Globethics Repository

Princípios éticos gerais no agir em enfermagem [General ethical principles in nursing]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Marques, Paulo;Vieira, Margarida
Publisher	Centro Universitário São Camilo
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-02 22:03:31
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/214669

BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2007;1(2):45-55

Princípios éticos gerais no agir em enfermagem: condicionamentos às intervenções de enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em unidades de cuidados intensivos

General ethical principles in nursing: factors affecting nursing interventions promoting peoples' dignity in the end of life interned in intensive-cares units

Principios éticos generales en la acción de enfermería: factores que afectan las intervenciones de que promueven la dignidad de personas en final de la vida internadas en unidades de cuidados intensivos

Paulo Marques*
Margarida Vieira**

RESUMO: O receio de atentarem contra a dignidade coloca os enfermeiros perante dilemas éticos. Para compreender o modo como os enfermeiros são condicionados nas suas intervenções, e como estas promovem a dignidade das pessoas em fim de vida das quais cuidam nas UCI efectuamos um estudo exploratório. Dos discursos emergiram a categoria dos factores perturbadores das acções de promoção da dignidade: incerteza do prognóstico; variabilidade da concepção de dignidade; foco das intervenções descentrado das pessoas; tentação de futilidade face à dificuldade em lidar com o insucesso e a morte; deficiente valorização do sofrimento e da dor; supremacia do paternalismo e a falta de informação dos doentes; dúvidas sobre a vontade do doente e a sua capacidade de decisão; insistência familiar na manutenção da vida, e a dos factores facilitadores: trabalho em equipa; manutenção da esperança; competência profissional no tratamento da dor e a valorização dos cuidados básicos face aos tratamentos agressivos.
PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem-ética. Ética de enfermagem. Unidades de terapia intensiva.

ABSTRACT: The fear of violating people dignity puts nurses before ethical dilemmas. To understand how nurses are conditioned in their interventions and how these promote the dignity of people being cared in end of life in ICUs, we did an exploratory study. From speeches examined there emerged the category of factors disturbing actions of promotion of dignity - uncertainty regarding prognostic; variability of the conception of dignity; focus of interventions not centered on people; temptation of futility before difficulties in dealing with failure and death; deficient valuation of suffering and pain; supremacy of paternalism and the lack of information of sick people; doubts on the sick person's will and their capacity of decision; family insistence in the maintenance of life - and the category of factors contributing to the promotion of dignity: team work; having hope; professional ability in the treatment of pain and the preference for basic cares instead of aggressive treatments.
KEYWORDS: Nursing care-ethics. Nursing-ethics. Intensive care units.

RESUMEN: El miedo de violar la dignidad de la gente pone a los enfermeros delante dilemas éticos. Para entender cómo se condicionan a los enfermeros en sus intervenciones y cómo éstos promueven la dignidad de la gente que es cuidada en finales de la vida en UCUs, hicimos un estudio exploratorio. De los discursos examinados emergió la categoría de los factores que disturban acciones de promoción de la dignidad - incertidumbre respecto al pronóstico; variabilidad del concepto de dignidad; foco de las intervenciones no centrado en la gente; tentación de la futilidad delante dificultades en ocuparse de la falta y de muerte; valuación deficiente del sufrimiento y del dolor; supremacía del paternalismo y carencia de información de la gente enferma; dudas en la capacidad de la persona enferma cuanto a la voluntad y la decisión; insistencia de la familia en el mantenimiento de la vida - y la categoría de los factores que contribuyen a la promoción de la dignidad: trabajo en equipo; tener esperanza; capacidad profesional en el tratamiento del dolor y la preferencia por cuidados básicos en vez de tratamientos agresivos.
PALABRAS LLAVE: Cuidado de enfermería-ética. Enfermería-ética. Unidades de cuidado intensivo.

*Mestre em Ciências de Enfermagem Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa.Professor-Adjunto na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. E-mail: paulomarques@esenf.pt
**Professora Doutora Orientadora, Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2007;1(2):45-55

INTRODUÇÃO

Ao longo de cerca de quinze anos em UCI - Unidades de Cuidados Paliativos, fomo-nos apercebendo, à medida que a experiência ia sendo maior e a nossa consciência moral mais se interrogava, de que a partir de determinado momento no processo assistencial de alguns dos doentes que cuidávamos, a morte iria ocorrer invariavelmente, apesar de todos os esforços para a evitar, causando-nos inquietação.

Essa evidência produziu em nós um conjunto de reflexões sobre o doente em fim de vida internado numa UCI, e que têm a ver com os princípios éticos que são pressuposto no agir em enfermagem.

Este desassossego pessoal tem eco na preocupação social de se criarem mecanismos de controle das ciências da saúde em virtude dos constantes avanços tecnológicos e, que surgiu do reconhecimento cada vez maior, de que nem tudo o que é possível fazer-se deve ser feito.

Daqui decorre o próprio nascimento da disciplina de bioética. É que, a actuação dos profissionais de saúde e nomeadamente dos enfermeiros, deve ter sempre por finalidade a protecção da pessoa e a defesa e promoção da sua dignidade.

E, de facto, os enfermeiros portugueses têm demonstrado uma preocupação permanente pelos aspectos que se relacionam com o respeito integral da pessoa, traduzindo-se na produção legislativa referente à profissão de Enfermagem, com grande ênfase na defesa da pessoa perspectivada na sua globalidade.

É neste sentido que o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros portugueses[1], publicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, integra no capítulo da Deontologia Profissional (Capítulo VI) o Código Deontológico dos Enfermeiros, que se inicia no artigo 78º - Princípios Gerais - (que deram origem ao título), que refere no n.º 1: "as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro". Se é verdade que existe um Código Deontológico obrigatório, com força de lei, que se baseia em princípios éticos mais gerais e que é hoje um desafio à reflexão dos enfermeiros, não é menos que cada um deverá adequar sempre a norma a uma dada situação em particular, tendo presente os princípios em que aquela se baseia. Daí o valor da experiência e sabedoria prática de cada um, que é sempre diferente de sujeito para sujeito, tornando a decisão individual, decisão essa que não poderá deixar de ser informada e fundamentada nos princípios éticos.

