

**INVESTIGACIÓN**

# Conflictos bioéticos vivenciados por enfermeros en hospital universitario

Fernanda Bortolin Maciel<sup>1</sup>, Arnaldo Nogaro<sup>1</sup>

1. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação, Departamento de Ciências Humanas, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Frederico Westphalen/RS, Brasil.

**Resumen**

El artículo resulta de una investigación de campo, realizada en un hospital universitario en Rio Grande do Sul, con el objetivo de identificar y analizar los conflictos bioéticos vivenciados por enfermeros y los mecanismos institucionales de apoyo para lidiar con estas situaciones. En la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada, observando todos los procedimientos y recomendaciones éticas. Los datos se analizaron a partir de la perspectiva de Bardin, distribuyéndose en dos categorías: conflictos bioéticos vivenciados en la cotidianidad laboral y mecanismos de apoyo al profesional para afrontarlos. Quedó evidenciado que los enfermeros se enfrentan con estos dilemas y no siempre poseen el conocimiento, las condiciones, la autorización y el apoyo necesarios para solucionarlos, lo que perjudica su desempeño o genera sentimientos de frustración en el trabajo.

**Palabras clave:** Bioética. Toma de decisiones. Enfermería. Servicios de salud.

**Resumo****Conflitos bioéticos vivenciados por enfermeiros em hospital universitário**

O artigo resulta de pesquisa de campo realizada em um hospital universitário no Rio Grande do Sul com o objetivo de identificar e analisar conflitos bioéticos vivenciados por enfermeiros e os mecanismos institucionais de suporte para lidar com essas situações. Na coleta de dados utilizou-se entrevista semiestructurada, observando todos os procedimentos e recomendações éticas. Os dados foram analisados a partir da perspectiva de Bardin, sendo distribuídos em duas categorias: conflitos bioéticos vivenciados no cotidiano laboral e mecanismos de suporte ao profissional para enfrentá-los. Ficou evidente que enfermeiros deparam com esses dilemas e nem sempre possuem conhecimento, condições, autorização e amparo necessários para solucioná-los, o que prejudica seu desempenho ou gera sentimento de frustração no trabalho.

**Palavras-chave:** Bioética. Tomada de decisões. Enfermagem. Serviços de saúde.

**Abstract****Bioethical conflicts experienced by nurses in a university hospital**

The article is the result of research carried out at a university hospital in Rio Grande do Sul, with the objective of identifying and analyzing the bioethical conflicts experienced by nurses and the institutional support mechanisms offered and used by them to address these conflicts. For the data collection, a semi-structured interview was used. All the ethical procedures and recommendations were observed. Data analysis followed Bardin's perspective. Two main categories were defined to support the data: bioethical conflicts experienced in daily life and the support mechanisms available to the professional facing bioethical conflicts. What was evidenced is that nurses are confronted with bioethical conflicts of different natures and do not always have the knowledge, conditions, authorization and support necessary to solve them, which impairs their performance or makes them feel frustrated about their work.

**Keywords:** Bioethics. Decision-making. Nursing. Health services.

Aprovação CEP-URI/FW 1.886.529

Declararam não haver conflito de interesse.

La revolución industrial, que propició el surgimiento de la sociedad capitalista, promovió el desarrollo científico y tecnológico, trayendo profundas transformaciones sociales<sup>1</sup>. En el área de la salud, estos avances ampliaron los instrumentos, técnicas y medios de intervención en la vida humana, generando más posibilidades terapéuticas. En contrapartida, aumentaron los riesgos de la asistencia, especialmente de alta complejidad.

La evolución de la tecnología biomédica también ha provocado conflictos bioéticos y ha planteado importantes cuestionamientos a los profesionales de la salud, tanto de colegas como de pacientes y familias. Esto se debe a que la rapidez del progreso tecnocientífico modificó los valores y las normas, creando una realidad multidimensional<sup>2</sup>. Al mismo tiempo que la biotecnología ha mejorado la calidad de vida y las posibilidades de supervivencia, ha generado preocupaciones, como la cuestión de hasta qué punto es aceptable invertir en pruebas, tecnologías y medicamentos de última generación para pacientes con pocas chances de sobrevivir (pronóstico reservado).

Al reflexionar sobre esta incongruencia, Taylor agrega que nunca fue tan importante para los enfermeros la conciencia de las dimensiones éticas de la práctica profesional y la existencia de confianza en "hacer lo éticamente correcto" simplemente por tratarse del acto correcto a realizar<sup>3</sup>. Así, ante la influencia científica y tecnológica en el proceso de cuidar y en la práctica de los profesionales de salud, especialmente de enfermería, surgen conflictos éticos en el ejercicio de la profesión<sup>4</sup>. En fin, ¿hasta cuándo se puede intervenir en la propia vida y en la de otro ser humano?

La ética resurge entonces como la base para responder esta y otras preguntas. En las últimas cuatro décadas, con la intención de profundizar el abordaje ético de las cuestiones relacionadas con el desarrollo científico, se ha formado un campo plural e interdisciplinario: la bioética, definida por Potter como una *nueva sabiduría* que proporciona el 'conocimiento de cómo usar el conocimiento' para la supervivencia humana y para la mejora de la calidad de vida<sup>5</sup>. Por lo tanto, la bioética nace de la preocupación humana frente a los desafíos de conservar y mejorar sus propias condiciones de vida<sup>6</sup>.

