagem. In: Mendes IAC, Carvalho EC, coordenadores. Comunicação como meio de promover a saúde. 7º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 2000. junho 5-6; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: FIERP; 2000. p.63-7.

22 - Relatório científico ou técnico

Publicado pela agencia patrocinadora:

Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of

Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report nº HHSIGOEI 69200860.

Publicado pela agência responsável por seu desenvolvimento:

Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health services research: work force and educational issues. Washington: National Academy press; 1995. Contract nº AHCPR282942008. Sponsored by the Agency for Health Care policy and Research.

23 - Dissertação e Tese

Amarante ST. Análise das condições ergonômicas do trabalho das enfermeiras de centro cirúrgico.[dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1999.

24 - Patente

Larsen CE, Trip R, Johnson CR, inventors; Novoste Corporation, assignee. Methods for procedures related to the electrophysiology of the hearth. Us patent 5,529,067. 1995 Jun 25.

Shimo AKK, inventor; EERP assina. Sanitário portátil; Patente MV 7, 501, 105-0. 12 junho 1995.

Outros trabalhos publicados

25 - Artigo de Jornal

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21: Sect. A; 3 (col. 5).

26 - Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassete]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

27 - Documentos legais

Leis aprovadas:

Preventive Health Ammendments of 1993, Pub. L. nº 103-183, 107 Stat. 2226 (Dec. 14, 1993).

Projetos de Lei:

Medical Records Confidentiality Act of 1995. S. 1360, 104th Cong., 1st Sess. (1995).

Código de regulamentações federais:

Informed Consent. 42 C.F.R. Sect. 441.257 (1995).

Audiência:

Increased Drug Abuse: the Impact on the Nation's emergency rooms: Hearings Before the Subcomm. On Human Resources and Intergovernmental Relations of the House Comm. On Government Operations, 103rd Congr., 1st Sess. (May 26, 1993).

28 - Mapa

North Carolina. Tuberculosis rates per 10,000 population, 1990 [demographic map]. Raleigh: North Carolina Depto. Pf Environment, Health, and Natural Resouces, Div. of Epidemiology; 1991.

29 - Texto da Bíblia

The Holy Bible. King James version. Grand Rapids (MI): Zondervan Publishing House; 1995. Ruth 3:1-18.

30 - Dicionários e obras de Referência similares

Steadman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p.119-20.

31 - Obras clássicas

The winter's Tale: act 5, scene 1. Lines 13-16. The complete works of Williams Shakespeare. London: Rex; 1973.

Material não publicado

32 - No prelo

Leshner AI. Molecular mechanisms of cacaine addiction. N Engl J Med. In press 1996.

Material eletrônico

33 - Artigo de revista em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; (1): [24 screens]. Available from: URL:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

34 - Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology ilustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach 11. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

35 - Resumo apresentado em evento

Lavrador MAS. Uma nova metodologia para o diagnóstico de morte cerebral em pacientes comatosos de Unidade de Terapia Intensiva. [CD ROM]. In: Mendes IAC, Ferraz CA, coordenadoras. Organização do setor Saúde nas Américas: contribuição da investigação em Enfermagem. 6º Colóquio Interamericano de Investigação em Enfermagem; 18-22 maio 1998.

Ribeirão Preto (SP): EERP-USP; 1998.

Robazzi MLCC, Carvalho EC, Marziale MHP. Nursing care and attention for children victims of occupational accident. Conference and Exhibition Guide of the 3rd International Conference of the Global Network of WHO Collaborating Centers for Nursing & Midwifery; 2000 July 25-28; Manchester; UK. Geneva: WHO; 2000.

36 - Programa de Computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): computerized Educational Systems; 1993.

Observação:

- A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.
- Referências bibliográficas não contemplados nos exemplos descritos (Estilo "Vancouver") não serão aceitas.