A excelência é o ideal, mas há a consciência de que o comportamento dos enfermeiros é condicionado por inúmeros factores, o que impossibilita a absoluta 'inocuidade' de qualquer decisão, pelo que se coloca a questão de saber quais são esses condicionamentos. Não se pode impor um determinado tipo de acção aos enfermeiros porque essa é sempre individual, mas talvez se possa intervir sobre as condições, ajudando ao agir pessoal.

Os enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) deparam-se frequentemente com pessoas doentes num estado previsivelmente terminal, cuja única certeza parece ser o prolongamento de um sofrimento difícil de quantificar. Estas situações são já publicamente reconhecidas e testemunhadas por muitas pessoas directas ou indirectamente ligadas à saúde, e como refere Archer: "[...] *há também as mortes diferidas pela medicina moderna, longa e talvez obstinadamente diferidas, e que podem levar a problemas delicados e de difícil solução. Não haverá então o direito à morte, à morte oportuna, à morte marcada a tempo de evitar um fim de vida indigno e sem sentido?*" [2].

Inúmeras vezes, o estado clínico do doente chega a um ponto tal em que são necessárias tomadas de decisão importantes para o seu futuro, nomeadamente sobre o avançar ou não com medidas habitualmente 'agressivas', mas em que o doente está, de uma forma geral, incapaz de participar na decisão do que será o melhor para si.

E é aqui que o enfermeiro, como profissional responsável, muitas vezes conhecedor privilegiado da vontade daquela pessoa de quem se comprometeu a cuidar, se encontra frequentemente perante o dilema de ter de optar, entre o que foi decidido sem a sua participação e o que entende ser o melhor interesse do doente, quantas vezes entre a vida por mais algumas horas e o morrer com dignidade. Vieira[3] refere que: "[...] *os enfermeiros, a quem é pedido que cuidem da vida e da saúde das pessoas, vivem, no plano profissional, problemas éticos que são constantemente chamados a resolver, muitas vezes num curto espaço de tempo. Mesmo quando existem critérios de referência, permitindo a análise destas situações, a opção final será sempre e em última instância, uma decisão pessoal.*"

E como todas as intervenções, sejam elas de que tipos forem, sofrem algum tipo de condicionamento, pensámos ser importante reflectir sobre isso.

BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2007;1(2):45-55

Este trabalho de investigação visou então compreender o modo como os enfermeiros são condicionados nas suas intervenções, e como estas promovem a dignidade das pessoas que cuidam em fim de vida, nas UCI.
Importava saber quais os condicionamentos às intervenções habitualmente desenvolvidas pelos enfermeiros perante um doente cuja experiência lhes diz estar em fase terminal. Assim, o fenómeno em estudo foi definido como sendo: os condicionamentos às intervenções de enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em UCI.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O conceito de dignidade apresenta-se de uma importância fulcral para a prática de enfermagem, nomeadamente na área dos cuidados intensivos, pelas possibilidades não negligenciáveis da equipa de saúde iniciar e/ou manter um conjunto de intervenções sem aparente vantagem para a pessoa e, que poderão comprometer a sua dignidade.

A sociedade internacional atribui ao conceito de dignidade uma importância extraordinariamente importante. Mas qual o seu significado? Será o mesmo para diferentes pessoas? Estará suficientemente claro no espírito dos que têm por obrigação a sua concretização?

Etimologicamente o termo deriva do latim *Dignitate*, e tem a ver com o merecer consideração, estima, o ser tratado com respeito, que é devido a todas as pessoas, que terão de ser fim e não meio, sempre e em todas as circunstâncias. Mairis[4], usando diferentes processos, tentou tornar claro a semântica do conceito de dignidade na prática profissional dos enfermeiros e encontrou no *Oxford Reference Dictionary* três usos para a palavra dignidade, admitindo que todos se encontram presentes no contexto dos cuidados de enfermagem. O primeiro refere-se a uma certa formalidade que existe entre o doente e o enfermeiro, servindo como protecção ou como um código de acesso àquele e ao seu corpo, num contacto próximo e que permite determinados tipos de intervenções que de outro modo não seriam possíveis.

O segundo refere-se à honra e ao respeito dos direitos fundamentais individuais. Finalmente, o último, tem a ver com a posição de cada um, com o seu status.

Os enfermeiros estão em contacto com pessoas, maioritariamente em estado vulnerável e relativa ou totalmente impossibilitadas de realizar as suas actividades de vida diária autonomamente, referindo Mairis que "a preservação da dignidade assume maior importância quando as pessoas estão inconscientes"[4].

Ainda que seja difícil medir a dignidade, Anderson et al. e Carr, citados por Mairis[4], identificaram alterações fisiológicas, como a dor, cuja causa foi uma perda da dignidade. O mesmo autor apresenta um conjunto de consequências positivas e negativas da manutenção ou perda da dignidade, respectivamente, passando as últimas por sentimentos de ridículo, embaraço, vergonha e humilhação, entre outros.

As crescentes e quase ilimitadas possibilidades tecnológicas, passaram a dado momento a ser questionadas, fundamentalmente por duas ordens de razões.

Por um lado pelo desenvolvimento dos conceitos de pessoa, dignidade, vida e cuidados fúteis, a que se acrescentou uma maior consciencialização dos princípios bioéticos e direitos pessoais e, por outro lado, pela questão económica.

Não sendo os recursos inesgotáveis, deverão ser geridos racionalmente, sem com isto descuidar qualquer tipo de cuidado a quem dele necessite, mas evitá-lo a quem já não obtenha qualquer benefício, porque cada gasto inadequadamente aplicado irá reflectir-se sobre a sociedade em geral. Coppa[5] refere que em 1990 cerca de 28% do orçamento para a saúde foi consumido nos cuidados a 5,9% de doentes que acabaram por morrer.

Segundo Tasota e Hoffman[6], ajudar aqueles que estão a morrer a terem uma morte digna e em paz, é também um dos objectivos dos cuidados intensivos.

