

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

**O SOFRIMENTO MORAL ENTRE MÉDICOS QUE
ATUAM EM UNIDADES DE TRATAMENTO
INTENSIVO PEDIÁTRICO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MARCIA GUIMARÃES FRANCESCHI

PORTO ALEGRE, BRASIL
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

**O SOFRIMENTO MORAL ENTRE MÉDICOS QUE
ATUAM EM UNIDADES DE TRATAMENTO
INTENSIVO PEDIÁTRICO**

MARCIA GUIMARÃES FRANCESCHI

Orientador: Jefferson Pedro Piva

Coorientadora: Patrícia Miranda do Lago

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

PORTO ALEGRE, BRASIL
2019

CIP - Catalogação na Publicação

Franceschi, Marcia Guimarães
O SOFRIMENTO MORAL ENTRE MÉDICOS QUE ATUAM EM
UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICO / Marcia
Guimarães Franceschi. -- 2019.
74 f.
Orientador: Jefferson Pedro Piva.

Coorientador: Patrícia Miranda Lago.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente,
Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Terapia Intensiva. 2. Sofrimento Moral. I. Piva,
Jefferson Pedro, orient. II. Lago, Patrícia Miranda,
coorient. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

ESTA DISSERTAÇÃO FOI DEFENDIDA PUBLICAMENTE EM:

25/03/2019

E, FOI AVALIADA PELA BANCA EXAMINADORA COMPOSTA POR:

Prof. Dr. José Roberto Goldim
Departamento de Bioética/PPGCM
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Antonacci Carvalho
Departamento de Pediatria e Puericultura/PPGSCA
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Francisco Bruno
Professor Adjunto do Núcleo de Pediatria
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Ao meu Criador, que me inspira a cada dia a pesquisar a beleza e majestade da Sua criação e me demonstra o poder da Sua soberania diante da minha simples finitude.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo fôlego de vida, saúde e criatividade, além de ter colocado tantas pessoas especiais no meu caminho;

Ao meu esposo Gustavo que me incentiva e apoia em cada nova empreitada, me amando em todo tempo e tornando mais agradável a jornada. Além disso, gerou comigo esta pesquisa, em incansáveis discussões e revisões do tema;

Ao meu orientador professor doutor Jefferson Pedro Piva e coorientadora professora doutora Patrícia Miranda do Lago, profissionais admiráveis e sempre prontos a dividir sua vasta ciência comigo, pela paciência e horas gastas;

À minha inspiradora chefe Claudia Pires Ricachinevsky não só pelo exemplo que é diariamente, mas também por me incentivar a crescer e buscar a excelência;

À minha filha Martina, nascida no curso desta pesquisa, por ser quem é, uma pessoa amável e doce;

À minha filha Gabriela, que aguarda pacientemente para nascer apenas após a conclusão desta pesquisa;

Aos meus pais Elírio e Janine e minhas irmãs Vanessa e Andrezza, por seu amor e exemplo de recomeçar a qualquer momento em que a vida lhes propuser mudança de planos;

Ao Programa de Pós-Graduação de Saúde da Criança e do Adolescente, especialmente na pessoa do professor doutor Paulo Maróstica, que me acolheu e ensinou passo a passo com clareza e dedicação;

Ao professor doutor Daniel Garros pelo apoio acadêmico, dicas e incentivo;

Por fim, a todos que de alguma forma colaboraram para que eu chegasse até aqui, de uma ou outra forma.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a presença de sofrimento moral entre os médicos atuantes em Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico e os fatores associados. **Métodos:** Estudo transversal através de aplicação de questionário anônimo contendo as principais causas de sofrimento moral descritas na literatura. A amostra foi por conveniência, sendo incluídos médicos intensivistas pediátricos e residentes atuantes em medicina intensiva pediátrica nos meses de maio a novembro de 2018. O questionário foi aplicado no momento pós-*round* e a visita da pesquisadora foi sem aviso prévio. Foi coletado TCLE de forma separada do questionário e depositado em pilha distinta dos questionários anônimos. **Resultados:** Foram coletados 157 questionários, respondidos por 62 médicos, dos quais 43% trabalham no Hospital 1 e 57% no Hospital 2. Os dois grupos foram semelhantes em relação ao perfil sociodemográfico. A média de escore de sofrimento moral foi de $2,8 \pm 2,3$ e mediana de 2 (IQ_{25-75%} 1-4), compatível com grau leve. Observamos que em pelo menos 25% das entrevistas havia relato de um sofrimento moral com escore ≥ 4 (desconforto). Entre 30-40% dos entrevistados manifestaram interesse em deixar o intensivismo. Os fatores mais associados com sofrimento moral foram: prolongamento do processo de morte, grande demanda de trabalho e comunicação inadequada entre os membros da equipe. Na análise multivariada, mostraram-se associados ao sofrimento moral (Escore ≥ 4) de forma independente: conflito entre equipe médica e família prejudicando o paciente, inabilidade técnica/incompetência pessoal prejudicando o paciente, alívio da dor insuficiente por medo abreviar a vida e “interesse em deixar o intensivismo”. **Conclusão:** Os intensivistas pediátricos brasileiros apresentam com frequência algum grau de sofrimento moral e este se relaciona estreitamente com o desejo de abandonar a posição.