Endereço de correspondência

Revista Latino-Americana de Enfermagem

Av. Bandeirantes, 3900 - CEP: 14040-902 - Ribeirão Preto - SP - Brasil

Telefone: (0XX16) 3602.3451 - FAX: (0XX16) 3633.3271

Endereço eletrônico: www.eerp.usp.br/rlae - E-mail: rlae@eerp.usp.br

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo Editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2002-2008 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Av. Bandeirantes, 3900
14040-902 Ribeirão Preto SP
Tel.: +55 16 3602-3451
Fax: +55 16 3633-3271



rlae@eerp.usp.br

ANEXO 4 – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS – REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

Primeiro autor: MARA AMBROSINA DE OLIVEIRA VARGAS

Segundo autor: FLÁVIA REGINA SOUZA RAMOS

Título do manuscrito: IATROGENIAS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: dramaticidade dos Problemas Bio/Éticos Contemporâneos

1. Declaração de Responsabilidade:

- Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo.
- Certifico que o artigo representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, que seja no formato impresso ou no eletrônico.
- Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o artigo está baseado, para exame dos editores.

No caso de artigos com mais de seis autores a declaração deve especificar o(s) tipo(s) de participação de cada autor, conforme abaixo especificado:

- Certifico que (1) Contribui substancialmente para a concepção e planejamento do projeto, obtenção de dados ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribui significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

Data:

Assinatura do(s) autor(es):

2. Transferência de Direitos Autorais

- Declaro que em caso de aceitação do artigo, concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Revista Latino-Americana de Enfermagem, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista Latino-Americana de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Data:

Assinatura do(s) autor(es):

ANEXO 5 – INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO DOS MANUSCRITOS – REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

Disponível em: <http://www.scielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm>



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Tipos de Artigos](#)
- [Preparo dos Manuscritos](#)
- [Endereço para Submissão](#)

ISSN 0032-7167 *versão impressa*

ISSN 1984-0446 *versão on-line*

Tipos de Artigos

A **Revista Brasileira de Enfermagem** (REBEn), recebe submissões de artigos nos idiomas Português, Inglês e Espanhol segundo as seguintes seções:

- **Editorial,**
- **Pesquisa,**
- **Revisão,**
- **Ensaio,**
- **Reflexão,**
- **Relato de Experiência,**
- **Atualização,**
- **História da Enfermagem,**
- **Página do Estudante,**
- **Cartas ao Editor.**

Preparo dos Manuscritos

A REBEn adota as orientações das Normas de Vancouver. Estas normas estão disponíveis na URL: <http://www.icmje.org/index.html>.

O arquivo contendo o manuscrito deve ser elaborado no Editor de Textos MS Word com a seguinte configuração de página: margens de 2 cm em todos os lados; fonte Arial ou Times, tamanho 12 com espaçamento entrelinhas de 1,5 pt.

a) Página dos Metadados: Deverá conter os seguintes metadados e na seguinte ordem: 1) título do artigo (conciso, porém informativo) nos três idiomas (português, inglês e espanhol); 2) nome do(s) autor(es), indicando em nota de rodapé o(s) título(s) universitário(s), ou cargo(s) ocupado(s), nome do Departamento e Instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído, Cidade, Estado e endereço eletrônico; 3) resumo, abstract, resumen e, 4) descritores

nos três idiomas.

Resumos e Descritores: o resumo deverá conter até no máximo 120 palavras, contendo objetivo da pesquisa, metodologia adotada, procedimentos de seleção dos sujeitos do estudo, principais resultados e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo. Abaixo do resumo incluir 3 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>). Todos os artigos deverão incluir resumos em português, inglês e espanhol. Apresentar seqüencialmente os três resumos nesta página de identificação.

b) Ilustrações, abreviaturas e símbolos: as tabelas: devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. O mesmo se aplica aos quadros e figuras (fotografias, desenhos, gráficos, etc). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar a respectiva permissão. Utilize somente abreviações padronizadas. Evite abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso aos quais as abreviações correspondem devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

c) Notas de Rodapé: deverão ser indicadas em ordem alfabética, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

d) Citação de Referências Bibliográficas: numerar as referências de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as referências no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos. Quando tratar-se de citação seqüencial separe os números por traço (ex: 1-5); quando intercalados, use vírgula (ex: 1,5,7).

d) Exemplos de Listagem das Referências

Livros como um todo

Foucault M. Microfísica do poder. 10a. ed. Vol 7. Rio de Janeiro: Graal; 1992.