Além do factor económico, Marsden citado por Bertolini[7], identifica duas outras categorias major de questões éticas nas UCI relacionadas com a utilização da tecnologia:

1. o uso inapropriado da tecnologia para o prolongamento da vida e que tem a ver com a qualidade versus quantidade de vida, beneficência e não maleficência, consentimento informado, doente incompetente e directivas avançadas;

2. o incremento da desumanização dos clientes e dos cuidadores. Para Ribeiro "[...] *a crescente exigência de UCI, com as suas implicações burocráticas e económicas, tem levado à desva-lorização do utente como pessoa e, por conseguinte, do cuidar*"[8].

Se é inegável que muitas das situações clínicas presentes nas UCI são recuperáveis, com uma qualidade de vida aceitável para a maioria das pessoas, também é ver-

BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2007;1(2):45-55

dade que os conhecimentos e experiência adquirida apontam por vezes para uma dilação artificial da vida.

Para Youngner, citado por Bertolini[7], os enfermeiros possuem um grande conhecimento das respostas emocionais dos doentes e suas famílias, o que lhes fornece uma perspectiva singular e de grande importância. No momento em que é necessária uma decisão e, estando o doente com a sua racionalidade comprometida, justificar-se-á que na ausência de uma vontade expressa previamente, o enfermeiro assuma o papel de defesa do doente, para o que se exige o domínio e efectivo exercício de habilidades muito para além das instrumentais. Segundo Vieira, os doentes "[...] *devem poder contar com o enfermeiro para a sua defesa e a defesa dos seus interesses pessoais e legítimos*"[9].

Uma questão importante, prende-se com a determinação da diminuição da autonomia do doente.

Surgindo aqui a clássica disputa entre a obrigação de respeitar a autonomia e a obrigação de atender ao princípio da beneficiência. Para Beauchamp, Childress[10], os conceitos de autonomia e competência estão intimamente ligados, "[...] *um indivíduo é competente para tomar uma decisão se é capaz de entender a informação mate-rial, de fazer um juízo sobre essa informação tomando como base os seus valores pessoais, de pretender alcançar um determinado objectivo e de expor os seus desejos perante os seus cuidadores*[...]"

Ainda que as UCI estejam vocacionadas prioritariamente para a recuperação do doente, requerendo a utilização de aparelhos de grande complexidade, reivindicando dos enfermeiros a aquisição predominante de competências no domínio da técnica. Para Collière "*nestes 'serviços de ponta', a enfermeira 'pode justificar o seu afastamento do doente e dos cuidados propriamente ditos pela existência de tarefas técnicas' de alta complexidade, que absorvem todo o seu tempo e mobilizam, unilateralmente, toda a sua competência*"[11]; não se deve esquecer a relação para uma visão da pessoa na sua globalidade.

É fundamental ter em atenção os valores, crenças, emoções e outros aspectos que necessariamente afectam a dignidade da pessoa. Watson entende que "[...]*os cuidados humanos estão ameaçados pela crescente tecnologia médica e as restrições institucionais burocráticas e de gestão numa sociedade da era nuclear*"[12].

Gonçalves[13] afirma que os enfermeiros ainda se esquivam, todavia, ao cumprimento do dever de defesa dos doentes, fundamentalmente por sentirem tensões marcadamente contraditórias, entre uma autonomia que procuram na prática e que implica um assumir de responsabilidades, por um lado e, ainda um peso da tradição de subordinação ao poder médico, numa área que tem sido desde sempre da sua intervenção, por outro, com predomínio desta, evitando e protelando o confronto inevitável. O que o leva a concluir que "[...] *não é igualmente aceitável que os enfermeiros sistematicamente coloquem em causa as suas obrigações para com os doentes e a profissão para, mesmo passivamente, pactuarem com más práticas profissionais, de todo indefensáveis*".

Grundstein-Amado, citado por Watson[14], entende que a participação dos enfermeiros na tomada de decisão humaniza os processos. Rapin, citado por Bertolini[7], diz que as decisões devem ser tomadas pela equipa, incluindo os enfermeiros e que os enviesamentos individuais serão melhor evitados pelo grupo.

Para Carapinheiro, o trabalho de médicos e enfermeiros continua a estar separado por aqueles que pensam e aqueles que executam, pelos que mandam e pelos que obedecem, traduzindo na prática diária "[...] *mais uma relação de dominação/subordinação do que uma relação de cooperação*[...]"[15]. Mesmo nas UCI onde os enfermeiros são, segundo a autora, reconhecidos pelos médicos como tendo maior 'rigor profissional' e onde aquela dualidade ideológica não se faz tanto sentir, em virtude do "[...] *facto de se reconhecer que o funcionamento da unidade depende sobretudo das competências e práticas de enfermagem, que dificilmente podem ser substituídas pelas competências médicas"*[15]*, o que permite aos enfermeiros controlar a autoridade médica e ter uma posição mais próxima daqueles, "a decisão continua a ser fundamentalmente médica*[...]"[15].

Apesar da autora ter constatado em várias declarações médicas, um reconhecimento da importância da participação dos enfermeiros nas decisões médicas, tal não passa de um processo de intenção emperrado por circunstâncias várias.

É significativo que a Declaração de Munique[16] de 17 de junho de 2000, tenha estabelecido como recomendação a todas as autoridades da Organização Mundial de Saúde (OMS) da região europeia, acções com vista a promover uma maior colaboração de médicos e enfermeiros, "[...] *para assegurar maior cooperação e trabalho interdisciplinar com o objectivo da prestação de melhores cuidados aos doentes*".

Para a compreensão do fenómeno em estudo, importa considerar o problema da autonomia dos enfermeiros. Para Mappes, Zenbaty[17], "*um indivíduo autónomo é caracterizado por ser capaz de tomar decisões racionais e sem constrangi-*

BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2007;1(2):45-55

mentos e agir de acordo com elas". Wade[18] procedeu à análise do conceito de autonomia usando o método de Walker, Avant's, e a sua aplicação ao ensino de Enfermagem, tendo definido 'autonomia profissional' como contendo os seguintes atributos críticos: a) cuidar; b) relação de proximidade com os doentes; c) tomada de decisão discricionária e responsável; interdependência colegial; defesa activa dos doentes.

