

Díficeis Decisões: uma abordagem antropológica da Prática Médica em CTI

RACHEL AISENGART MENEZES¹

RESUMO

O hospital na sociedade ocidental contemporânea tornou-se local de delegação social dos doentes e campo de exercício do saber médico. Com o objetivo de analisar como são tomadas as decisões referentes a doença e morte dos internados, na prática dos profissionais de saúde, realizou-se uma etnografia num Centro de Tratamento Intensivo de um hospital público. Uma identidade específica dos profissionais do CTI foi evidenciada, assim como um “sistema” classificatório dos pacientes internados. A análise desses dados aponta a complexidade do processo decisório, no qual o profissional atua apoiado em seu saber, subjetividade e valores culturais.

Palavras-chave: Prática médica; Centro de Tratamento Intensivo; decisões médicas; bioética; sociologia das profissões.

Introdução

O hospital ocupa hoje na sociedade ocidental um lugar central e quase naturalizado no que concerne à prestação de serviços direcionados à saúde, à doença e à morte. A centralidade dessa instituição é fruto de um longo processo histórico², sendo que a percepção de sua historicidade se aguçou principalmente a partir da década de 1960, quando surgiram diversos focos de insatisfação quanto ao seu papel e funcionamento, aliados a uma crescente crítica social endereçada à medicina como um todo. Tal contexto foi fundamental para a emergência de um amplo campo de reflexão, no âmbito das ciências humanas, sobre o hospital. De um modo geral, as abordagens enunciam críticas à prática médica e hospitalar e, em especial, ao crescente processo de desumanização dos doentes que ocorre em seu interior³. Em sua maior parte, os estudos apontavam que, quer se tratasse da relação do médico com seus clientes, quer se tratasse da relação do médico com outras profissões da área da saúde, emergiam, como problemática central, o poder médico e os conseqüentes assujeitamento e objetificação do doente que seu exercício implicava.

A questão, contudo, não parece ser tão simples, pois para que o médico atingisse tal lugar de poder, foram necessárias transformações sociais que culminariam na delegação dos cuidados dos doentes e moribundos ao saber médico institucionalizado. Os posicionamentos críticos iniciais ao poder médico e à sua instituição tornaram-se mais complexos nas duas últimas décadas, abrangendo um espectro mais amplo de questões. Por um lado, o poder é exercido porque há uma delegação social aos médicos e, por outro, a própria prática médica teria sido reorganizada visando a abarcar tal delegação social. Assim, o século XX assistiu a uma administração da morte, na qual a medicina, por seus progressos técnicos, passou a ser responsável tanto pela eficácia e esperança de postergar a morte, como por seu ocultamento social. A morte é, pois, ocultada socialmente através de sua delegação ao médico e ao hospital, tornando-se medicalizada, institucionalizada, racionalizada e rotinizada.

Mais do que a constatação de que os cuidados dos doentes e moribundos são socialmente delegados à instituição médica e ao seu saber, emerge também nessa literatura uma interessante análise da própria concepção medicalizada da morte. No hospital moderno, a morte não mais aparece como um evento simples, e sim como um fenômeno complexo, passível de ser decomposto analiticamente em morte clínica, biológica e celular. Sua definição se revela circular, ligada à ação do médico, que tanto pode decidir

interromper os cuidados como fazer esforços de reanimação. A reflexão sobre as terapêuticas heróicas colocou em questão o alcance do poder do médico, o limite de suas possibilidades técnicas, e também o caráter exclusivo de sua decisão, mais do que a própria natureza da morte (Herzlich, 1993, p. 29).

Buscando contribuir para essa produção crítica, desenvolvi uma pesquisa etnográfica em um Centro de Tratamento Intensivo de um hospital público universitário da cidade do Rio de Janeiro⁴. Ao considerar o hospital como local de delegação social de cuidados e campo de exercício da competência do saber médico, o estudo objetiva refletir de que forma, com quais tensões e conseqüências se dá o exercício da prática médica. A investigação foi desenvolvida em torno do processo de tomada de decisões médicas referentes à doença, ao sofrimento, à vida e à morte dos pacientes. Não se trata portanto aqui de escolher entre uma concepção “humanitária” ou uma concepção “desumanizadora” da prática médica, e sim de compreendê-la, como querem alguns autores, como constituída por uma dupla dimensão, que pode ser nomeada de diversas formas: “competência-cuidado”, “objetividade-subjetividade”, “racionalidade-experiência”, “saber-sentir”, entre outras. Não são pólos facilmente articuláveis e, ao mesmo tempo, são intrínsecos e inerentes à prática médica, conduzindo necessariamente a uma tensão, compreendida por esses autores como estruturante da mesma prática⁵. O processo decisório foi escolhido por ser considerado ponto de convergência fundamental da articulação das tensões relativas tanto a delegação de cuidados quanto a instituição hospitalar e das tensões constitutivas do próprio campo da prática dos profissionais de saúde.

O CTI

O campo de observação escolhido foi o Centro de Tratamento Intensivo, por se tratar de um setor de grande importância dentro do hospital – quase um hospital dentro do hospital – uma unidade que concentra recursos tecnológicos de ponta e pessoal altamente especializado, a serviço de doentes em situação crítica ou limite.

O CTI (ou Unidade de Tratamento Intensivo, UTI) surgiu em 1946, nos Estados Unidos, a partir da epidemia de poliomielite e do início do uso dos respiradores artificiais, na busca da manutenção da vida dos doentes. Várias tentativas foram feitas para a organização dos CTIs, mas somente com o desenvolvimento de certos equipamentos e terapêuticas tornou-se possível a concretização e execução das unidades de tratamento intensivo. O CTI foi

criado e mantém-se com o objetivo de concentrar três componentes críticos: os doentes mais graves, o equipamento técnico mais caro e sofisticado e a equipe com conhecimento e experiência para cuidar desses pacientes e lidar com essa aparelhagem específica (Civetta, 1988, p. 7). No Brasil, esse tipo de serviço surgiu na década de 1960, em hospitais de grande porte do Sul e Sudeste do país (Simão, 1976, p. 6).

O CTI observado pertence a um hospital que não possui atendimento de emergência, apenas ambulatorial, e possui cerca de quinhentos leitos para internação. Os pacientes internados no CTI – no máximo sete – vêm, em geral, das diversas enfermarias do hospital. Em sua maior parte, são portadores de doenças crônicas em situação de agravamento, como patologias respiratórias e auto-imunes. Exatamente por isso, a duração da internação nesse setor é considerada – pelos profissionais da unidade – muito maior do que em CTIs de outros hospitais. Alguns pacientes são internados somente para acompanhamento pós-cirúrgico, quando uma maior vigilância se torna necessária, sendo, em geral, menor o seu tempo de internação.