En esta perspectiva, el presente estudio busca identificar y analizar los conflictos bioéticos vivenciados por los enfermeros de un hospital universitario en la región central de Rio Grande do Sul y los mecanismos institucionales de apoyo ofrecidos y utilizados por ellos para enfrentar tales situaciones.

El aumento de las posibilidades diagnósticas y terapéuticas aportadas por la tecnociencia<sup>7</sup> y la mejora de la calidad de vida favorecieron la longevidad humana. Sin embargo, a pesar de colaborar en el trabajo del equipo de salud, las tecnologías también crean una serie de impases en el sentido de garantizar a las personas el derecho a la salud cuando se cuenta con recursos limitados. Conocer tales dificultades puede ayudar tanto al profesional como a las instituciones a implementar estrategias para reducir el sufrimiento de los responsables del cuidado y proporcionar más seguridad en las decisiones de los pacientes y sus familias.

## Método

Este artículo resultó de una investigación cualitativa, realizada entre marzo y junio de 2016, con 21 enfermeros de un hospital universitario en la región central de Rio Grande do Sul. Se establecieron como criterios de inclusión: ser enfermero/a, aceptar participar de la investigación y trabajar en una sala de urgencia para adultos (SUA), una unidad de terapia intensiva para adultos (UTI), una unidad coronaria intensiva (UCI), o en la sala de recuperación anestésica (SRA) y/o sala de cirugía (SC). Los profesionales ausentes en el lugar de trabajo, en los días de recolección de datos, fueron excluidos del estudio.

El primer paso fue contactar a los coordinadores de las unidades para presentar el objetivo de la investigación, solicitando autorización para realizar entrevistas en el lugar y averiguando qué enfermeros aceptarían participar del estudio. Las entrevistas semiestructuradas, de aproximadamente 20 minutos, tuvieron lugar en el propio espacio de trabajo de los participantes, de forma individual y privada, de acuerdo con el interés y la disponibilidad de cada uno. Los discursos fueron grabados en audio con el consentimiento de los entrevistados, para garantizar que el material sea fidedigno, luego se transcribió en un editor de texto conforme al orden de las entrevistas.

En la recolección de datos, se utilizó un guion previamente estructurado, con preguntas para caracterizar el perfil sociodemográfico de los participantes y preguntas abiertas sobre conflictos bioéticos en la práctica profesional. Las conversaciones finalizaron cuando se percibió la repetición y saturación de informaciones. Para garantizar el anonimato, los enfermeros se identificaron con la letra E seguida del número cardinal (entre 1 y 21).

El estudio fue evaluado y autorizado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos (CEP) de la Universidad Regional Integrada do Alto

Uruguai e das Missões, *campus* Frederico Westphalen, en cumplimiento de los preceptos éticos y metodológicos de la Resolución del Consejo Nacional de Salud (CNS) 466/12<sup>8</sup>. Todos los enfermeros entrevistados conocían la naturaleza de la investigación y firmaron un documento de consentimiento libre e informado (DCLI) en dos copias, conservando una de ellas y entregando la otra a la investigadora.

Para tratar los datos se utilizaron procedimientos de análisis de contenido descritos por Bardin<sup>9</sup>, que comprenden tres fases: pre-análisis; exploración del material y tratamiento de los resultados; inferencia e interpretación. La primera consistió en escuchar las grabaciones, transcribir las entrevistas, leer el material recopilado y organizar la información en tablas. Estas últimas se imprimieron para facilitar su manejo y se resaltaron con diferentes colores, según la idea principal.

Las informaciones destacadas compusieron unidades de contexto detalladas en la segunda fase, y posteriormente subsidiaron la creación de categorías. Finalmente, en la inferencia e interpretación, los datos se analizaron de acuerdo con la literatura disponible sobre el tema, a partir de los objetivos del estudio.

## Resultados y discusión

Entre los 21 participantes, el 81% eran de sexo femenino, y el 19%, masculino. La franja etaria varió de 25 a 29 años (19%), de 30 a 34 (43%), de 35 a 39 (19%), de 40 a 44 (9,5%) y de 45 a 49 (9,5%). En cuanto al nivel de educación, el 5% de los entrevistados tenían sólo estudios de grado, el 57% tenía posgrado *lato sensu* y el 38% de posgrado *stricto sensu* (maestría), componiendo, por lo tanto, una muestra calificada.

En relación con el tiempo de servicio, el 28% de los enfermeros tenían entre 2 y 6 años de ejercicio de la profesión, el 43% entre 7 y 11 años, el 14% entre 12 y 16 años, el 5% tenía entre 17 y 21 años de experiencia, y el 10% entre 22 y 26 años. Con respecto a la unidad de trabajo, el 24% de los entrevistados trabajaba en la UTI de adultos, el 14% en la UCI, el 29% en la SRA y en la SC, y el 33% ejercía sus actividades en la SUA. Vale destacar que la SRA y la SC son unidades físicamente interconectadas, y los enfermeros frecuentemente colaboran en ambas; por esta razón fueron agrupadas en el análisis del material.