Palavras-chave: Moral, Ética, Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the presence of moral distress among physicians acting in Pediatric Intensive Care Units and its associated factors. **Methods:** cross-sectional study by applying anonymous questionnaire about the main causes of moral distress as described by the literature. It was a convenience sample, in which was included pediatricians intensive care physicians and residents acting in pediatric intensive medicine in the months of May to November 2018. The questionnaire was applied in the post-round moment and the researcher visit was without previous warning. The consent form was collected apart from the anonymous questionnaire and stacked up separately. **Results:** It was collected 157 questionnaires, answered by 62 physicians, of which 43% work in the Hospital 1 and 56% in the Hospital 2. Both groups was similar with respect to the sociodemographic profile. The moral distress average score was $2,8 \pm 2,3$ e median of 2 (IQ_{25-75%} 1-4), compatible with light grade. It was observed that in at least 25% of the interviews there was moral distress report scored ≥ 4 (uncomfortable). Between 30-40% of the interviewed expressed interest in leaving intensivism. The most associated factors to moral distress was: prolonging the dying processes, great work demand and inadequate communication among team members. In the multivariate analysis, were found to be associated with moral distress (Score ≥ 4) independently: compromised care due to conflict between medical team and family, technical incapacity / personal incompetence harming the patient, insufficient pain relief caused by fear of shortening life and “interest in leaving intensivism”. **Conclusion:** Brazilian intensivist pediatricians often shows some grade of moral distress and it is closely related to the desire of abandoning the position.

Keywords: Moral, Ethics, Intensive Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Desenho esquemático do termômetro de sofrimento moral.....	36
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa.....	37
Tabela 2 – Frequência e intensidade das causas de sofrimento moral.....	39
Tabela 3 – Fatores associados a intensidade do sofrimento moral (≥ 4 Escore de Wocial).....	40
Tabela 4 – Análise Multivariada de Regressão de Poisson para avaliar fatores independentemente associados com a intensidade de SM (≥ 4 no Escore de Wocial).....	41

LISTA DE ABREVIATURAS

<i>Italian MDS-R</i>	–	<i>Italian Moral Distress Scale – Revised</i>
<i>MDS</i>	–	<i>Moral Distress Scale</i>
<i>MDS-R</i>	–	<i>Moral Distress Scale - Revised</i>
<i>MDT</i>	–	<i>Moral Distress Thermometer</i>
SM	–	Sufrimento Moral
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	–	Unidade de Tratamento Intensivo
UTIP	–	Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
3 JUSTIFICATIVA	22
4 OBJETIVOS	23
4.1 GERAL.....	23
4.2 ESPECÍFICOS	23
5 METODOLOGIA	24
5.1 DELINEAMENTO.....	24
5.2 LOCAIS DO ESTUDO	24
5.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	25
5.4 INTERVENÇÃO: QUESTIONÁRIO.....	25
5.4.1 Conteúdo	25
5.4.2 Período de aplicação	26
5.4.3 Aplicação	26
5.4.4 Estratégia de veracidade	27
5.4.5 Análise estatística	27
5.5 ASPECTOS ÉTICOS	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ARTIGO ORIGINAL	32
CONCLUSÕES	49
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO	50
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ESTENDIDO	56
APÊNDICE C - TCLE	63

1 INTRODUÇÃO

Durante sua formação o médico aprende diversas técnicas para diagnosticar doenças e instituir tratamentos para os males de seus pacientes. Porém, quando se depara com a prática clínica, especialmente em uma Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP), ficam evidentes as limitações, sejam elas por conta da família, da instituição, dos recursos escassos, pelo curso inexorável da doença ou pela própria ciência. É neste contexto, de querer oferecer o melhor para o doente, e se ver impedido de fazê-lo, que ele pode ser submetido ao sofrimento moral (PRENTICE, 2016).

Diariamente o médico e os demais profissionais de saúde da UTIP se expõem a dilemas morais geradores de angústia. A Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente hospitalar de grande tensão, local onde ocorre grande número de mortes dentro do hospital, intitulado por Pessini (1996) como “as modernas catedrais do sofrimento humano”. E, naturalmente, se o profissional de saúde convive diariamente com o sofrimento do outro, ele mesmo está sob frequente angústia devido à empatia nata de ver o seu próximo em situação de dor.