O primeiro contato que um visitante estabelece com o CTI se dá através de um vídeo explicativo sobre o funcionamento do serviço, sua aparelhagem, bem como os cuidados que devem ser tomados pelos visitantes, como lavar as mãos antes e após o contato com os pacientes. Assim, o contato inicial está marcado pela apresentação das regras e normas de funcionamento a que o visitante deve atender. Um equipamento eletrônico faz as vezes de intermediário, o que já é um indicador da importância da tecnologia nessa unidade.

O ambiente do CTI apresenta uma série de características sensoriais específicas: muitos ruídos, desde as vozes dos profissionais até os sons da aparelhagem, com seus alarmes sonoros, preenchem o local. Há também um odor no ambiente: uma mistura de cheiros (desinfetante, medicações, materiais para curativos e de secreções), combinação enjoativa e variável. O ambiente é muito claro, iluminado artificialmente por luz fluorescente, com as janelas sempre fechadas e recobertas por um filtro, de forma que não é possível ver a luz do dia. A temperatura geralmente é fria e mantida constante por aparelhagem de ar condicionado central. Tais características fazem com que o CTI seja um local onde há quase uma total abolição do tempo e um isolamento do mundo exterior.

O “salão” é o maior ambiente da unidade, um espaço semicircular, com os leitos dispostos ao redor do posto de enfermagem, situado dois degraus acima. Essa disposição do “salão” segue as normas recomendadas para

construção de Unidades de Terapia Intensiva utilizadas internacionalmente. Sua planta é uma espécie de miniatura do *Panóptico* de Bentham (Foucault, 1997, p. 165), uma estrutura espacial que permite uma visibilidade máxima do ponto central, possibilitando controle e vigilância permanentes, funções exercidas pela equipe de enfermagem⁶.

Nesse ambiente, circulam cerca de cem profissionais por mês, trabalhando por plantões: um profissional só sai quando chega seu colega para substituí-lo. A unidade funciona 24 horas por dia e conta com as seguintes categorias profissionais: médicos, estudantes de medicina, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, estudantes de fisioterapia, psicóloga, faxineiros, secretárias, nutricionista e assistente social. Trata-se pois de uma equipe multiprofissional. A rotina de trabalho é intensa, havendo períodos do dia (especialmente da manhã) em que há cerca de 30 profissionais no “salão”. Diariamente (nos dias de semana), há uma reunião de equipe, coordenada por um médico, denominada “visita”, na qual são avaliados e discutidos os casos dos pacientes internados. Esse momento é de central importância no funcionamento do serviço: as informações são passadas e são tomadas decisões sobre a vida e a morte dos internados. A linguagem utilizada é muito específica, com sentido apenas para os “iniciados” na área de conhecimento como, por exemplo: “(...) paciente com HAS, DM, IAM, foi feita EDA e está programada TC. Está tomando Tridil, está sedado, tem uma boa gasometria. TAP em queda. Está edemaciado (...)”.

O setor, além de possuir uma organização voltada para a rotina, também está estruturado para o enfrentamento de situações especiais, que surgem quase cotidianamente, como uma queda no fornecimento de energia elétrica. Por possuir gerador próprio, o serviço enfrenta bem esse tipo de vicissitude. A aparelhagem desempenha assim um papel de grande importância no controle e vigilância do estado dos pacientes internados.

O Intensivista como Identidade Profissional

O CTI é uma unidade que necessita de equipe multiprofissional, pois sem os cuidados especializados dos diversos profissionais não seria possível desenvolver seu trabalho. Cada categoria profissional tem sua tarefa específica e fundamental para o funcionamento do setor. Vários códigos de hierarquia perpassam as relações entre as diversas categorias profissionais: no interior de cada equipe há diferenças entre os profissionais *staff*, com mais tempo de prática e estabilidade funcional, e os menos experientes, sob contrato temporário. Apesar da hierarquia explícita, por vezes pode haver uma inver-

são, como, por exemplo, um estagiário de medicina “botar banca” sobre enfermeiros *staff*, como se o estagiário se posicionasse no lugar de um médico *staff*, ignorando o código relativo ao tempo de serviço (critério de grande importância na hierarquização dos profissionais). Na relação entre as diversas categorias profissionais há posições distintas, sendo o médico o profissional hierarquicamente superior às outras categorias. Sua posição é a que está mais diretamente em jogo, pois é sua a responsabilidade com referência à vida do doente. Para Freidson (1988, p. 75), o que diferencia a profissão médica das paramédicas é o grau de autonomia, prestígio, autoridade e responsabilidade que a primeira detém. Há assim uma divisão de trabalho organizada através de uma hierarquia de autoridade, estabelecida e legitimada. Apesar das diferenças e tensões entre os diversos grupos profissionais que constituem o CTI, há uma identidade profissional singular, claramente delineada, que agrega os agentes de saúde do CTI – a de intensivista.

A maior parte dos profissionais entrevistados expressou orgulho e satisfação por trabalhar em CTI em geral, mais particularmente nessa unidade, que é considerada de qualidade, em relação à instituição na qual está inserida e se comparada a outros hospitais. A imagem construída é de um setor essencial ao hospital, hierarquicamente acima dos outros serviços. Para uma médica, o CTI “é o topo do hospital”, e para uma enfermeira “é o *suprasumo*”. Essa posição de superioridade do serviço é justificada pelo fato de o CTI possuir equipamentos mais sofisticados e complexos, como também pelo nível de profissionalização e capacitação especializada de suas equipes. A Medicina Intensiva é considerada uma especialidade que engloba várias outras⁷, e as características esperadas de um intensivista seriam, de acordo com um representante da Sociedade de Terapia Intensiva do Rio de Janeiro:

“Os conhecimentos clínicos de um médico clínico, a destreza manual de um cirurgião, a capacidade de tomar decisões com a rapidez de um emergencista, atualização técnica avançada, liderança de equipe multidisciplinar, noções de fármacos como um farmacêutico, humanismo e educação continuada.”

A partir da abrangência de qualificação desse especialista, é possível usar o superlativo “super” para designar o profissional de CTI: um “super-especialista”, que freqüentemente se posiciona acima de seus pares profissionais, como expressou um médico do CTI: “O **médico leigo** entra aqui no CTI e diz: nossa, quanta máquina! E para nós, do CTI, não é difícil de mexer, é **facílimo**” (grifos meus). Nessa declaração, a *expertise* do intensivista é

afirmada pela extensão de sua bagagem de saber, por sua habilidade e perícia técnica no manejo da aparelhagem moderna, como também pela desvalorização do colega de outra especialidade: um “leigo”. O exemplo é relativo ao médico, mas o mesmo pode ser dito com referência às outras categorias profissionais. Deste modo, os profissionais de CTI – com distintas formações – se unem em torno de um senso de identidade, reivindicando competência específica e compartilhando valores comuns num campo com clara delimitação e controle sobre a seleção dos treinados.