O mesmo autor assinala que a responsabilidade é a primeira consequência da autonomia e a área onde ela é posta à prova de imediato, é na defesa dos doentes. Carol Gilligan[19] desenvolveu na década de oitenta a chamada teoria ética do cuidado, que se caracteriza pela responsabilidade pelos outros, enquadrada numa perspectiva de desenvolvimento moral. A autora sugere que há diferenças nos julgamentos morais de homens e mulheres. "*A moralidade dos direitos apoia-se na igualdade e centra-se na compreensão da justiça, enquanto que a ética da responsabilidade se apoia no conceito de equidade, o reconhecimento de diferenças nas necessidades*".

Em determinado momento, o estado dos doentes nas UCI é tal que"[...] *as probabilidades de recuperação são extremamente remotas e onde as intervenções comuns se destinam a prolongar o processo de morte, quando a morte é virtualmente inevitável* "[20], sendo necessário redefinir os objectivos. Para Jonsen, "[...] *quando os objectivos da cura estão exaustos, os objectivos do apoio (do cuidar) devem ser reforçados. O alívio da dor e desconforto, bem como a melhoria das capacidades do doente em interagir com os familiares e amigos, tornam-se objectivos dominantes*"[21].

Perante doentes em fim de vida, as intervenções relacionadas com as actividades de manutenção parecem ser aquelas que melhor servem os interesses dos doentes[21]. Na análise que Gilligan faz das opções morais das mulheres por si entrevistadas, torna-se uma constante a dependência dos julgamentos às relações existentes, assinalando a dado passo que "*o facto de a vida ser apoiada por relações leva-a a considerar "o sagrado elo" da vida mais do que a "santidade da vida a todo o custo", e construir uma ética de responsabilidade sem deixar de estar consciente do problema dos direitos*"[19].

Conforme Prendergast, citado por Coppa[5], reconhece que participar na perda de dignidade das pessoas doentes cuja vida é prolongada através de cuidados fúteis, torna os profissionais imprudentes.

Como assinala Jorge Biscaia "*a melhoria dos conhecimentos conseguida pelos avanços tecnológicos só é bem quando estes se não transformam num fim em si próprios, ignorando ou desvalorizando os objectivos naturais deste progresso, que são os valores da pessoa e o respeito pela sua dignidade*"[22].

Convém entretanto não esquecer que, o que será cuidado fútil para um doente poderá representar uma esperança para outro[5].

DESENHO E PARTICIPANTES

Segundo Polit e Hungler, "*O método científico refere-se a um conjunto genérico de procedimentos ordenados e disciplinados, utilizados para a aquisição de informações seguras e organizadas*"[23]. Considerando necessariamente os objectivos e as características do objecto de estudo, a investigação desenvolvida foi do tipo qualitativo. Na investigação qualitativa a fonte directa dos dados é o ambiente natural, constituindo-se o investigador como o instrumento principal.

O contexto é fundamental, porque nada ocorre por acaso, tudo faz parte de um conjunto mais amplo de circunstâncias que contribuem para a explicação dos comportamentos. Para Polit e Hungler "*esse tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios actores*"[23].

Realizámos assim um estudo exploratório, procurando conhecer as várias dimensões do problema e outros factores com que se relaciona, o que é importante quando se trata de algo ainda não estudado; foi utilizada uma abordagem do tipo fenomenológico-hermenêutica, que tem raízes filosóficas em Husserl, mas vem sendo cada vez mais utilizada nas Ciências Humanas e na enfermagem.

Polit e Hungler[23] referem que um dos maiores obstáculos que se colocam aos investigadores em enfermagem é a extraordinária complexidade da pessoa. A singularidade individual dificulta a utilização de modelos tradicionais de pesquisa, o que poderá ser ultrapassado pela fenomenologia.

Neste sentido, a informação foi recolhida em forma de palavras, já que utilizamos a entrevista para a sua colheita. A entrevista permite entrar no mundo da outra pessoa e é uma excelente fonte de informações. A escolha recaiu na entrevista semi-estruturada, que combina uma certa liberdade do entrevistado com alguma orientação do entrevistador, evitando desvios do caminho pretendido.

BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2007;1(2):45-55

A recolha da informação não visou confirmar ou infirmar qualquer hipótese existente à partida. A sua análise foi indutiva.

Para este estudo, elegemos como população os enfermeiros de UCI. Por razões que se prendem com a nossa acessibilidade aos informantes e a limitação de recursos disponíveis, foi necessário estudar apenas uma amostra de enfermeiros de UCI da região do Grande Porto, em Portugal, tendo sido definidos os seguintes critérios de elegibilidade para a sua inclusão: a) experiência profissional superior a um ano; b) nível educacional apresentado; c) sensibilidade ética reconhecida pelo investigador; d) disponibilidade para participar no estudo no momento; além da diversidade de locais de trabalho, o que poderia configurar experiências distintas.

No estudo, onde participaram 10 enfermeiros, provenientes de seis UCI e de cinco instituições hospitalares da região do Grande Porto (Hospital de S. João, Hospital Pedro Hispano, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Instituto Português de Oncologia e Hospital Geral de St António), tendo a selecção da amostra resultado do nosso conhecimento prévio das pessoas que cumpriam os critérios de inclusão.

A amostra intencional baseia-se na crença de que os conhecimentos do investigador sobre os elementos da população podem ser usados para escolher os que farão parte da amostra[23].

COLHEITA E ANÁLISE DA INFORMAÇÃO

A realização das entrevistas foi precedida de uma preparação relativamente aos conteúdos, de uma explicação prévia aos informantes sobre o enquadramento da problemática e solicitada autorização para registar o conteúdo daquelas em fita magnética, para evitar perder ou adulterar informações. As entrevistas foram realizadas em meio privado e na presença exclusiva de entrevistador e entrevistado, tendo a duração aproximada de uma hora cada. Foi garantida a confidencialidade da informação e o anonimato dos enfermeiros, de acordo com as exigências éticas. O guião da entrevista serviu de roteiro, mas foi flexível, adaptando-se ao discurso de cada informador e ao caminho por ele seguido.