Capítulo de livro

Garcia TR. Diagnósticos de enfermagem: como caminhamos na pesquisa. In: Guedes MVC, Araújo TL, organizadores. O uso do diagnóstico na prática da enfermagem. 2a. ed. Brasília: ABEn; 1997. p. 70-6.

Teses, dissertações e monografias

Galvão CM. Liderança situacional: uma contribuição ao trabalho do enfermeiro-líder no contexto hospitalar [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1995.

Trabalhos de congressos e de seminários: anais, livros de resumos

Barreira IA, Batista SS. Nexos entre a pesquisa em história da enfermagem e o processo de cientificação da profissão. In: Anais do 51o. Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1999 out

2-7; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis: ABEn; 2000. p. 295-311.

Artigos de periódicos

Artigo Padrão

Rossato VMD, Kirchhof ALC. O trabalho e o alcoolismo: estudo com trabalhadores. Rev Bras Enferm 2004;57(3): 344-9.

Com mais de seis autores

Fernandes JD, Guimarães A, Araújo FA, Reis LS, Gusmão MC, Margareth QB, et al. Construção do conhecimento de enfermagem em unidades de tratamento intensivo: contribuição de um curso de especialização. Acta Paul Enferm 2004;17(3): 325-32.

Instituição como autor

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. MMWR 1990;39(RR-21): 1-27.

Material eletrônico

Artigo de revista em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/incidod/EID/eid.htm>

Matéria publicada em site web

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2002. Rio de Janeiro; 2002. [citado em: 12 jun 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Solicita-se aos autores, sempre que possível e quando solicitado, incluir duas ou mais referências de publicações da REBEn no manuscrito.

f) Aspectos Éticos

Nas pesquisas que envolvem seres humanos os autores deverão deixar claro a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, bem como o processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes (Resolução no. 196 do Conselho Nacional de Saúde de 10 out. 1996).

Endereço para Submissão

Os manuscritos deverão ser submetidos pelo Sistema de Submissão Online disponível no site: <http://submission.scielo.br/index.php/reben/login> acessando o link Submissão Online. O usuário/autor responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema. Toda a tramitação das etapas do processo editorial será realizada por meio deste sistema.

Ao submeter o manuscrito o autor deverá firmar eletronicamente que o artigo não está sendo submetido paralelamente a outro periódico. Este procedimento elimina a necessidade do envio

de cartas de Responsabilidade de Autoria e Transferência de Direitos Autorais.

Durante as etapas do processo editorial, aos autores poderá ser solicitada uma descrição dos papéis de cada autor na elaboração do artigo, lembrando que a participação na coleta de dados e na elaboração técnica do artigo não se constitui em autoria. Todos os autores do artigo, em caso de publicação, deverão ser assinantes da REBEn.

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2008 Associação Brasileira de Enfermagem

SGAn - Av. L2 Norte - Quadra 603 - Módulo B.
70830-030 - Brasília - DF - Brasil
Tel.: + 55 61 3226-0653
Fax: + 55 61 3226-4473



reben@abennacional.org.br

ANEXO 6 – INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO DOS MANUSCRITOS – REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

Disponível em: http://www.ee.usp.br/REEUSP/index.php?p=area&are_id=22

Instruções aos Autores

A Revista da Escola de Enfermagem da USP é um periódico trimestral, revisado por pares, com o objetivo de publicar artigos empíricos inéditos que representem um avanço significativo para o exercício profissional ou para os fundamentos da Enfermagem.

Os manuscritos, que poderão estar em português, inglês e espanhol, devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista da Escola de Enfermagem da USP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto, como figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em Anais de Reuniões Científicas.