Se, por um lado, a especialização nesse campo é valorizada (de acordo com os informantes da investigação); por outro, apresenta também uma série de limitações. Trata-se de uma atividade desempenhada necessariamente em equipe, em ambiente institucional – excluindo automaticamente o exercício autônomo –, exercida através de regime de plantões, o que é referido pelos profissionais como cansativo e desgastante. A essas características soma-se o fato de o profissional lidar com quadros de extrema gravidade e instabilidade, o que o pressiona a tomar resoluções precisas com rapidez. A decisão instantânea, ao mesmo tempo em que é causadora de tensão, é também o que motiva o especialista, como declarou um médico: “o mais interessante é essa briga junto com o doente grave pela vida. **A briga da vida com a morte**” (grifo meu). O desgaste vivido na batalha contra a morte pode ser recompensado quando uma vida é salva, de forma que o intensivista constrói uma auto-imagem de heroísmo, muitas vezes associada à de excentricidade, como disse um médico, demonstrando orgulho: “É bom você ficar logo sabendo que todo mundo que trabalha em CTI geralmente é meio doido (...)”.

No contato com os outros setores do hospital, essa auto-imagem do intensivista se apresenta gerando uma identidade de pertencimento comum a todas as categorias profissionais que atuam no CTI. Conseqüentemente, na relação com as outras unidades, o intensivista – seja médico, enfermeiro ou de qualquer outra categoria – pode-se posicionar de forma a inverter a clássica hierarquia institucional médico-enfermagem. A fala de um médico plantonista do CTI é ilustrativa:

“O médico, a enfermagem, as auxiliares daqui, nossa! Eles acham que sabem mais do que todo mundo. Eles só não sabem mais do que o doutor de CTI, mas do que qualquer outro doutor eles sabem mais. Então, o doutor chega aqui, ó, pequenininho. O pessoal da enfermagem esnoba ele. Esnoba porque ele não tem experiência e o pessoal da enfermagem tem. Ele fica no chãozinho”.

As diferenças entre as distintas categorias profissionais desaparecem diante da construção da identidade comum de intensivista, e é no contato com os serviços hospitalares referentes a outras especialidades que esse profissional demarca mais claramente seu campo de saber e de poder. Sua identidade profissional específica é afirmada por contraste com os demais setores da instituição.

Os contatos entre o CTI e os outros setores do hospital não são homogêneos e o intensivista estabelece claras distinções entre eles: alguns serviços são previamente desqualificados, enquanto outros são valorizados. A superioridade hierárquica do intensivista é construída com base em sua bagagem de conhecimentos teóricos e técnicos e, mais especificamente, por lidar com casos de extrema gravidade, justificando uma prioridade no acesso aos recursos materiais e tecnológicos. Um episódio é ilustrativo desse aspecto: a maior parte da equipe se encontrava na sala de reuniões quando dois médicos entraram no CTI com um aparelho. Os seguintes comentários foram então feitos: “É a equipe que veio fazer o ecocardiograma da paciente” (médica residente). “É um equipamento moderno, altamente sofisticado” (médico plantonista). “Pois é, **alto luxo**, de vez em quando eles vêm até aqui para colaborar conosco (...)” (médico plantonista – grifo meu). Assim, o setor que atende rapidamente às solicitações do CTI, disponibilizando uma aparelhagem sofisticada a serviço dos intensivistas, referenda sua posição num sistema em que a agilidade da resposta e a competência são valores centrais. Nesse sentido, ele se integra positivamente na complexa relação entre saber e poder, que ordena a profissão médica. O impacto da racionalização técnica nas práticas médicas pode ser avaliado pelo grau de especialização atingido nas atividades médicas, de modo a resultar em determinada posição de cada setor no contexto da hierarquia dos serviços institucionais. Como o intensivista lida diretamente com situações de risco de vida, a ele é conferido um poder institucional distinto do de seus colegas de outras especialidades, como disse um médico plantonista do CTI:

“O CTI, quando pede um exame de urgência, com esse problema da vida e da morte, se alguém falar não, a gente vai lá e **atropela**. **O doutor** [do CTI] **é o poderoso**.” (grifos meus)

A identidade funda-se tanto em sua competência (teórica e técnica) como em seu poder de imposição institucional. A esse poder conjuga-se outro, específico da especialidade intensivista: a capacidade de regulação da morte. Uma das circunstâncias que tornam mais nítidas as características

desse poder é o erro médico, como declarou, em entrevista, um médico plantonista:

“O médico [de CTI] é antipático, é o Deus, ele **dá a vida e ele vê os erros. Não vou chamar de erros, incidentes.** É aqui que a gente vê: se o cirurgião foi operar e lesou alguma coisa, ele vem prá cá. Então ele vem **humildemente** falar prá nós. E você vê e sabe da história.” (grifos meus)

Deste modo, quando há falha de algum profissional, aponta-se o limite de sua sensação de tudo poder e tudo saber. O intensivista é solicitado, o que reitera a posição de saber e poder desse “super-especialista”. Esse tipo de evento consolida um sistema hierarquizado de posições no campo das especialidades, no qual o intensivista ocupa lugar privilegiado. Seu poder se refere à possível regulação e controle da morte, indissociavelmente vinculados ao saber técnico e à experiência prática no manejo dos recursos tecnológicos.

Díficeis Decisões

De acordo com levantamento realizado por um jornal carioca, existem 238 leitos de CTI na Cidade do Rio de Janeiro, considerando-se a rede pública de hospitais de emergência federais, estaduais e municipais⁸. A relação é de 1 leito para 23.240 habitantes, numa população estimada em cerca de 5.500.000 habitantes. Pablo Vazquez, coordenador da Câmara Técnica de Terapia Intensiva do CREMERJ, declarou em reportagem:

“A falta de leitos de terapia intensiva é **uma forma de controle social** pela falta de assistência médica. É como **uma câmara de gás. Estão morrendo pessoas que não deveriam morrer.**” (grifos meus)

O CTI pesquisado tem condições de prestar assistência a no máximo sete doentes. Em caso de agravamento do estado de um paciente internado no hospital, com indicação de internação em CTI, pode ou não haver vaga. O intensivista tem consciência e preocupa-se com essa relação entre demanda e oferta, sabendo que alguém poderá ser excluído da possibilidade de cura ou de vida na falta de leito vago para internação. A esse respeito disse um médico plantonista:

“Provavelmente quando vagar um leito a maior parte desses pacientes que aguardam vaga **já terão morrido, sem a assistência que o CTI poderia prestar (...).**” (grifo meu)

Decisões, as mais diversas, são tomadas diariamente pelo intensivista: seleção do doente a ser internado, escolha de medicamentos, uso da aparelhagem e até a reanimação ou não de um paciente. O profissional angustia-se com tais responsabilidades e sabe que sua decisão se baseia em diversos fatores: técnicos, sociais e morais. No dizer, em entrevista, de um médico plantonista:

“Sabe, sobre o problema da eutanásia, eu acho muito difícil decidir quando parar de trabalhar (...) ainda mais em CTI, **quando parar de tratar o doente? Difícilimo.** Eu acho que nós só podemos parar de tratar um doente quando tiver **base científica de morte cerebral** (...). Você não deve parar porque você começa a ficar como Deus, você começa a ficar **se achando Deus**. E começam a entrar coisas em você, **coisas que você traz inconscientemente. Você começa a parar de tratar porque aquele doente é judeu, ou porque aquele é negro, ou porque aquele é pobre** (...). É complicado se não tiver uma **base científica.**” (grifos meus)

O profissional demonstra a necessidade de critérios tanto técnicos – advindos do campo do saber médico – como de discussão ética ou bioética. Na prática do serviço observado, há uma administração dessas decisões. Durante o período de observação, alguns critérios – explícitos e implícitos – foram evidenciados, de modo a constituir um “sistema” semi-organizado de classificação dos pacientes, a partir do qual o intensivista assume determinadas posturas e decide condutas. A sistematização – mais ou menos organizada – dos “tipos” de doentes não é restrita a esse CTI, também ocorrendo em unidades semelhantes e em outros tipos de serviços hospitalares⁹. A classificação dos pacientes utilizada pelos intensivistas pesquisados não é um sistema no sentido clássico de uma totalidade; é antes um sistema móvel, em que as categorias não são auto-excludentes nem estáticas. Os doentes podem ser qualificados de distintas formas, simultaneamente, como também podem ser reclassificados ao longo de seu tempo de internação. As categorias acionadas para a tomada de decisões estão disseminadas em outros hospitais, com variações particulares, mas pode-se sugerir que elas apresentam um certo grau de difusão.

O “sistema” classificatório é fundado basicamente em três eixos¹⁰. O primeiro núcleo de categorias comuns funda-se genericamente em uma ordem técnica, avaliável pelo saber médico – eixo de viabilidade. A ele, pertencem categorias como “viável” e “inviável”, “responsivo”, “*highlander*”¹¹ e “morredor”¹². O segundo eixo é regido por atributos sociais; indica a posição

do indivíduo em contexto social mais amplo e sua inserção na instituição – eixo “social”, abarcando categorias como “anônimo”, “vip” e “estigmatizado”. O terceiro eixo também se funda em características sociais, contudo está referido à dimensão das normas e regras relativas ao comportamento de um paciente internado no CTI – eixo “institucional”. As categorias “cooperativo” e “rebelde” são constituintes desse eixo.

Em cada eixo, há categorias valoradas positiva e negativamente pelos profissionais. Certas categorias refletem a imagem positiva que os intensivistas têm de si e de seu trabalho, enquanto as classificações valoradas negativamente denunciam os limites de sua prática. Ao qualificar um doente de determinada maneira, o profissional inicia inconscientemente um processo decisório. Tais categorias ordenam simbólica e praticamente a tomada cotidiana de decisões que constituem o modo mais visível da prática profissional médica.

O Paciente “Ideal”: o brilho do Intensivista

O primeiro critério a respeito do doente a ser aceito pelo CTI é sua “viabilidade”: qual caso poderá beneficiar-se com a internação nesse setor. Ao surgir uma vaga, o médico é encarregado de avaliar o estado dos pacientes para selecionar quem será transferido para o CTI. Nenhum critério “objetivo” é adotado pelo serviço e a discussão dos casos é recorrente. Os critérios de possibilidade de resposta terapêutica ficam muitas vezes a cargo do “bom senso” do profissional, o que indica uma margem de subjetividade, embora certos quesitos integrem o que é definido como tal. Muitas vezes, surgem discordâncias e geralmente o intensivista mais experiente apresenta avaliação distinta de seu colega com menos tempo de prática. Um exemplo é oferecido por uma situação em que havia, para apenas um leito vago, dois pedidos de internação para homens na mesma faixa etária, em torno dos quarenta anos. Uma discussão se estabeleceu entre dois médicos: o intensivista mais jovem insistia na exclusão de um dos pacientes por esse ter AIDS, enquanto sua colega, mais experiente, percebia chances iguais de recuperação em ambos os casos¹³. A expectativa de vida parecia ser um dos parâmetros que estavam em jogo, sendo avaliada também do prisma do estigma da doença, o que aliás, se fez presente por todo o tempo de internação do doente selecionado. Um médico plantonista se referia jocosamente a esse paciente com AIDS como “o nosso **garçonzinho promíscuo**”. Essa situação ilustra a importância de certas referências, como o tipo de patologia, entre os critérios não-explícitos adotados pela equipe do CTI. Uma hierar-

quia etária também se apresenta claramente, o que pode ser exemplificado pela fala de um médico ao surgir um pedido de vaga para um menino de doze anos: “Se o paciente do isolamento resolver **ir logo** (...) Aí abre mais vaga. **Esse aí** [o doente com AIDS] **não vai durar muito mesmo** (...)”. Quanto mais jovem o doente, maior o interesse dos intensivistas. Frequentemente, o idoso é desqualificado e referido como “vovô” ou “vovôssauro”. Na sociedade ocidental contemporânea, com a exacerbação da atenção dada ao corpo, em especial ao corpo são, vigoroso, ágil e sexualizado, a velhice parece incomodar, por sua inexorabilidade e proximidade da morte. A equipe de saúde reproduz assim os significados sociais mais amplos conferidos à velhice e ao envelhecimento. Ao se tratar de uma “escolha” de investimento entre dois casos, em geral, a equipe demonstra maior mobilização diante do indivíduo mais jovem, apesar de não haver nenhuma resposta, nas entrevistas, em que a idade fosse apontada como fator relevante na indicação de internação. As recomendações dos profissionais foram semelhantes: doente grave, necessitando de atenção e cuidados intensivos, monitoração cardíaca e respiratória, além de pós-operatório. A única contra-indicação referia-se ao doente grave terminal, por não ter chance de recuperação, mas, na prática, o profissional possui clareza de que lida com uma margem de incerteza, e riscos e erros são possíveis a partir de cada decisão tomada.

O processo de tomada de decisões médicas é iniciado com a seleção do paciente “viável” e, a partir de então, várias situações podem surgir, cada uma demandando novo posicionamento dos profissionais. O trabalho da equipe visa a salvar uma vida combatendo a doença que a ameaça, de modo que se espera e deseja que o enfermo apresente boa resposta terapêutica, melhore e tenha alta do CTI. O doente “viável”, ao “responder” bem, passa a ser nomeado de “responsivo”. Trata-se do paciente que mais gratifica a equipe, certamente por reiterar seu saber técnico e sua competência. Por vezes, aquele que teve a vida salva no CTI retorna à unidade, em visita de agradecimento pelo desempenho da equipe. As demonstrações de reconhecimento, tanto de ex-pacientes como de seus familiares, levam o intensivista a considerar-se em posição de legitimidade. Como no dizer de um médico residente, referindo-se a um doente que esteve muito grave e ficou curado, tendo alta hospitalar: “Ele ressuscitou, ele nasceu de novo (...)”. O intensivista reúne recursos técnicos que o fazem equiparar-se a uma entidade superior toda-poderosa, passível até de “devolver” a vida a quem não a tinha mais. O saber e o poder desse especialista são reafirmados pelo enfermo “viável” e “responsivo”.