Após a transcrição das entrevistas, onde foram eliminadas todas as referências a pessoas ou lugares, foi-lhes atribuída uma codificação (E1 a E10) e de imediato destruído o conteúdo das fitas magnéticas

Para Quivy, Campenhoudt, a análise do conteúdo "[...] *trata de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade, como, por exemplo, os relatórios de entrevistas pouco directivas*"[24]. A finalidade da análise do conteúdo será portanto fazer inferências, trazer à superfície o que escapa ao leitor comum[25].

Para Dubouloz[26], a análise da informação na abordagem fenomenológica é considerada a procura de sentido numa descrição da experiência das pessoas.

As leituras exaustivas do corpus de onde se retiraram as expressões, "*segmento de conteúdo mínimo que é tomado em atenção pela análise*"[27], constituindo unidades semânticas, mais de acordo com o objectivo do nosso estudo, seguiu-se a categorização onde se aprofundou a compreensão das expressões, através da análise dos temas centrais. A técnica usada foi do tipo temático, "[...] *uma análise temática não é mais que o reconhe-cimento de temas num discurso que não é necessariamente temático*"[27]. Permitindo-nos ir estabelecendo as categorias.

Da análise da informação surgiram duas categorias, definindo assim dois grupos temáticos: os referentes aos factores perturbadores e os referentes aos factores faci-litadores das acções de promoção da dignidade.

RESULTADOS e DISCUSSÃO

O tratamento da informação permitiu encontrar dois tipos de factores que influenciam as intervenções dos enfermeiros. De um lado os perturbadores e do outro os facilitadores de acções de promoção da dignidade.

Do primeiro grupo, fazem parte: a incerteza do prognóstico, a variabilidade da concepção de dignidade, o foco das intervenções descentrado das pessoas, a tentação de futilidade face à dificuldade em lidar com o insucesso e a morte, a deficiente valorização do sofrimento e da dor, a supremacia do paternalismo e a falta de informação dos doentes, as dúvidas sobre a vontade do doente e a sua capacidade de decisão e a insistência familiar na manutenção da vida. No segundo grupo encontramos o trabalho em equipa, a manutenção da esperança, a competência profissional no tratamento da dor e a valorização dos cuidados básicos face aos tratamentos agressivos.

BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2007;1(2):45-55

Incerteza do prognóstico

Apesar de em muitas circunstâncias os enfermeiros pressentirem a morte irremediável do doente na UCI, em virtude da sua experiência: "*aquele doente em que pela nossa experiência percepcionamos que não vai ter grandes hipóteses de sobreviver*[...]"[E4], o facto de serem confrontados com situações de excepção: "*eu já tive aqui doentes muito mal, que nós pensávamos que não sobreviviam e eles sobreviveram, o que às vezes nos leva a questionar se não será de intervir mais um bocadinho noutras situações.*" [E10], que contrariam a sua percepção e em que de facto o doente sobrevive, porque a previsão prognóstica é meramente probabilística, de maior ou menor possibilidade: "*as estatísticas com que eu lido são que de 'X' doentes, 'Y' sobrevivem; e quem sou eu para dizer quais são eles?*" [E3], faz com que as suas intervenções tenham necessariamente de se dirigir no sentido da manutenção da vida.

A dificuldade do estabelecimento de certezas absolutas, que passa pela variabilidade individual e pela impossibilidade de ponderação matemática do factor humano: têm sido muitos os casos em que nós racionalmente já não daríamos muito por eles e depois vemos que não é bem assim. Por um motivo ou outro, a natureza ou não sei bem o quê, as pessoas conseguem. [E3], como que obriga a esgotar em todas as ocasiões as alternativas disponíveis, na tentativa de recuperar o doente salvando-lhe a vida, justificando frequentemente a utilização de técnicas e procedimento que poderão pôr em causa a dignidade do doente.

Variabilidade da concepção de dignidade

O conceito de dignidade, passa necessariamente pelo respeito e consideração da pessoa, no entanto, as expressões produzidas dão-nos conta que subsistem ainda muitas dúvidas nos enfermeiros: "[...] *é uma situação delicada para a gente conseguir definir se é uma situação digna ou não é* [...]" [E2]. As referências teóricas reproduzem algum do esforço em o tornar compreensível, sobretudo nos estudos de Mairis[4].

Foco das intervenções descentrado das pessoas

O foco das intervenções está muito ligado a doença e cura. As situações de permanente instabilidade dos doentes internados nas UCI, com grandes alterações físicas, 'obrigam' os enfermeiros a dirigirem a sua atenção para a função, muito mais do que para a pessoa na sua totalidade: "*às vezes noto que há falta de tempo para conversar com o doente, estar ali sentado*[...]"[E7]. A complexidade de intervenções aí realizadas, centra-se, em grande medida nos aspectos técnicos e instrumentais visando as correcções analíticas e a recuperação do doente, dificultando a comunicação e as relações com o doente, já que o enfermeiro precisa de estar atento às máquinas, de vigiar e monitorizar os dados vitais: "*nós tentamos estar ali perto dele, mas às vezes o serviço está tão complicado, tantas técnicas, tantas medicações, tantas perfusões que nos esquecemos um bocado que o doente está acordado e a observar, a aperceber-se de tudo o que se passa à volta, mas às vezes não temos um certo tempo, outras vezes não nos disponibilizamos para estar ali perto do doente, meia hora, uma hora a conversar um pouco com ele*" [E7]. As UCI serão sempre e inexoravelmente, locais tendo por atenção prioritária o problema e menos o portador e, assim sendo, julgamos ter de focalizar o esforço de mudança noutro sentido.