En este artículo se destacan dos categorías: conflictos bioéticos vivenciados en la cotidianidad laboral; y mecanismos de apoyo al profesional para hacer frente a estas situaciones. La primera se

subdividió en otras cuatro: 1) infraestructura y recursos; 2) dificultades con el equipo; 3) dificultades con pacientes y familiares; y 4) cuestiones relativas a la terminalidad de la vida.

### Conflictos bioéticos en la cotidianidad laboral

En esta categoría, el estudio mostró que los enfermeros vivencian diversos conflictos bioéticos en el trabajo, los cuales están relacionados con factores como la falta de camas, problemas de comunicación entre el equipo y los pacientes, violación de la confidencialidad, irrespeto al derecho a la información, negligencia, afrenta a la autonomía del paciente y distansia. Estos elementos fueron analizados y divididos en las cuatro subcategorías tratadas a continuación.

Con respecto a la falta de infraestructura y recursos para exámenes y otros procedimientos médicos, los entrevistados relataron:

*“No tenemos una infraestructura, ni (...) recursos humanos”* (E4);

*“Necesitamos improvisar en nuestro día a día (...) no tenemos los recursos más variados en la atención al usuario y, a veces, creo que terminamos (...) arriesgando”* (E7);

*“Trabajar en un hospital que está (...) constantemente lleno de gente, en un sector que no tiene capacidad para aguantar la demanda (...), no sólo el sector, todo el hospital. Entonces, creo que todos los que trabajan aquí conviven con un dilema bioético, porque terminamos tomando decisiones (...) por lo que tal vez sea la vida de alguien”* (E1).

Estos discursos muestran la disparidad entre la demanda y la capacidad instalada; algunas unidades están superpobladas e incluso trabajan por encima de su capacidad, especialmente en la atención de urgencia y emergencia. El fracaso en la atención básica conduce a muchas citas médicas de alta complejidad, implicando costos individuales mayores y desaprovechamiento de recursos públicos, ya que la mayoría de los que buscan este tipo de atención no necesitan esto, sino servicios de baja complejidad. A esto se suman los perjuicios en el proceso de cuidar, exponiendo más al paciente al riesgo de iatrogenia.

Para los profesionales también hay más riesgos, ya que estas condiciones favorecen la ocurrencia de accidentes laborales, sufrimiento psíquico, enfermedades psicosomáticas, así como pueden conducir al uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, al absentismo y la alta rotación, además de conflictos

laborales que pueden culminar en procesos judiciales y administrativos<sup>10</sup>.

Otro estudio señaló además el problema de la falta de adecuación de los recursos para la asistencia, evidenciando que los profesionales no saben cómo proceder ante la falta de camas en la UTI<sup>11</sup>. Teniendo en cuenta la dificultad de administrar recursos limitados de forma más equitativa, algunos autores enfatizan la necesidad de definir criterios para atender a las demandas, situación siempre delicada, que puede determinar la vida o la muerte de alguien<sup>12</sup>.

Según Lunardi, *incluso si no tenemos conciencia, estamos, continuamente tomando decisiones morales, como al priorizar nuestro hacer*<sup>13</sup>. En este sentido, optar por cuidar a un paciente en detrimento de otro ya es una decisión, tal vez de omisión del sufrimiento de aquel paciente a quien se le niega la atención. Cuando el profesional de salud enfrenta problemas morales, debe decidir si basa sus acciones en valores y creencias personales o asumir el riesgo de actuar en base a lo que otros determinan o esperan, incluso si esto contradice sus principios<sup>14</sup>.

Para que la práctica de los profesionales de la salud sea satisfactoria, es fundamental asegurar una buena infraestructura, con materiales y equipos adecuados, además de recursos humanos apropiados. Esto favorece la humanización, la calidad de la asistencia a la salud y, en consecuencia, el trabajo del enfermero. Cuando la infraestructura es insuficiente, las limitaciones e improvisaciones pueden comprometer las actividades y los resultados del equipo<sup>15-17</sup>.

Vaghetti y colaboradores destacan el hecho de que los hospitales públicos atraviesan carencias presupuestarias *debido tanto a la inadecuación de los ingresos como a una mala administración (...) y gestión de costos*<sup>18</sup>. Además, la contratación y compra de insumos son burocráticas y requieren mucho tiempo. Como indican estos autores, esta realidad lleva al equipo de enfermería a improvisar, una práctica utilizada históricamente por los profesionales en el arte de cuidar. Con respecto a la falta de recursos humanos, Gonçalves y colaboradores destacan el alto índice de enfermeros apartados por enfermedades *osteomusculares, mentales, respiratorias y lesiones por causas externas*<sup>19</sup>.