Essas não são as únicas possibilidades de classificação dos internados, pois a posição social do indivíduo também é relevante. Há, decerto, um discurso igualitário no CTI, como disse em entrevista uma auxiliar de enfermagem:

“Aqui não importa se vem um professor, o pai, a mãe de deputado. **Não importa quem é o paciente.** Importa que é um paciente. **O tratamento é igual,** não tem diferença se é lixo que vem aqui.” (grifos meus)

Não obstante essa fala, na prática, a equipe se mobiliza diversamente, conforme a posição social dos internados. Para a equipe, o “ideal” é o paciente “anônimo”, aquele que não possui inserção social de destaque, nem “conhecimentos” na instituição que o coloquem em situação especial. O doente “anônimo” (e sua família) geralmente não questiona as decisões dos profissionais, não possui laços sociais – institucionais ou não – com poder de interferência junto à equipe. É um paciente que não interfere em suas decisões, resigna-se em aceitá-las. Há outra forma de classificação do internado, também originária de lógica institucional, referida à sua conduta durante a internação. Trata-se do enfermo “cooperativo”: aquele que se conduz de acordo com o idealizado pela equipe intensivista, submetendo-se sem queixas às manipulações e procedimentos invasivos em seu corpo. Um médico residente assim o definiu: “um cara legal, calmo, tranquilo, não reclama de nada, bonzinho, coopera”. Além da “cooperação”, o ideal para alguns intensivistas é também o paciente que não possui condições de expressão – por estar sedado ou impossibilitado de falar – como declarou em entrevista uma auxiliar de enfermagem: “Eu prefiro o doente entubado (...)”. Dentre os profissionais entrevistados, houve uma exceção a esse respeito: a psicóloga prefere lidar com indivíduos acordados, lúcidos, com alguma possibilidade de expressão, seja por mímica labial ou escrevendo. Cabe aqui ressaltar que a psicóloga é a única profissional que trabalha no CTI sem a utilização de qualquer mediação tecnológica, lidando diretamente com o sofrimento do indivíduo internado. A aparelhagem parece ocupar lugar de especial importância para os intensivistas, por vezes servindo de “facilitadores” das tarefas a serem desempenhadas e “escudo protetor” entre profissionais e pacientes.

A organização do trabalho em CTI visa a maior eficiência técnica possível, o que muitas vezes conduz a uma contraposição entre competência técnica e cuidado. O intensivista centra-se nos parâmetros de funcionamento dos órgãos dos doentes, nos resultados dos exames, indicando a preeminên-

cia dos valores relativos ao conhecimento, à técnica, à ação competente sobre os valores das relações humanas. A rotina do CTI é organizada de forma a maximizar a utilização dos recursos técnicos, silenciando a expressão emocional dos profissionais, dos doentes e de seus familiares. Lidar com emoções e sentimentos dos pacientes pode demandar tempo e mobilização afetiva dos profissionais, como explicita uma enfermeira:

“É mais fácil aquele paciente que **você não precisa interagir**. É mais fácil porque aí você age simplesmente com o teu conhecimento teórico. Você atua em **termos técnicos** (...).” (grifos meus)

O doente “ideal”, além de “viável”, “responsivo”, “anônimo” e “cooperativo”, é o indivíduo que, por suas características sociais e atributos pessoais, está suficientemente próximo da equipe de modo a causar certa empatia, e suficientemente distante de forma a não produzir maior identificação dos membros da equipe com o enfermo. No dizer de um médico plantonista: “o paciente mais difícil é aquele com quem você **se identifica**” (grifo meu). A relação equipe-doente deve transcorrer dentro de determinados limites emocionais, de acordo com os profissionais investigados, objetivando o cuidado competente. O brilho do intensivista pode ser revelado através do paciente “ideal”, demonstrando a eficácia do saber do especialista.

O Paciente “Difícil”: os limites do poder do Intensivista

Quando o doente não se comporta conforme o esperado pela equipe, é qualificado como um caso “difícil”. O paciente “rebelde” é o oposto do “cooperativo”: não aceita tubos e fios em seu corpo, tenta retirá-los, não se sujeita às manipulações ou à utilização da aparelhagem. A movimentação corporal do enfermo, por vezes, pode ser considerada pelo profissional como risco à correta posição dos fios e tubos no corpo do doente, e este pode ser qualificado como “rebelde”. Essa classificação pode variar segundo a disponibilidade – objetiva ou subjetiva – do intensivista. Por exemplo, diante da movimentação do doente, alguns profissionais podem conversar com ele, explicando os riscos da movimentação e solicitando sua cooperação, enquanto outros decidem agir, promovendo alguma forma de controle: sedação medicamentosa ou contenção física. Esta pode ser realizada de dois modos: amarrando os braços e/ou pernas nas grades do leito ou através de uma luva sem dedos, com a mão totalmente enfaixada. O corpo do enfermo torna-se um campo de batalha na disputa pelo poder, onde a equipe, visando o tratamento, a manutenção da vida e a preservação de sua identidade profissi-

onal, deve-se impor. O tempo é um importante fator na “rebeldia”, uma vez que a equipe busca sua melhor utilização, além da eficiência da aparelhagem. Ao se “rebelar”, o paciente demanda um tempo maior por parte dos profissionais – seja tempo para seu convencimento ou para sua contenção. A cada etapa do tratamento, há um comportamento esperado pela equipe, que reage de formas distintas às alterações das condutas dos internados: ao “cooperar”, um doente “rebelde” torna-se “cooperativo”, passando a receber dos profissionais um tratamento distinto do anterior.

A “rebeldia” é uma categoria pertencente ao “eixo institucional” de organização das categorias classificatórias. Com referência ao “eixo social”, o “ideal” para a equipe é o doente “anônimo”. Em contraposição, há duas categorias – o “vip” e o “estigmatizado” – produtoras de mobilização para os profissionais. O enfermo “vip” situa-se no plano das relações pessoais e institucionais, do “conhecimento”, como, por exemplo, um filho de funcionária antiga do hospital. A indicação usual de internação no CTI é preencher as vagas com pedidos advindos do hospital, e só depois atender aos pedidos externos. No entanto, “jeitinhos” podem ser dados, especialmente ao se tratar de pessoa que mantenha relação com certas instâncias do poder institucional. A equipe mobiliza-se com a internação desse tipo de doente, como disse um médico plantonista: “Ah, paciente **vip dá um trabalho, tem tanta gente se metendo (...)**”. Por vezes, há cobranças e interferências por parte dos “conhecidos” do internado, sobre os cuidados a ele prestados, como também são abertas exceções às regras e normas do setor: o “vip”, às vezes, pode receber visitas fora do horário regulamentar. Por ocupar um lugar especial, esse tipo de paciente contradiz, na prática, o discurso formalmente igualitário vigente no CTI. Além disso, pelo fato de possuir relação com autoridade influente na instituição, esse doente pode adquirir, para a equipe, um caráter persecutório. O insucesso terapêutico pode ser testemunhado por pessoas socialmente valorizadas pelos profissionais. A visibilidade do “fracasso” acentua o desconforto da percepção dos limites do poder do intensivista.