Tentação de futilidade (face à dificuldade em lidar com o insucesso e a morte)

Acompanhar o processo de morrer, pode provocar uma associação pessoal à existência e finitude de cada um: "*muitas vezes, ou é por falta de formação nossa, pelas nossas convicções, pela parte religiosa ou qualquer outra coisa... a morte e mais não sei o quê, não estamos preparados para fazer a abordagem e ir ter com o doente.*"[E5], uma sensação de derrota, de incapacidade, de quem foi significativamente preparado para 'dar' vida: "*se tiveres um doente com catecolaminas e uma insuficiência cardíaca e suspenderes as aminas, ele faz uma paragem cárdio-respiratória. É facilmente aceitável por nós e pela família*"[E4]. Ir mais além, tentar um pouco mais, transforma-se por vezes em obsessão. A morte é uma presença constante nas UCI, daí que pequenos sucessos sejam vividos como grandes vitórias, para as quais nós demos um contributo, concorrendo para a nossa realização pessoal: "[...] *o sucesso não o pensamos tanto num futuro a longo prazo, mas sim no doente conseguir ser extubado, conseguirmos suspender as aminas, ao menos ficar consciente. Não num projecto demasiado ambicioso, mas turno a turno, mantendo-o estável. Nós lidámos muito mal com os insucessos, fomos educados para tratar, para curar. Travam-se grandes batalhas nas unidades, entre a morte e o técnico de saúde: - eu vou levá-lo até ao*

BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2007;1(2):45-55

fim do turno; isto é uma batalha nítida. [...] *tem um bocado a ver com as lutas e a não aceitação da morte e dos limites da técnica. Tem a ver com a formação e com a dificuldade de lidarmos com a morte dos nossos doentes. Sentimo-nos um bocado deuses*"[E4]. Numa sociedade de exaltação dos valores associados à vida, importa ainda mais reflectir sobre isto, de forma a desmistificar o tabu: "*mesmo num doente que está em morte cerebral, nunca dizemos que ele está morto... a realidade é que o doente faz provas de morte cerebral e nós não conseguimos transmitir o resultado à família. Temos dificuldade em lidar com a situação*"[E4]. É sobretudo necessário assumir, que é tão importante ajudar a morrer, como salvar a vida das pessoas ao nosso cuidado.

Deficiente valorização do sofrimento e da dor

O sofrimento e a dor são frequentemente considerados inerentes aos cuidados numa UCI, justificando-se o mal que causam pelo bem que se pretende alcançar: "[...] *é muito desagradável para o doente, aperceber-se daquilo tudo e, às vezes noto um facis de dor. Os doentes a olharem para todo o lado e provavelmente a pensarem: o que é que eu estou aqui a fazer*[...]."[E7]; mas são também de difícil mensuração.

Mesmo no caso da dor, onde através de escalas é possí-vel quantificá-la, nem todos os doentes nos poderão fornecer essa indicação: "[...] *o que eu posso avaliar é se em termos de função renal ou em termos analíticos, se ele está melhor ou pior*[...]"[E10]. No entanto, não dar a devida atenção ao sofrimento e à dor, em nada contribuirá para a promoção da dignidade: "[...] *devíamos dar-lhes amor e carinho, deixar a família estar à beira dele e ele ter uma morte digna. Muitas vezes a gente verifica que ele tem uma morte com grande sofrimento.*"[E5]. Mais preocupante ainda, é pensarmos que este processo pode ter feedback. A perda da dignidade causada pela dor, por exemplo, pode ter como consequência mais dor, conforme comprovou Anderson et al, citados por Mairis[4], daí a importância de interromper o meca-nismo, não só através de uma analgesia adequada, mas socorrendo-nos também de outros expedientes, como a presença da família ou de um convivente significativo.

Supremacia do paternalismo e a falta de informação dos doentes

A informação é essencial para a existência de um verdadeiro consentimento, manifestação da autonomia do doente, tornando este nulo na sua ausência. É manifesta a falta de informação que estes doentes apresentam: "*muitas vezes até para a introdução de um cateter central, noutros sítios, é necessária a autorização do doente, aqui não se pede autorização nenhuma ao doente*"[E7]. Paralelamente, o estado do doente na unidade é tão grave, que não dar informações se pode compreender pela sua incapacidade de compreensão, por um lado, ou quando esta existe, para evitar fazer mal. Assim, a tentação de decidir pelo outro é permanente: "*em cuidados intensivos, a maior parte das técnicas que se fazem, fazem-se imbuídas de um esquema de trabalho, sem se pedir autorização a ninguém. O doente apresenta um determinado sintoma, ou uma determinada situação e vão-se ponderar decisões de acordo, não entrando muito em linha de conta outros factores*[...]"[E9]. Em circunstâncias tão extremas, o princípio da beneficência surge como prioritário e justifica que se decida pelo doente.

Dúvidas sobre a vontade e a capacidade de decisão do doente

Quando o doente chega à UCI, raramente vem em condições de nos transmitir os seus desejos, não parecendo haver preocupação dos profissionais em tentar conhecê-los: "*mais do que a história clínica do doente, normalmente quando se sabe, sabe-se por contingências, mas não por o interesse de querermos saber, sabe-se por casualidades.*"[E2]; "[...] *são doentes que habitualmente vêm da rua, a informação que trazemé na maioria das vezes escassa.*[...] *Também não procuramos muito esse tipo de informação, isso é verdade.*"[E8], com a intenção de respeitar a sua vontade. Ao mesmo tempo, a situação do doente na UCI dificilmente lhe permite ter uma verdadeira autonomia: "*nunca se sabe até que ponto, uma situação de stress, de doença grave, de agressão, influenciará o doente a tomar decisões ponde-radas e correctas.* [...] *normalmente está inconsciente e não temos oportunidade de saber se ele realmente queria aquele tipo de tratamento ou não...*"[E9].

Insistência familiar na manutenção da vida

A família, enquanto substituto preferencial do doente, raramente manifesta uma vontade diferente da "salvação" do seu ente querido, insistindo para que "tudo seja feito", acreditando, muitas vezes contra toda a razoabilidade: "[...] *há situações muito negras, que são postas claramente aos familiares e eles têm sempre a esperança de que eventualmente tudo possa mudar, porque têm uma visão diferente*

BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2007;1(2):45-55

das coisas."[E2], porque "*enquanto há vida há esperança": "a família embarca sempre numa viagem de esperança, é tentar, sempre tentar, e a preocupação não é deixar o doente morrer sossegado, mas sim, não vai desligar o ventilador, pois não*?"[E4].