En cuanto a la segunda subcategoría, relacionada con las dificultades del equipo, los participantes del estudio señalaron problemas relacionados con casos de negligencia con los profesionales de nivel medio del equipo de enfermería, así como con los médicos. Según uno de los entrevistados, *“a veces, [es] el equipo médico el que no quiere atender*

*[a los pacientes]”* (E16). Otro enfermero también abordó este problema:

*“Aquí tenemos pacientes de diversas clínicas médicas. Pacientes quirúrgicos, pacientes que son de la clínica y vienen a hacerse algún procedimiento y (...) todos pasan por cirugía, todos pasan por una anestesia. Sucede [que] el paciente queda internado en la sala de recuperación (...) porque no hay cama en una unidad de internación, no hay cama en la UTI y, muchas veces, tenemos dificultades para saber quién es el médico responsable de ese paciente. Entonces, el equipo de cirugía nos pide que hablemos con el equipo de anestesia, y el equipo de anestesia nos pide que hablemos con el equipo de cirugía. Y el paciente está en ese medio y nosotros, de la enfermería, estamos en medio de todo esto, sufriendo, porque sólo queremos que el paciente sea atendido”* (E17).

A partir de estos discursos, se constata la negligencia de los miembros del equipo médico que, a veces, no se comprometen adecuadamente con la integralidad de la asistencia, que sólo se ocupan de fragmentos de un todo indivisible. El problema es aún mayor cuando se trata de una comunicación inadecuada entre médicos, pacientes y familiares. Independientemente de la condición o del nivel de educación del paciente, es inaceptable que el profesional ignore la dimensión humana, negándole información y la posibilidad de comprender su propia situación<sup>20</sup>.

También hubo casos de negligencia del equipo de enfermería que, a veces, dejó de cumplir las prescripciones médicas, causando daños al paciente y no respetando el derecho a la información sobre la atención brindada y a una atención libre de riesgos<sup>21</sup>: *“Son muchas personas nuevas, que no hacen los procedimientos, no hacen las medicaciones, sobra mucho, mucho antibiótico y nos damos cuenta de que no se está haciendo. No sabemos cuál es la persona que no lo hace, pero (...) nos damos cuenta de que sobran muchos antibióticos, entonces no se están dando”* (E16).

Otro estudio<sup>22</sup> demostró que la negligencia es la causa principal de fallas técnicas o procedimentales. Estos sucesos no son debidamente reportados al equipo de salud o incluso al paciente, cuyo derecho a la información y a un tratamiento exento de errores se ve descuidado<sup>23</sup>. Se sabe que la actividad de enfermería debe basarse en el Código de Ética de la profesión<sup>21</sup>, de forma que promueva, proteja y rehabilite la salud de las personas garantizando el respeto de los preceptos éticos y legales.

La negligencia puede tener lugar por pereza, falta de preparación o incluso falta de interés de los profesionales, pero estos casos pueden ser el resultado del cansancio, la sobrecarga y las condiciones de trabajo impuestas a muchos médicos en hospitales y puestos de salud<sup>20</sup>. Sólo después de identificar el origen de las infracciones éticas, será posible diseñar estrategias para enfrentarlas<sup>24</sup>.

En la tercera subcategoría, dificultades con pacientes y familiares, los entrevistados mencionaron impases cuando el paciente solicita que el equipo impida la entrada de parientes, no autoriza la divulgación del diagnóstico u otra información a ellos y a los compañeros/as y cuando, incluso con riesgo para la vida, se niega a recibir tratamiento por convicciones religiosas.

Con respecto a la primera cuestión, las enfermeras relataron que los enfermos *“a veces, no quieren recibir a un familiar o tienen algún problema (...), que el familiar está forzando alguna situación (...) [y hay casos] de los otros familiares que no quieren que venga un familiar”* (E2). A pesar de que la enfermería reconoce la necesidad y la importancia de las personas cercanas en el día a día del paciente hospitalizado, no siempre esta presencia lo afecta positivamente. En estas circunstancias, para obedecer los principios de autonomía y de no maleficencia, es necesario respetar la voluntad del paciente hospitalizado, estando consciente o no, siempre que se haya expresado<sup>11</sup>.

También se mencionaron otras situaciones que involucran el secreto profesional: *“Pacientes con VIH que llegan con compañeros, ¿en qué momento el médico va a hablar con ese compañero? (...) ¿Él ya le ha dicho a su cónyuge que tiene VIH?”* (E15). En el equipo de salud, los profesionales de enfermería son aquellos que pasan más tiempo con el enfermo y sus parientes, lo que favorece la creación de vínculos más fuertes entre ellos.

Sin embargo, no todas las preguntas pueden ser respondidas satisfactoriamente por los enfermeros; en la UTI, por ejemplo, el principal responsable de la comunicación sobre el paciente en estado grave es el médico intensivista<sup>25</sup>. De esta forma, cuando el diagnóstico aún no se ha informado a la familia, el equipo de enfermería se encuentra en una situación delicada, ya que no puede garantizar al paciente y a sus parientes el derecho a la información, lo que puede generar angustia moral, aflicción y sensación de impotencia.

Los participantes del estudio también recordaron el caso de un testigo de Jehová: *“Ya recibimos a un paciente que estaba sedado y que no había*

*escrito que era testigo de Jehová; la familia ya había venido muchos días y había hablado varias veces con los médicos, pero no habían (...) hecho esa declaración. Y se solicitó una transfusión, porque era necesaria dentro del cuadro clínico. Exactamente en el momento de la transfusión era horario de visita, la familia llegó y vio. Entonces, se detuvo la transfusión”* (E15).