Essa não é a única possibilidade de contraposição ao ideal do anonimato, pois enquanto o “vip” tem uma identidade social excessivamente positiva, o “estigmatizado” é desvalorizado por seus hábitos. O estigma pode ser tanto pelas práticas alimentares, quanto pelas opções e práticas sexuais, ou ainda pelo uso de drogas – legais ou não. O paciente é de certa forma culpabilizado – por alguns intensivistas – por seu adoecimento, o que interfere na relação do profissional com o enfermo e seus familiares. No dizer de um estagiário de medicina:

“Tem doença que o paciente é **culpado** (...) Um paciente que é **alcoólatra** de muito tempo, ou o **tabagista**, ou o tipo de dieta. Aquele que faleceu há pouco tempo era hipertenso, **bebia demais, comia dieta hiperlipídica**, enfim, tinha todos os fatores de risco (...). Enfim, não justifica também eu não querer tratar dele, mas (...) ele poderia evitar alguma coisa disso (...). Sabe, é **diferente aparecer um câncer de pulmão em quem nunca fumou** (...).” (grifos meus)

Da mesma forma que, ao se identificar com o doente, o profissional se aproxima além da distância considerada adequada; ao desqualificá-lo, o afastamento torna-se igualmente problemático. Tal situação pode, em alguns casos, conduzir a um menor investimento, por parte de distintos membros da equipe, como no seguinte episódio: um internado com AIDS teve uma piora considerável, recebendo o parecer de um médico plantonista de que “provavelmente **o nosso garçonzinho promíscuo** não passa de hoje (...)”. No dia seguinte, a respeito do mesmo doente, uma médica disse: “**Não vamos desistir** desse doente, vamos **tentar de tudo**. Ele é jovem, tem um bom coração, está reagindo e **pode ser salvo**” (grifos meus). A expectativa do tempo de vida talvez tenha sido avaliada diversamente pelos profissionais a partir do estigma sexual de sua doença.

O profissional tem consciência de que, ao tomar uma decisão, muitas vezes se baseia não somente em seu conhecimento técnico, mas também em valores sociais, como no episódio a seguir, relatado por um médico (em entrevista):

“Nós tivemos uma doente aqui que a gente decidiu parar tudo. Ficamos três dias parados, e ela não tinha morte cerebral. Ela era **AE, excepcional**, grandona, teve uma febre e piorou muito. Paramos tudo numa segunda-feira, e na quarta-feira um médico decidiu voltar com tudo. **Decidiu sozinho**. Ele achou um absurdo terem parado e voltou com tudo. E não é que a menina voltou, acordou e saiu do CTI (...). Ela saiu falando.” (grifos meus)

O excepcional é um indivíduo socialmente desvalorizado, e provavelmente esse foi um dos fatores concorrentes para a decisão da equipe. Geralmente, esse tipo de decisão – que envolve uma grande responsabilidade do profissional – é tomada pela equipe em conjunto. Contudo, a vida dessa jovem – portadora de uma deficiência, estigmatizada – foi salva por uma iniciativa individual, o que indica a amplitude do poder do médico intensivista. Esse profissional, ao considerar a paciente “viável”, decidiu investir em sua

vida, possivelmente discordando da maior parte da equipe, que classificou o caso como “inviável”. Qualquer internado, ao ser considerado “inviável”, passa a não mais mobilizar um investimento por parte da equipe, que muitas vezes se desinteressa do caso. Logo que se admite que não há clinicamente “mais nada a fazer”, o médico cessa de alguma forma de ter responsabilidade sobre o paciente, que se torna apenas o ocupante de um leito (Herzlich, 1993, p. 14).

À classificação “inviável” pertencem também duas outras categorias: o “*highlander*” e o “morredor”. O “*highlander*” – denominação muito difundida em vários hospitais – é o doente que, a despeito de todo investimento terapêutico, não apresenta melhora nem piora ao longo de um período de tempo prolongado. De acordo com os intensivistas pesquisados, não há explicação científica sobre esse tipo de caso, que também é referido como “resistente” ou “imortal”. Em geral, o “*highlander*” permanece internado por um tempo maior que o usual, até que seu quadro se altere, passando então a responder positivamente – sendo reclassificado como “viável” – ou negativamente, tornando-se um “morredor”, com sinais indicadores de morte próxima. Dentre tais sinais, a constatação de morte cerebral é um dado de extrema relevância para a equipe, somente sendo possível sua confirmação através de exame eletroencefalográfico¹⁴.

A morte é uma presença contínua no CTI e os números são reveladores. Durante os três meses de observação, foram internados no setor 54 doentes, dos quais 31 foram transferidos para as enfermarias e 23 “chegaram a óbito”. O morredor mobiliza muito a equipe intensivista, que deve tomar uma série de providências após sua classificação: contato com o Banco de Órgãos, para avaliação dos possíveis órgãos em condições de doação; comunicação aos familiares da situação e pedido de retirada de órgãos para doação; seleção do próximo doente a ocupar o leito a vagar em breve; e a decisão de quais medicamentos e aparelhos serão mantidos até o óbito. Há também uma grande mobilização emocional por parte dos intensivistas, pois de certa forma o “morredor” é a prova do limiar da ação heróica do profissional, e muitas vezes o profissional se afasta do agônico. A morte é, para o médico e para o hospital, antes de tudo, um fracasso (Herzlich, 1993, p. 7). Exatamente por isso se torna conveniente que a morte perca sua importância central e cesse de mobilizar recursos e energias, sobretudo nas atitudes cotidianas da equipe face ao moribundo. Muitas vezes, os profissionais falam e agem próximos ao leito do paciente como se ele já não estivesse mais vivo, referindo-se ao doente no tempo verbal passado. Tal situação é

denominada por David Sudnow (1967, p. 61) como “morte social”, que precede a morte biológica. Apesar de a equipe buscar um distanciamento emocional do “morredor”; muitas vezes, sentimentos emergem, especialmente através do contato com seus familiares, quando, por vezes, surge na equipe um sentimento de perda e a percepção do limite de seu saber e poder.

A rotina das equipes é organizada de modo a silenciar a expressão emocional dos profissionais, dos doentes e de seus familiares. Desse modo, a morte, tão presente, é silenciada, banalizada, regulada e rotinizada. As palavras “morte” e “morrer” são evitadas e os eufemismos são largamente utilizados pelos intensivistas: “está descendo a ladeira”, “está indo embora”, “está no finzinho”, “não há mais o que fazer”, “está afundando”, “está entregue a Deus”, “não vai durar muito”, “parou, tentaram reverter e não deu”, “não vai passar de hoje”, além de “faleceu”.