Trabalho em equipa

O trabalho em equipa multidisciplinar surgiu como fundamental para a promoção da dignidade do doente: "[...] *se o enfermeiro tivesse sido escutado, em termos de troca de informações, haveria um benefício pela participação nessas tomadas de decisão.*"[E3]. Salienta-se o facto de ter sido evidente a existência de algumas dificuldades a um verdadeiro trabalho de equipa nestas unidades de cuidados: "*pelo menos tentaria dar a conhecer a vontade do doente.*"[E4].

Entre enfermeiros médicos, ainda se verifica reduzida interligação, sendo pouco valorizada a visão dos enfermeiros, pelos médicos, apesar de manifestamente imprescindível para a consideração do doente como pessoa: "*neste contexto, acho que tem de actuar mais a decisão de equipa. Essa decisão, sendo unilateral, o risco de falha, de nos escaparem alguns pormenores, é maior.*" [E8]. Só o trabalho em equipa conseguirá centrar e dirigir as atenções dos profissionais de saúde para a pessoa.

Manutenção da esperança

Um dos dez factores cuidativos apresentados por Jean Watson[12] é a manutenção da fé e esperança.

Neste estudo, chegamos também à conclusão que a manutenção da esperança, que é uma intervenção que os enfermeiros utilizam na sua prática, é favorecedora da dignidade dos doentes que cuidam: "*tentámos é dar algum apoio, alimentar a esperança, porque ela de facto existe nessa fase... e informar o doente de como é que tudo se processa.*"[E3]. Por isso, além de concordarem na sua importância, põem-na em prática para cuidar do doente: "[...] *a pessoa enquanto tem vida, tem sempre uma hipótese, pode não ser uma situação irreversível, portanto, tudo o que possamos fazer*[...] "[E6].

Competência profissional no tratamento da dor

Considerando a importância do controlo da dor na fase final da vida, uma adequada valorização e tratamento eficaz, tornam-se imprescindíveis para a promoção da dignidade dos doentes: "[...] *há essa preocupação, durante esse período, zelar para que não tenha dor, não passe por isso.*"[E8].

Valorização dos cuidados básicos (face aos tratamentos agressivos)

Quando o doente se encontra em fase final de vida, há ainda muito que se lhe pode oferecer, e para lhe proporcionar dignidade teremos de nos voltar para os cuidados básicos: "[...] *nestes doentes, eles precisam de cuidados de enfermagem até ao último suspiro, que é dar uma certa dignidade - muito embora ela possa não ser percepcionada pelo próprio doente - que é o conforto do doente. O doente tem direito de estar apresentável, tem de estar com a higiene dele preservada. No fundo, na essência, a assistência de enfermagem não muda muito.*"[E9], que nunca poderão ser considerados fúteis ou inúteis, sobretudo quando determinados tipos de tratamentos deixam de ser indispensáveis, para além de provocarem um sofrimento desnecessário; importa principalmente oferecer ao doente uma vida digna, até à sua morte: "*o indigno desta situação, seria o enfermeiro abandonar o doente, não prestar cuidados de higiene, não posicionar. Não deve ser permitido a ninguém, pensar que a pessoa que está ali em fase terminal, por esse motivo, vai negligenciar-se alguma atitude de qualidade enquanto ele tenha vida*"[E6].

Fazendo uma análise aos resultados obtidos, que poderiam ser sintetizados na Tabela 1, resulta um conjunto de implicações para a prática da enfermagem.

Em primeiro lugar, emergiram aspectos de diferentes tipos, e que poderemos agrupar do seguinte modo: a) da exclusiva responsabilidade dos enfermeiros, e que resultam de intervenções autónomas, como é o caso da '*valorização dos cuidados básicos*'; b) que são interdependentes, por exemplo o 'trabalho em equipa'; c) que se relacionam com a cultura e as crenças das populações, como a 'insistência familiar na manutenção da vida'; d) que estão para além da capacidade de previsão da ciência, como a 'incerteza do prognóstico'.

Nesta perspectiva, consideramos que os dados que se relacionam directamente com os profissionais de saúde, devem merecer, pela sua parte, uma atenção muito particular, quer continuando ou implementando as intervenções que promovam a dignidade.

Ainda que seja, também aqui, indiscutível a importância da multidisciplinaridade, não nos parece que, no imediato, se possam introduzir alterações de monta, nesse particular, de forma a se obterem ganhos para os clientes. Assim e em conformidade, a actuação dos enfermeiros na prestação de cuidados, deve privilegiar aspectos por eles negligenciados, como sejam a preocupação com a vontade prévia do doente e acções de formação sobre os limites da técnica e a assistên-

BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2007;1(2):45-55

FACTORES PERTURBADORES	FACTORES FACILITADORES
Incerteza do prognóstico	Trabalho em equipa
Variabilidade da concepção de dignidade	Manutenção da esperança
Foco das intervenções descentrado das pessoas	Competência profissional no tratamento da dor
Tentação de futilidade	Valorização dos cuidados básicos
Deficiente valorização do sofrimento e da dor	
Supremacia do paternalismo e falta de informação dos doentes	
Dúvidas sobre a vontade e capacidade de decisão do doente	
Insistência familiar na manutenção da vida	

Tabela 1 - Factores que influenciam as intervenções dos enfermeiros.

cia aos doentes terminais, sobretudo no controlo da dor e do sofrimento, reforçando ao mesmo tempo aqueles que parecem constituir já uma prática habitual, como os cuidados básicos e a manutenção da esperança, quer uns quer outros, referenciados como de grande importância pelos diversos autores citados.