Desde setembro de 2008 (volume 42 n.3) a Revista passou a ter uma edição no idioma inglês, que está editada na versão online. No momento em que o trabalho for aceito para publicação, os autores deverão providenciar a tradução para o idioma inglês de acordo com as orientações da REEUSP.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão **enviar uma cópia de aprovação emitida pelo Comitê de Ética**, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96 ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. O n.º do processo/projeto deverá constar no método do trabalho.

A REEUSP apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

O(s) autor(es) dos textos são por eles inteiramente responsáveis, **devendo assinar e encaminhar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais**, conforme modelo [anexo](#).

Categorias de manuscritos aceitos pela Revista

- **Artigo original:** trabalho de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à área de Enfermagem. Limitado a 15 páginas, nas quais devem estar inclusos página de identificação dos autores e resumos. Sua estrutura deve conter:
 - **Introdução:** apresentação e delimitação do assunto tratado, os objetivos da pesquisa e outros elementos necessários para situar o tema do trabalho.
 - **Objetivos:** especifica de maneira clara e sucinta a finalidade da pesquisa, com

detalhamento dos aspectos que serão ou não abordados. Os objetivos podem ser definidos como gerais ou específicos a critério do autor.

- **Revisão da Literatura:** levantamento selecionado da literatura sobre o assunto que serviu de base à investigação do trabalho proposto. Proporciona os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre um assunto e esclarece a importância do novo estudo. Em algumas áreas, já existe a tendência de limitar a revisão apenas aos trabalhos mais importantes, que tenham relação direta com a pesquisa desenvolvida, priorizando as publicações mais recentes. Quando não houver necessidade de um capítulo para a Revisão da Literatura em função da extensão histórica do assunto, ela poderá ser incluída na Introdução.

- **Método:** descrição completa dos procedimentos metodológicos que permitam viabilizar o alcance dos objetivos. Devem ser apresentados: tipo de pesquisa, dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa, população estudada, tipo de amostra, variáveis selecionadas, material, equipamentos, técnicas e métodos adotados para a coleta de dados, incluindo os de natureza estatística. Em se tratando de pesquisa com seres humanos informar o n.º do processo do Comitê de Ética em Pesquisa e a instituição.

- **Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem interpretações ou comentários pessoais, podendo para maior facilidade de compreensão, estarem acompanhados por gráficos, tabelas, figuras, fotografias etc.

- **Discussão:** deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando os novos e importantes aspectos observados e discutindo as concordâncias e divergências com outras pesquisas já publicadas.

- **Conclusões:** corresponde aos objetivos ou hipóteses de maneira lógica, clara e concisa, fundamentada nos resultados e discussão, coerente com o título, proposição e método.

- **Estudo teórico:** análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas.
- **Relato de experiência profissional:** estudo de caso, contendo análise de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos com estratégias de intervenção, evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas. Limitado a 10 páginas.
- **Artigo de revisão:** estudo abrangente e crítico da literatura sobre um assunto de interesse para o desenvolvimento da Enfermagem, devendo apresentar análise e conclusão. Limitado a 10 páginas.
- **À beira do leito:** questões com respostas objetivas sobre condutas práticas. Limitada a 10 páginas.
- **Carta ao editor:** destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na revista, expressando concordância ou não sobre o assunto abordado. Limitada a meia página.

Processo de julgamento dos manuscritos

Cada artigo submetido à Revista é inicialmente analisado quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas *Instruções aos Autores*, sendo sumariamente devolvido em caso de não atendimento. Se aprovado, é encaminhado para avaliação de dois relatores, que o analisam com base no Instrumento de Análise e Parecer elaborado especificamente para tal finalidade, bem como, opinam sobre o rigor metodológico da abordagem utilizada. Havendo discordância nos pareceres, o manuscrito é encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos relatores são analisados pelo Conselho editorial que, se necessário, indica as alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final dos pareceristas e do Conselho Editorial.

Relações que podem estabelecer [conflito de interesse](#), ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas.