Para quienes profesan esta religión, el veto a la transfusión de sangre es más que una creencia, se trata de una cuestión de salud, debido al riesgo de transmisión de enfermedades<sup>26</sup>. El conflicto bioético surge en situaciones de emergencia, cuando el paciente puede morir y el médico se ve entre dos principios constitucionales de igual relevancia en el ordenamiento jurídico brasileño: el derecho a la vida y a la libertad religiosa<sup>27</sup>.

Aunque el médico es responsable del tratamiento y de la decisión de respetar la autonomía del paciente o la legislación y el código deontológico que guía su práctica, el equipo de enfermería asume igualmente los riesgos de cumplir o no la prescripción. Su actuación también debe basarse en el Código de Ética<sup>21</sup>, es decir, en el derecho de la persona (o representante legal) a decidir sobre su salud, quedando prohibido brindar asistencia sin consentimiento, excepto en emergencias.

En el caso de los testigos de Jehová, la transfusión de sangre contra la voluntad del paciente puede provocar daños emocionales y morales. Por esto, es importante recordar que, a pesar de la negativa ante este procedimiento médico, el profesional debe abrir espacio para el diálogo y ofrecer otras opciones posibles, en la búsqueda de técnicas de preservación de la sangre y métodos alternativos, para que el paciente pueda elegir de forma autónoma el tratamiento que desea seguir.

Tal vez el desconocimiento de los medios alternativos lleva a los profesionales a ignorar las decisiones tomadas de antemano por el individuo hospitalizado. Sin embargo, vale resaltar que existe una red de médicos habilitados para cuidar a los testigos de Jehová y que pueden ser contactados si el profesional responsable opta por omitirse del caso<sup>28</sup>.

Por último, en la cuarta subcategoría, las cuestiones relativas a la terminalidad de la vida, hubo relatos ligados principalmente a la distansia:

*“¿Hasta qué punto podemos actuar y no comenzamos a hacer un mal al tratar de mantener a una persona que no (...) tiene inversión? En este caso, invertir en algo que sólo prolongará el sufrimiento, no traerá ningún beneficio...”* (E9);

“A veces, no hay nada que hacer... la enfermedad ya ha evolucionado, ya se hizo todo lo posible y (...) comienzan a realizar maniobras extraordinarias, que no sé si, de repente, incluso el paciente quería eso con él... maniobras que no tienen vuelta. Entonces, uno acaba teniendo que aceptar porque no es una decisión de uno” (E5).

Estas declaraciones revelan la dificultad de los enfermeros para lidiar con la proximidad de la muerte. En los hospitales, los profesionales a menudo vivencian el proceso de finitud de sus pacientes y, debido a que tienen una formación dirigida a mantener la vida, expresan sentimientos de culpa ante la muerte, creyendo que representa una falla en su trabajo. Un estudio de Onet, Barreto y Martins<sup>29</sup> muestra que el enfermero se angustia en ambientes de gran complejidad por concebir la muerte como un fracaso en la calidad de su asistencia y por la incertidumbre sobre la mejor opción para los pacientes terminales.

Sobre la formación de los profesionales de salud para lidiar con el final de la vida, algunos autores afirman que *prácticamente no existe nada aún de expresión en términos curriculares que los prepare para lidiar con los pacientes terminales*<sup>30</sup>. Susaki, Silva y Possari corroboran esta afirmación, resaltando el hecho de que *el plan de estudios de la carrera de grado en enfermería (...) no haya subsidiado cualitativamente las bases en la formación de un saber centrado en el cuidado paliativo y en la preparación [para] situaciones de muerte y morir*<sup>31</sup>.

Los autores también constataron que, aunque todos los participantes del estudio tengan bases teóricas sobre el cuidado de los pacientes fuera de las posibilidades terapéuticas, aún así no asocian los contenidos científicos con su propia práctica asistencial. Otras investigaciones indican que factores como el tiempo de servicio, las creencias religiosas, el vínculo del profesional con el paciente, la edad y el diagnóstico/pronóstico del enfermo interfieren en este proceso<sup>32,33</sup>.

Los entrevistados también se muestran preocupados por no prolongar la vida de los pacientes incurables, sólo posponiendo su muerte y causando sufrimiento a través de recursos terapéuticos extraordinarios, sin los cuales no podría subsistir<sup>2</sup>. Sin embargo, la decisión de interrumpir el tratamiento recae en el médico, dejando poco espacio de discusión para el equipo de enfermería<sup>34</sup>.

Finalmente, la donación de órganos fue otro punto mencionado por los participantes. Se identificó la falta de preparación para cuidar el cuerpo después de la muerte biológica. Según un participante:

“había un paciente joven, que podía donar órganos. Nos mantuvimos encima, porque la donación de órganos es muy importante. Y da la impresión de que, si se hubiera hecho un poquito más, de repente, el paciente podría haber donado un órgano” (E11).