De acordo com Herzlich (1993, p. 6), a angústia está sempre presente no hospital, por maior que seja a indiferença das práticas da rotina hospitalar. A delegação social da morte ao médico não implica fornecer a ele os meios de elaboração de uma conduta específica, e acarreta ônus, como disse um médico plantonista: “O que cansa neste trabalho é o contato com a morte. É muita morte, é morte demais”. O cansaço e a mobilização do profissional o levam a distanciar-se do moribundo e de sua família, o que não significa necessariamente indiferença. Antes, é um dos mecanismos de gestão das emoções construídos pelos profissionais para garantir a eficiência de seu trabalho. O trabalho médico e o funcionamento do hospital reforçam o ocultamento social da morte, considerado por Norbert Elias (1989, p. 26) como parte do impulso civilizador iniciado na Europa há cerca de quinhentos anos. Para esse autor, somente as rotinas institucionalizadas dos hospitais configuram socialmente o final da vida, criando formas de extrema pobreza emocional e contribuindo para que o moribundo seja relegado à solidão (Idem, p. 38). De fato, morre-se atualmente nas instituições especializadas e o CTI é o setor hospitalar que concentra grande número de “morredores”.

O intensivista, muitas vezes, age como se não fosse passível de adoecer e morrer, e, ao aproximar-se do doente, identificando-se, é forçado a “lembrar-se” de sua condição humana e finita. Tal situação pode ocorrer também em caso de adoecimento de algum membro da equipe, como se passou com um auxiliar de enfermagem, relatando aos colegas intensivistas sua internação recente: “Sabe o quê, é diferente quando a gente fica do outro lado. Eu vi bem o que é ficar do outro lado (...)”. A idéia da existência – para o

profissional – de dois territórios distintos, nitidamente separados por uma barreira, se apresenta, mas mesmo ao adoecer o indivíduo não perde sua identidade profissional, como disse o mesmo auxiliar de enfermagem:

“Sei que quase morri, depois que tudo passou **me deu uma paura** (...). Mas ao mesmo tempo eu estava cercado dos profissionais que conheço, **confio** em meus colegas, tive o maior carinho, maior apoio.” (grifos meus)

O temor da morte daquele profissional foi, de certo modo, minorado pelo conhecimento técnico e confiança na competência dos colegas, apesar do discernimento de que algum dia se defrontará com sua finitude. A partir de um contato tão íntimo com a morte em seu cotidiano, o intensivista desenvolve também uma classificação sobre o morrer – “mal” ou “bem”. A primeira categoria se refere ao morrer lento, invadido por tubos, no interior de um hospital, enquanto a segunda é referida à morte rápida, sem dor e sem consciência, de preferência em sua própria casa. Em nossa sociedade, entretanto, é o que menos acontece, pois é no hospital que se morre atualmente. Paradoxalmente, o profissional que idealiza o morrer “bem” é o mesmo que demonstra a eficácia de seu saber e reafirma seu poder no enfrentamento da morte. A medicina, em nossa sociedade, com todo o avanço tecnológico, chega a pretender – e, às vezes, consegue – domesticar o fim da vida.

Considerações Finais

A posição do profissional de CTI é de extrema complexidade: isolado do mundo exterior, lidando com situações no limiar da vida e da morte. A vida do intensivista, como a de seu paciente, quando dentro do CTI, está centrada em inúmeros detalhes, prescrições, números e regulações. Em certo sentido, a tecnologia da unidade regula tanto a vida e a morte dos doentes, quanto a própria vida dos profissionais no ambiente de trabalho. A habilidade no manejo da aparelhagem, somada à bagagem de conhecimentos, posiciona o especialista de CTI em lugar de poder privilegiado no sistema hierarquizado institucional. Há, pois, uma glória em seu exercício profissional, mas também um ônus: o desgaste, o cansaço, a possibilidade de fracasso no confronto com a morte.

O processo de tomada de decisões médicas relativas à vida e morte dos pacientes de CTI revela-se de extrema complexidade: na avaliação prática do intensivista sobre o enfermo, entram em jogo representações sociais mais difundidas – muitas delas estigmatizantes – e também as tensões peculiares e constitutivas da prática médica, presentes no eixo “competência-cuidado”.

A equação é de difícil e intrincada resolução. Consegue-se hoje postergar, prorrogar a vida, através da tecnologia, mas pouco se questiona sobre o custo físico e emocional – tanto para o doente e seus familiares quanto para os profissionais – de tal procedimento. O indivíduo, como sujeito de sua vida e dos desígnios de sua morte, é freqüentemente silenciado. A medicina atingiu hoje um patamar de desenvolvimento tecnológico que permite certo domínio e regulação da morte, em outras palavras, uma “domesticação” da morte.

Cada vez mais capacitado a criar a vida, prolongá-la ou até interrompê-la, o médico encontra-se pois no centro de um debate bioético, uma vez que todas essas práticas dependem do saber médico, enredado numa estrutura de poder. O modelo de prática intervencionista, contudo, é hegemônico, e reduz o doente à condição de objeto de um saber, como na eutanásia e no suicídio assistido. Estes se tornaram temas de amplo debate, inclusive sobre a autonomia do indivíduo e a abrangência social do poder médico diante de escolhas individuais. O suicídio assistido radicaliza o poder de decisão médica diante da morte e, mais além, transforma um acontecimento pessoal e íntimo em evento médico (Salem, 1999). A discussão ética, entretanto, corre o risco de ficar restrita ao campo técnico da medicina. Fica em aberto a proposta de ampliação do campo de debate a uma parcela maior da sociedade.

Notas

- ¹ Médica, doutoranda e mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- ² Nesse processo histórico, os conceitos de saúde e doença também se transformaram, de modo que os caminhos da “saúde/doença” no Ocidente foram balizados pela racionalização cientificista aplicada à natureza em geral e à corporalidade em particular, produzindo o que se chama atualmente de Biomedicina, que visa a responder à demanda da sociedade no que se refere ao sofrimento humano expresso no corpo (Duarte e Leal, 1998, p. 19).
- ³ Entre os principais estudos destacam-se os de Michel Foucault (*História da loucura na Idade Clássica*, 1995; *O nascimento da clínica*, 1994 e *Microfísica do poder*, 1979); Erving Goffman (*Internados*, 1972); Anselm Strauss (*The hospital in modern society*, 1963); Eliot Freidson (*Profession of medicine*, 1988); Claudine Herzlich (*Médecine, maladie et société*, 1970; *Sociologie de la maladie et de la médecine*, 1994; *Os encargos da morte*, 1993); Renée Fox (*The sociology of medicine, a participant observer’s view*, 1989); Howard Becker (*Boys in white*, 1992); Philippe Ariès (*O Homem perante a morte*, 1981); Norbert Elias (*La soledad de los moribundos*, 1989), entre outros.
- ⁴ Etnografia realizada através de observação participante durante três meses, num total de cem horas, complementada por dez entrevistas gravadas com profissionais do CTI. A etnografia deu origem à dissertação de mestrado (Menezes, 2000).