Preparo dos manuscritos

Os textos devem ser digitados usando-se o processador MsWord com a seguinte configuração de página: papel tamanho A4, entrelinha 1,5, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, margens inferior

e laterais de 2cm e superior de 3cm.

Página de identificação: deve conter o título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas; nome(s) do(s) autor(es), indicando no rodapé da página a função que exerce(m), a instituição a qual pertence(m), títulos e formação profissional, endereço para troca de correspondência, incluindo *e-mail* e telefone. Se for baseado em tese ou dissertação, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada.

- **Citações** – deve ser utilizado o sistema numérico na identificação dos autores mencionados, de acordo com a ordem em que forem citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos e entre parênteses. Se forem seqüenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último, separados por hífen, ex.: ⁽¹⁻⁴⁾; quando intercalados, os números deverão ser separados por vírgula, ex.: ^(1-2,4).
- **Observação:** De acordo com a norma Vancouver não é permitido citação com nome de autor no texto.
- **Notas de rodapé** – deverão ser indicados por asterisco, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
- **Depoimentos** – frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem seguir a mesma regra de citações, quanto a aspas e recuo, porém em itálico, e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses.
- **Tabelas** – a elaboração das tabelas deve seguir as "Normas de Apresentação Tabular" estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatística e publicadas pelo IBGE (1993), limitadas ao máximo de cinco. Quando a tabela for extraída de outro trabalho, a fonte original deve ser mencionada abaixo da Tabela.
Observação: As ilustrações (tabela, quadro, figura, foto, gráfico, etc.) não podem ultrapassar o total de cinco.
- **Apêndices e anexos** – devem ser evitados, conforme indicação da norma NBR 6022, porém se houver, deverão ser incluídos na paginação permitida para cada categoria.
- **Fotos** – serão publicadas exclusivamente em P&B, sem identificação dos sujeitos, a menos que acompanhadas de permissão por escrito de divulgação para fins científicos.
- **Agradecimentos** – contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preenchem os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos", no final do trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também poderão ser mencionadas as instituições que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.
- **Errata:** após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata, deverão enviá-la à Secretaria da Revista imediatamente e de preferência por *e-mail*.

Resumo: deve ser apresentado em português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), descrevendo o objetivo da pesquisa, método, resultados e conclusões.

O resumo deve ser digitado usando-se o processador MsWord com a seguinte configuração de página: entrelinha simples, fonte *Times New Roman* e tamanho 12.

Descritores: devem ser indicados de três a cinco descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (Descritores), inglês (*Key words*) e espanhol (Descriptores), extraídos do vocabulário DeCS ([Descritores em Ciências da Saúde](#)), elaborado pela BIREME e/ou (MeSH) [Medical Subject Headings](#), elaborado pela NLM (National Library of Medicine).

Referências: **Limitadas a 18**, exceto nos artigos de revisão. Devem ser normalizadas de acordo com Estilo "Vancouver", norma elaborada pelo International Committee of Medical Journals Editors (<http://www.icmje.org>), e o título do periódico deve ser abreviado de acordo com a List of Journals Indexed (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). A lista apresentada no final do trabalho deve ser numerada de forma consecutiva e os autores mencionados de acordo com a seqüência em que

foram citados no texto, sem necessidade do número entre parênteses. Ex: 1. Gomes A.

Obs: A veracidade das referências é de responsabilidade dos autores. Referências não contempladas nos exemplos descritos não serão aceitas.

O manuscrito deverá ser encaminhado por via eletrônica.

Site: <http://submission.scielo.br/index.php/reeusp/login>

Exemplos/ Examples/ Ejemplos

Artigos de periódico/Periodic articles/Artículos de periódico

a) Artigo padrão/Standard article/Artículo patrón

Calil AM, Pimenta CAM. Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. Rev Esc Enferm USP. 2000;39(1):325-32.

Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. J Clin Nurs. 2006;15(9):1188-95.