Por outro lado, julgamos ser igualmente importante: a) reflectir no seio do grupo profissional de enfermagem sobre os problemas éticos vivenciados em cada UCI e a forma mais eficiente de os resolver, aprendendo com a reflexão feita; b) fomentar o debate e a aproximação entre os grupos profissionais sobre temas éticos; c) informar a população sobre o fim da vida e os limites da técnica.

CONCLUSÃO

Este estudo, de cariz exploratório, atingiu os objectivos que se propuseram, isto é, iniciar a compreensão da temática. Todavia, seria importante desenvolver, no futuro, o conhecimento sobre circunstâncias e realidades que poderiam contribuir para a explicação do fenômeno em estudo. Conduziu porém a algumas respostas importantes face ao fenômeno estudado.

O primeiro dos objectivos apresentados, compreender como os enfermeiros são condicionados nas suas intervenções, foi alcançado através da pesquisa bibliográfica, e o segundo pelo estudo empírico.

A validade de um estudo do tipo qualitativo apresenta-se ainda hoje controversa. Devemos reflectir sobre esta questão segundo a perspectiva interna e externa.

A primeira, que diz essencialmente respeito ao rigor metodológico e, a segunda, à possibilidade de extrapolação dos dados, de generalização para fora da população estudada. Procurámos garantir a validade interna através do menor nível de perturbação dos sujeitos do estudo, da sua escolha criteriosa e da aplicação séria do método, para o que contribuiu a orientação e análise conjunta por um investigador experiente, acreditando que "*a fidelidade dos resultados decorre em parte da qualidade da amostra escolhida* [...] *e em parte do rigor da análise dos dados*"[28]. Por outro lado, é sabido que as amostras teóricas, utilizadas nos estudos qualitativos, não são representativas em termos probabilísticos, daí que não se possam generalizar os resultados. Todavia, o mais importante aqui é saber se as pessoas seleccionadas foram capazes de fornecer informações válidas e sérias, em virtude do seu saber e experiência, permitindo atingir os objectivos pretendidos, o que foi o caso.

Ainda que os resultados só representem os sujeitos estudados, futuros trabalhos poderão confirmá-los e alargar o seu âmbito. A importância deste estudo, advém de um maior conhecimento da realidade prática de uma sub cultura da profissão de enfermagem, dos condicionalismos que contribuem ou não para acções de promoção da dignidade, que a serem confirmados e aprofundados, permitirão intervir sobre esses factores prévios à decisão individual, de modo a dignificar cada vez mais a pessoa.

BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2007;1(2):45-55

REFERÊNCIAS

1. Portugal. Ministério da Saúde. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. [Anexo ao Decreto-Lei n.104/98 de 21 de Abril; 1998].
2. Archer L. Palavras de abertura. In: Actas do VII Seminário do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros; 2001. v.7, p. 9-11. [Colecção de Bioética].
3. Vieira M. A importância ética da decisão do cuidar em enfermagem. [dissertação]. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa; 1994. Mestrado em Ciências de Enfermagem. [Texto policopiado]
4. Mairis E. Concept clarification in professional practice-dignity. J Adv Nurs 1994;19 :947-953.
5. Coppa S. Futile care: confronting the high costs of dying. JONA 1996;26 (12):18-23.
6. Tasota FJ, Hoffman LA. Terminal weaning from mechanical ventilation: planning and process. Crit Care Nurs England 1996;19(3):36-51.
7. Bertolini C L. Ethical Decision-making in Intensive Care: a nurse's perspective. Intensive Crit Care Nurs 1994;10(1): 58-63.
8. Ribeiro L. Cuidar e Tratar: formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral. Lisboa: Educa/Formação; 1995.
9. Vieira M. Cuidar, Defendendo a Autonomia da Pessoa Cuidada. Servir 1995;43(3):114-117.
10. Beauchamp T, Childress J. Princípios de Ética Biomédica. Barcelona: Masson; 1999.
11. Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 2ª ed. Lisboa: Lidel/Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1989.
12. Watson J.Nursing the Philosophy and Science of Caring. Colorado: Colorado Associated University; 1985.
13. Gonçalves P. A acessibilidade à informação nas unidades de internamento hospitalar na perspectiva do doente. [dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 1999. Mestrado em Ciências de Enfermagem. [Texto policopiado]
14. Watson C. The role of the nurse ethical decision-making in intensive care units. Intensive Crit Care Nurs 1993;9:191-194.
15. Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento/Centro de estudos sociais; 1993.
16. Declaração de Munique. Conferência Ministerial da OMS em Enfermagem e Obstetrícia na Europa. Alemanha; 2000.
17. Mappes T, Zembaty J. Biomedical ethics and ethical theory. In: Mappes T, Zembaty J. Biomedical ethics. 3rd.ed. United States of America: McGraw-Hill; 1991. p.1-44.
18. Wade G. Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. J Adv Nurs 1999; 30(2):310-318.
19. Gilligan C. Teoria psicológica e desenvolvimento da mulher. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1997.
20. Eschun GM, Jacobsohn E , Roberts D, Sneiderman B. Ethical and practical considerations of withdrawal of treatment in the intensive care unit. Canadian J Anesth 46(5):497-504.
21. Jonsen A, Siegler M, Winslade W. Ética clínica. 4ªed. Lisboa: MCGraw-Hill de Portugal; 1999.
22. Biscaia J. Alguns problemas de bioética em saúde. Cad Bio-Ética 1994; 8:15-26.
23. Polit D, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ªed. Brasil: Artes Médicas Sul; 1995.
24. Quivy R, Campenhoudt LV. Manual de investigação em ciências sociais. 2ªed. Lisboa: Gradiva; 1998.
25. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
26. Dubouloz CJ. Métodos de análise dos dados em investigação qualitativa. In: Fortin MF. O processo de investigação: da concepção à realização. Lisboa: Décarie Éditeur/Lusociência; 1999.
27. Ghiglione R, Matalon B. O inquérito: teoria e prática. Lisboa: Celta; 1992.
28. Rousseau N, Saillant F. Abordagens de investigação qualitativa. In: Fortin MF. O processo de investigação: da concepção à realização. Lisboa: Décarie Éditeur/Lusociência; 1999.