Para que se autorice la cirugía de órganos, es necesario que el individuo haya expresado su voluntad de ceder una o más partes de su cuerpo después de la muerte. Además, el enfermero responsable debe tener sensibilidad al acercarse a la familia del fallecido en este momento delicado. Las declaraciones muestran que la cuestión es igualmente difícil para el profesional de enfermería que cuida a la persona que aún conserva las funciones fisiológicas. Como señala Lima, *de esta manera, uno no cuida propiamente al cadáver, sino a los órganos que se desea usar, alojados dentro de un cadáver; los órganos aún viven y deberán vivir en el receptor*<sup>35</sup>.

El relato del E11 muestra esta preocupación por la falta de compromiso de los equipos para garantizar la donación en tiempo oportuno, tal vez porque no conocen los protocolos institucionales para la obtención de órganos y tejidos. De ahí la importancia de invertir en acciones de formación continua para los profesionales, ya que la falta de conocimiento sobre el proceso y la ausencia de identificación del potencial donante todavía son obstáculos para el procedimiento<sup>36</sup>.

### Mecanismos de apoyo para conflictos bioéticos

En esta categoría, los enfermeros fueron interrogados acerca del apoyo ofrecido por la institución para lidiar con los dilemas bioéticos. El hospital donde se realizó la investigación tiene un Comité de Bioética (CB); sin embargo, sólo el 28% de los participantes lo citó como un recurso para lidiar con estas cuestiones: “*Me parece que hay un grupo de profesionales, aquí en el hospital, que discute estos dilemas bioéticos. Pero desde que yo ingresé aquí, nunca (...) se me ha transmitido formalmente que [éste] existe y que puedo contar con ellos*” (E14).

El otro 72% de los entrevistados informó que, en estas situaciones, cuentan con el apoyo del equipo de salud, de la superior inmediata, del servicio de salud ocupacional, el servicio social y de psicología, siendo este último el más citado. De ese 72%, el 19% dijo que nunca necesitaron ayuda con estos asuntos, y el 53% recurrió a la dirección y a los servicios de amparo psicosocial de la institución.

El CB está compuesto por profesionales de diversas áreas que actúan de manera interdisciplinaria, teniendo como atribuciones enseñar, investigar, brindar consultorías y recomendar normas en

cuestiones éticas<sup>37</sup>. Sin embargo, según los datos presentados, la reducida solicitud del CB por parte de los enfermeros puede ser un reflejo de la centralidad de las decisiones en el médico, sin un abordaje verdaderamente interdisciplinario. Además, estos profesionales cuentan con otras redes de apoyo en el lugar de trabajo, lo que puede explicar la menor participación del CB en las decisiones terapéuticas que involucran cuestiones éticas.

Este hecho también puede justificarse por la falta de conocimiento de los enfermeros sobre el CB en general. Como indican Loch y Gauer, *es necesario promover la visibilidad del Comité de Bioética en la institución para que los solicitantes tengan fácil y rápido acceso a la secretaría, dinamizando la formalización de la consulta*<sup>38</sup>. Vale destacar, además, que los CB no deben ser vistos por la comunidad hospitalaria como una instancia disciplinante, pues ese es el papel de los consejos de las diversas profesiones. El CB debe ser una instancia presente, dinámica y acogedora que ayude a los profesionales en los asuntos éticos experimentados en la práctica clínica y que requieran una reflexión adicional<sup>38</sup>.

### Consideraciones finales

El estudio mostró que los enfermeros que participaron en la investigación conviven, en la cotidianidad del trabajo, con diversos conflictos bioéticos que involucran casos de distanasia, donación de órganos, distribución equitativa de recursos, donación de sangre en testigos de Jehová, entre otros. Estas cuestiones delicadas deben decidirse colectivamente,

después de una reflexión basada en la ciencia y en conocimientos de la bioética.

En esta lógica, es importante estimular y fortalecer la comunicación y el intercambio de experiencias entre el equipo de salud, organizando espacios para debatir cuestiones que generan angustia en los profesionales, pacientes y familias, para que puedan lidiar mejor con estos problemas. Del mismo modo, la formación continua debe ser estimulada en las instituciones de salud con el propósito de ampliar el conocimiento sobre la temática.

Tomar decisiones en casos que involucran a la bioética generalmente no depende del personal de enfermería, sino del equipo médico. Sin embargo, esto no disminuye la responsabilidad de los enfermeros, pues son ellos quienes realizan los procedimientos prescritos y sienten directamente el impacto de esas elecciones, tanto en relación con sus ideas, sensaciones y convicciones como con el paciente y sus parientes. Además, las decisiones tomadas por el equipo tienen implicaciones éticas, legales y pueden causar daños a los pacientes, que serán imputados a la institución y quizás también a los profesionales.

Comprender el tema y conocer las situaciones más comunes para los profesionales en la asistencia a la salud son estímulos para nuevos estudios y soluciones más adecuadas para estos dilemas. También es importante fortalecer el papel de los CB en el apoyo de estas decisiones, alentándolos a actuar como educadores dentro de las instituciones de salud. Finalmente, lejos de agotar el tema, se espera que los resultados de esta investigación inspiren otras investigaciones de forma tal de ampliar los conocimientos sobre la temática.