Artigo com mais de 6 autores

Eller LS, Corless I, Bunch EH, Kemppainen J, Holzemer W, Nokes K, et al. Self-care strategies for depressive symptoms in people with HIV disease. J Adv Nurs. 2005;51(2):119-30.

b) Instituição como autor/Institution as author/Institución como autor

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension. 2002;40(5):679-86.

c) Sem indicação de autoria/Without indicating authorship/Sin indicación de autoría

Best practice for managing patients' postoperative pain. Nurs Times. 2005;101(11):34-7.

d) Volume com suplemento/Volume with supplement/Volumen con suplemento

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20 Supl 2:190-8.

e) Fascículo com suplemento/Issue with supplement/Fascículo con suplemento

Glauser TA. Integrating clinical data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2 Supl):15-25.

f) Volume em parte/Volume with part/Una parte del Volumen

Milward AJ, Meldrum BS, Mellanby JH. Forebrain ischaemia with CA 1 cell loss impairs epileptogenesis in the tetanus toxin limbic seizure model. Brain. 1999;122(Pt 6):1009-16.

g) Fascículo em parte/Issue with part/Una parte del fascículo
Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. J Vasc Interv Radiol. 2002; 13(9 Pt 2):S259-63.

h) Fascículo sem volume/Issue without volume/Fascículo sin volumen
Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes no sistema público de saúde. Rev USP. 1999; (43):55-9.

i) Sem volume e sem fascículo/Neither volume nor issue/Sin fascículos y sin volumen
Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. HRSA Careaction. 2002
Jun: 1-6.

Livros e monografias/Books and monographs/Libros y monografias

a) Autor pessoal/Personal author/Autor personal
Cassiani SHB. Administração de medicamentos. São Paulo: EPU; 2000.

b) Organizador, editor, coordenador como autor /Organizer, editor or compiler as author
/Organizador, editor, coordenador como autor

Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 3ª ed. São Paulo: Ícone; 2005.

c) Instituição como autor e publicador/Institution as author and publisher/Institución como autor y publicador
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2003.

d) Capítulo de livro, cujo autor não é o mesmo da obra/Chapter of book, whose author is different from the book/Capítulo de libro, cuyo autor no es el mismo de la obra
Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor.
In: Chaves LD, Leão ER, editoras. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Maio; 2004. p. 59-73.

e) Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra/Chapter of book, whose author is the same of the book/capítulo de libro, cuyo autor es el mismo de la obra
Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

f) Trabalho apresentado em evento (Anais, Programas, etc.)/Event (Annals, Programs, etc.)/Evento (Anales, Programas, etc.)
Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho na enfermagem. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2002. p. 167-82.

g) Dissertações e teses/Dissertation or thesis/Tesis de maestría y de doctorados
Maia FOM. Fatores de risco para o óbito em idosos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Freitas GF. Ocorrências éticas de enfermagem: uma abordagem compreensiva da ação social [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Barros S. Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental: a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

h) Documentos legais/Legal documents/Documentos legales

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

i) Dicionários e obras de referência similares/Dictionaries and other similar reference books/Diccionarios y obras de referencia similares

Steadman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Souza LCA, editor. Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem 2005/2006: AME. 4^a ed. Rio de Janeiro: EPUB; 2004. Metadona; p. 556-7.

Materiais em formato eletrônico/Eletronic format materials/Materiales en formato electrónico

a) Monografia em formato eletrônico/Monograph in electronic format/Monografia en formato electrónico

Prado FC, Ramos J, Ribeiro do Valle J. Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento [CD-ROM]. São Paulo: Artes Médicas; 1996.

b) Artigos de periódicos/Periodical articles/Artículos de periódicos

Johnson BV. Nurses with disabilities. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2005 [cited 2006 sept 27];105(10):[about 1 p.]. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Pager&DB=pubmed>

Braga EM, Silva MJP. Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]. 2006 [citado 2006 set. 28]; 40(3):[cerca de 7 p]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/258.pdf>

c) Dissertações/teses/Dissertation/theses/Tesis de Maestría/Tesis de Doctorado

Baraldi S. Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem [tese na Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005 [citado 2006 set. 29]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-20062006-144209/>