- ⁵ De acordo com Byron Good e Mary-Jo Del Vecchio Good (1993, p. 91), a “competência” é associada à linguagem das ciências básicas, ao conhecimento, à técnica, ao fazer e à ação, enquanto o “cuidar” é expresso na linguagem dos valores, das relações, da compaixão e da empatia, do “não-técnico”. A medicina como instituição cultural aceita e define essa dicotomia como essencial ao papel do médico, pois ele deve dar completa primazia à competência, visto que esta é a base presumida para sua prática. Contudo, somente o saber e a competência não dão conta da abrangência da prática médica, pois a experiência, o sentir e a subjetividade do médico também são extremamente relevantes no atendimento ao doente.
- ⁶ Há também outros espaços no CTI: uma sala de reuniões, sala da chefia de enfermagem, quartos de repouso dos profissionais, depósito de materiais e uma copa.
- ⁷ Especialidades englobadas: Clínica Médica, Cardiologia, Pneumologia, Cirurgia e Anestesiologia.
- ⁸ Levantamento realizado pelo Jornal do Brasil (4/4/1999, Caderno Cidade, p. 21), a partir de dados das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.
- ⁹ A esse respeito, há referências na literatura: Howard Becker, em sua pesquisa etnográfica sobre a aprendizagem médica, apresenta um sistema classificatório dos pacientes, construído pelos estudantes (Becker, 1992, p. 313). Josep Comelles (1994, p. 195), em seu estudo sobre uma Unidade de Cuidados Intensivos de Grandes Queimados, também observou a categorização realizada pela equipe profissional sobre o estado do internado.
- ¹⁰ Optei por dividir em três eixos de organização, como uma forma de iluminar a ênfase dada pelos intensivistas a determinadas categorias classificatórias. Busquei também um modo de organização que tornasse a grade classificatória mais clara. As denominações das diversas categorias são as utilizadas pela equipe intensivista, e as referentes aos eixos são de minha autoria.
- ¹¹ Essa denominação, muito freqüente em hospitais do Rio de Janeiro, se refere a um filme, cujo herói é um guerreiro imortal. Ele só morre se tiver sua cabeça cortada, separada de seu corpo.
- ¹² O eixo de “viabilidade” é referido ao saber médico, no qual as referências biológicas são extremamente relevantes. Sabemos, entretanto, que categorias culturalmente produzidas têm como referência processos biológicos universais, como, por exemplo, a idade. Parto do princípio de que a idade não é um dado da natureza, mas uma construção social. Os períodos da vida

 - como processos biológicos
 - são elaborados culturalmente de formas distintas.
- ¹³ Nessa situação, a escolha da médica mais experiente prevaleceu e esse doente (com AIDS) foi aceito no CTI.
- ¹⁴ O Conselho Federal de Medicina possui critérios de definição de morte cerebral elaborados

 - por doze cientistas
 - e aprovados em 1997. Recentemente, em 1999, alguns critérios foram questionados por um neurologista. O debate está em aberto e os critérios oficiais ainda não foram alterados.

Referências Bibliográficas

- ADAM, P., HERZLICH, C. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Nathan, 1994.
- ARIÈS, P. *O homem perante a morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981.
- BECKER, H. *Boys in white*. Chicago: University of Chicago Press, 1992.
- CIVETTA, J., TAYLOR, R., KIRBY, R. *Critical care*. Philadelphia: JB Lippincott Com., 1988.
- COMELLES, J. M. La sacralización de la práctica hospitalaria. In: BARONA, J. (Org.). *Malaltia e cultura*. Madrid: s.n., 1994.
- DUARTE, L. F. D., LEAL, O. F. (Orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- ELIAS, N. *La soledad de los moribundos*. México: Fondo de Cultura Económica, 1989.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
- _____. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1995.
- _____. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- FOX, R. *The sociology of medicine, a participant observer's view*. New Jersey: Prentice Hall, 1989.
- FREIDSON, E. *Profession of medicine*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
- GOFFMAN, E. *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu, 1972.
- GOOD, B., GOOD, M. V. Learning medicine. In: LINDEBAUM, S., COCH., M. (ed.). *Knowledge, power and practice. The anthropology of medicine and everyday life*. California: University of California Press, 1993.
- HERZLICH, C. *Médecine, maladie et société*. Paris: Maloine, 1970.
- _____. *Os encargos da morte*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993.
- MENEZES, R. A. *Díficeis decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.
- SALEM, T. Physician-assisted suicide: promoting autonomy or medicalizing suicide? *Hastings Center Report*, v. 29, n. 3, s/p., 1999.

- SIMÃO, A. T. *Terapia intensiva*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1976.
- STRAUSS, A. The hospital and its negotiated order. In: FREIDSON, E. (ed.). *The hospital in modern society*. London: Collier-MacMillan Lim., 1963.
- SUDNOW, D. *Passing on. The social organization of dying*. New Jersey: Prentice-Hall Inc., 1967.

ABSTRACT

Difficult decisions: an anthropological approach to the medical practice in an ICU

The hospital in contemporary Western society has become the place of social legacy of the sick, where medical knowledge is implemented. An ethnography was performed at a public hospital's Intensive Care Unit, to study how decisions among medical professionals are taken, concerning illness and death of patients. There was evidence of specific identity of the ICU staff and a classifying "system" for the in-patients. Examination of this data reveals the complexity of the decision-making process, in which the professional's acts are based on his knowledge, subjectivity and cultural values.

Keywords: Medical practice; Intensive Care Unit; medical decisions; bioethics; sociology of professions.

RÉSUMÉ

Décisions difficiles: une démarche anthropologique sur la pratique médicale au CSI

L'hôpital dans la société contemporaine occidentale est devenu un lieu de délégation sociale des malades et le champ d'exercice du savoir médical. Dans cet article l'auteur expose la prise de décisions professionnelles que se réfèrent à la maladie et à la mort des patients. L'article résulte d'une ethnographie développée à l'Unité de Soins Intensifs dans un hôpital public. Une identité spécifique des professionnels du CSI a été évidenciée, ainsi qu'un "système" classificatoire ordonnant les patients hospitalisés. L'analyse des données de cette recherche signale la complexité de la prise des décisions faite par les professionnels: ces décisions sont basées soit sur leur savoir technique, leur subjectivité et valeurs culturels.

Mots-clé: Pratique médicale; Centre de Soins Intensifs; décisions médicales; bioéthique; sociologie des professions.

Recebido em 27/09/00.

Aprovado em 18/10/00.