*Este artículo es parte de la disertación titulada "El enfrentamiento de dilemas bioéticos en la cotidianidad laboral de enfermeros de un hospital universitario", presentada por la autora al programa de posgrado en educación de la Universidad Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.*

### Referências

1. Oguisso T, Schmidt MJ. Desafios ético-legais e profissionais contemporâneos na enfermagem. In: Oguisso T, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 225-39.
2. Malagutti W. Bioética e enfermagem: controvérsias, desafios e conquistas. Rio de Janeiro: Rubio; 2007.
3. Taylor C, Lillis C, LeMone P, Lynn P. Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 115.
4. Mascarenhas NB, Rosa DOS. Bioética e formação do enfermeiro: uma interface necessária. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2010 [acesso 10 dez 2017];19(2):366-71. Disponível: <https://bit.ly/2LWeySw>
5. Potter VR. Bioética: ponte para o futuro. São Paulo: Loyola; 2016. p. 27.
6. Potter VR. Op. cit.
7. Pontes AC, Espíndula JA, doValle ERM, Santos M. Bioética e profissionais de saúde: algumas reflexões. Bioethikos [Internet]. 2007 [acesso 17 dez 2017];1(1):68-75. Disponível: <https://bit.ly/31V5otC>

8. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 13 jun 2013 [acesso 20 jan 2018]. Disponível: <https://bit.ly/1mTMIS3>
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
10. Lunardi V, Lunardi Filho WD. A ética feminista como um instrumental teórico para a ética na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2003;12(3):383-6.
11. Cerri A, Roehrs H, Crozeta K, Sarquis LMM, Palu L. Problemas éticos no cuidado ao paciente crítico. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2011 [acesso 20 jan 2018];16(3):463-70. Disponível: <https://bit.ly/2IPNhNV>
12. Diniz D, Medeiros M. Envelhecimento e alocação de recursos em saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004 [acesso 20 jan 2018];20(5):1154-5. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000500006
13. Lunardi VL. Bioética aplicada à assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 1998 [acesso 15 fev 2018];51(4):655-64. p. 656. Disponível: <https://bit.ly/2YfkAzz>
14. Nietzsche EA, organizadora. O processo educativo na formação e na práxis dos profissionais da saúde: desafios, compromissos e utopias. Santa Maria: Editora UFSM; 2009. p. 74.
15. Oliveira TC, Carvalho LP, Silva MA. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2008 [acesso 12 mar 2018];61(3):306-11. Disponível: <https://bit.ly/2X5sqyW>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 21 abr 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2rgdBay>
17. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2004 [acesso 11 nov 2017];9(1):7-14. Disponível: <https://bit.ly/2Xz4XFM>
18. Vaghetti HH, Roehrs M, Pires AC, Rodriguez C. Desperdício de materiais assistenciais na percepção de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2011 [acesso 1º nov 2018];19(3):369-74. p. 373. Disponível: <https://bit.ly/2J6XCnS>
19. Gonçalves JRS, Melo EP, Lombas SRL, Mariano CS, Barbosa L, Chillida MSP. Causa de afastamento entre trabalhadores de enfermagem de um hospital público do interior de São Paulo. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2005 [acesso 1º nov 2018];9(4):309-14. p. 309. Disponível: <https://bit.ly/2ZQieam>
20. Martin LM. O erro médico e a má prática nos códigos brasileiros de ética médica. *Bioética* [Internet]. 1994 [acesso 1º nov 2018];2(2). Disponível: <https://bit.ly/2ZV6JyN>
21. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 311/2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. 8 fev 2007 [acesso 15 abr 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2crqftC>
22. Freitas GF, Oguisso T. Ocorrências éticas na enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2003 [acesso 21 abr 2018];56(6):637-9. Disponível: <https://bit.ly/2J6RgVx>
23. Fakh FT, Freitas GF, Secoli SR. Medicação: aspectos ético-legais no âmbito da enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 [acesso 21 abr 2018];62(1):132-5. Disponível: <https://bit.ly/2JcR6M3>
24. Freitas GF, Oguisso T. Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [acesso 2 nov 2018];42(1):34-40. Disponível: <https://bit.ly/2xbnlG6>
25. Moritz RD. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2007 [acesso 19 abr 2018];19(4):485-9. Disponível: <https://bit.ly/2NgBlzF>
26. Lara GF, Pendloski J. Os enfermeiros diante do dilema ético: transfusão de sangue em testemunhas de Jeová. *Uningá Review* [Internet]. 2013 [acesso 11 mar 2017];16(1):70-7. Disponível: <https://bit.ly/2YfLirE>
27. Kaufmann RFM. Colisão de direitos fundamentais: o direito à vida em oposição à liberdade religiosa: o caso dos pacientes testemunhas de Jeová internados em hospitais públicos. *Jus Navigandi* [Internet]. 2007 [acesso 20 abr 2018];12(1455). Disponível: <https://bit.ly/2Xy30JQ>
28. Soares TF. Transfusão de sangue em testemunhas de Jeová: relação médico-paciente [monografia] [Internet]. Brasília: Centro Universitário de Brasília; 2009 [acesso 26 jun 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2RCyqZY>
29. Oneti CF, Barreto DMO, Martins EL. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à prática da distanásia e ortotanásia. *Enferm Foco* [Internet]. 2017 [acesso 3 nov 2018];8(2):42-6. Disponível: <https://bit.ly/2Xxps5Y>
30. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 8ª ed. São Paulo: Loyola; 2008. p. 467.
31. Susaki TT, Silva MJP, Possari JF. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2006 [acesso 3 nov 2018];19(2):144-9. p. 149. Disponível: <https://bit.ly/2INRzpg>
32. Spíndola T, Macedo MCS. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 1994 [acesso 15 maio 2018];47(2):108-17. DOI: 10.1590/S0034-71671994000200004
33. Shimizu HE. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2007 [acesso 15 maio 2018];60(3):257-62. DOI: 10.1590/S0034-71672007000300002
34. França D, Rego G, Nunes R. Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2010 [acesso 15 maio 2018];18(2):469-81. Disponível: <https://bit.ly/2xhBXUp>



35. Lima AAF. Doação de órgãos para transplante: conflitos éticos na percepção do profissional. *O Mundo da Saúde* [Internet]. 2012 [acesso 15 maio 2018];36(1):27-33. p. 31. Disponível: <https://bit.ly/2KHmKo7>
36. Mattia AL, Rocha AM, Freitas Filho JPA, Barbosa MH, Rodrigues MB, Oliveira MG. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. *Bioethikos* [Internet]. 2010 [acesso 15 maio 2018];4(1):66-74. Disponível: <https://bit.ly/2ZXLyfx>
37. Francisconi CF, Goldim JR, Lopes MHI. O papel dos comitês de bioética na humanização da assistência à saúde. *Bioética* [Internet]. 2002 [acesso 15 maio 2018];10(2):147-57. Disponível: <https://bit.ly/2xesyf>
38. Loch JA, Gauer GJC. Comitês de bioética: importante instância de reflexão ética no contexto da assistência à saúde. *Rev AMRIGS* [Internet]. 2010 [acesso 15 maio 2018];54(1):100-4. p. 103. Disponível: <https://bit.ly/2Jd0QGn>


#### Participación de los autores

Fernanda Bortolin Maciel recolectó, analizó e interpretó los datos y redactó el artículo. Arnaldo Nogaro orientó el estudio y colaboró en la redacción final y en la revisión crítica. Ambos autores concibieron el estudio.


#### Correspondência

Fernanda Bortolin Maciel – Rua Tenente Lira, 291, apt. 103, Ipiranga CEP 98400-000. Frederico Westphalen/RS, Brasil.

Fernanda Bortolin Maciel – Mestre – fernandabmaciel@gmail.com

 0000-0003-2019-4335

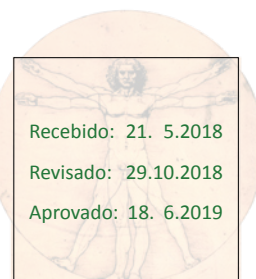
Arnaldo Nogaro – Doutor – narnaldo@uri.com.br

 0000-0003-0517-0511

Recebido: 21. 5.2018

Revisado: 29.10.2018

Aprovado: 18. 6.2019



## Anexo

### Guion de la entrevista

1. Caracterización del sujeto de investigación.
  - a. Edad:
  - b. Estado civil:
  - c. Hijos:
  - d. ¿Practica alguna religión?
  - e. Año de finalización de la carrera de grado:
  - f. Posgrado ( ) ¿Especialización? ¿Cuáles?  
( ) Maestría  
( ) Doctorado  
( ) Posdoctorado
  - g. Unidad de trabajo:  
( ) UTI  
( ) UCI  
( ) Urgencias  
( ) Sala de cirugías  
( ) Sala de Recuperación Anestésica
2. ¿Hace cuánto tiempo trabaja como enfermero?
3. ¿Tuvo alguna disciplina relacionada con la bioética en su formación?
4. ¿Recuerda qué contenidos y grandes temas se abordaron en el aula?
5. En su opinión, ¿qué es un dilema bioético?
6. En su opinión, ¿existe diferencia entre dilema ético y dilema bioético?
  - a. ¿Cuál es la diferencia?
7. ¿Usted enfrenta diariamente dilemas bioéticos?
  - a. ¿Cuáles?
  - b. ¿Cuáles son los más frecuentes?
8. ¿Usted se siente seguro para enfrentar dilemas bioéticos?
  - a. En caso de que su respuesta sea negativa, ¿qué dificultades enfrenta?
9. ¿Usted posee algún apoyo para resolver problemas relacionados con aspectos bioéticos en la institución en la que trabaja?
  - b. ¿Cuál?
10. ¿Usted siente necesidad de tener más conocimientos para solucionar conflictos bioéticos en su práctica profesional?
  - a. Si es afirmativo, ¿cuáles serían esos conocimientos?
11. En su opinión, la enseñanza de la bioética en la carrera de grado, ¿es suficiente para amparar su práctica profesional?