A maior parte das mortes hospitalares de criança acontece na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (BRANDON; DOCHERTY; THORPE, 2007). Presenciar a morte, dar a notícia do óbito, acompanhar o familiar recém-enlutado e eventualmente ser questionado sobre como isso ocorreu estando o paciente sob o seu cuidado pode gerar sentimento de impotência, culpa, raiva e resignação. Por outro lado, o profissional da saúde presencia crianças sobreviventes ao uso da tecnologia, mas que dependem totalmente dela, vivendo com baixa ou nenhuma qualidade de vida dentro da UTIP (LAGO *et al.*, 2007; KEELE, 2016). O dilema ético entre resignar-se diante do curso inexorável da doença ou seguir com tratamentos dolorosos para o sobrevivente ao insulto grave está presente no dia-a-dia do médico intensivista e o faz refletir no seu papel diante do rumo que a ciência está tomando por suas mãos. A fé na ciência,

conhecida como tecnolatria (CARVALHO; PARSONS, 2012), pode levar médicos a duvidarem de si mesmos quando na verdade é o curso natural da doença que está levando o paciente para a situação do fim de vida.

Apesar dos avanços da medicina moderna, e por causa destes, o médico está se obrigando a responder dilemas éticos que a tecnologia lhe impõe. As descobertas científicas e a busca pela imortalidade fazem uma propaganda enganosa sobre o curar, e o médico deposita todos seus esforços na doença, esquecendo-se de cuidar do doente de forma integral (FERREL, 2006). Quando a doença se sobrepõe e a possibilidade de cura se esgota, os sentimentos mais experimentados costumam ser tristeza e raiva, citados na literatura como efeitos biopsicossociais decorrentes do sofrimento moral, tornando-os introspectivos diante do pouco ou nenhum apoio que recebem para enfrentar estes conflitos. Esses sentimentos são capazes de proporcionar descontentamento com o trabalho, relutância em ir trabalhar ou mesmo o abandono da profissão (CORLEY, 2002).

Jameton (1984) descreveu pela primeira vez o sofrimento moral como a sensação que ocorre a alguém “quando sabe a coisa certa a ser feita, mas restrições institucionais tornam quase impossível prosseguir com o curso da ação”. Ao longo das décadas essa definição foi-se ampliando, passando a incluir outros elementos, como em Prentice *et al.* (2016): “a angústia experimentada quando um indivíduo faz um claro julgamento moral sobre qual ação tomar, mas é impedido de agir de acordo por causa de restrições sociais, institucionais ou contextuais”. Nada obstante, publicações recentes sugerem a fluidez do conceito ainda em construção (FACHINI; SCRIGNI; LIMA, 2017), variando quanto ao autor e ao contexto cultural. Em resumo, é o sofrimento decorrente de acreditar que determinada ação é de melhor interesse para o paciente, mas estar externa ou internamente impedido de agir de acordo com sua crença.

Jameton foi levado a discutir o tema em 1984, em seu livro *Nursing Practice: The Ethical Issues*, a partir de questionamentos éticos levantados por seus alunos em suas aulas: como oferecer o cuidado apropriado ao paciente que está morrendo? Qual é o limite do suporte avançado de vida? Como deve ser feita a comunicação e a tomada de decisões no fim de vida pelos pacientes e seus familiares? Tais indagações decorreram de dilemas práticos enfrentados pelos alunos, pois especialmente o enfermeiro, responsável por ministrar o tratamento prescrito por outro profissional, era obrigado a ter cuidados que, muitas vezes, além de irem contra suas convicções pessoais, eram dolorosos e fúteis, tais como a aspiração endotraqueal em paciente sem possibilidade de ser desconectado do respirador (JAMETON, 2017).

As causas de sofrimento moral mais comuns relatadas na revisão bibliográfica são agrupadas em categorias, sendo as mais comumente encontradas: situações clínicas, limitações internas e limitações externas. Dentre as situações clínicas encontramos o tratamento fútil, a obstinação terapêutica, o prolongamento do processo de morrer, o alívio inadequado da dor, o desrespeito ao desejo do doente e outras. Nas limitações internas são relatadas sensação de impotência, dificuldade em compreender a situação como um todo, insegurança, falta de conhecimento sobre opções terapêuticas adequadas. E, por fim, nas limitações externas foram relatadas dificuldade de comunicação entre os membros da equipe, diferenças na perspectiva de cada categoria profissional, medo de futuros processos judiciais, relações de pouco coleguismo e outras (HAMRIC, 2012). As causas mais frequentes variam de acordo com as diferentes culturas e o contexto socioeconômico dos locais de publicação.

Diante do problema do sofrimento moral experimentado pelo médico com maior frequência e intensidade diante do vasto arsenal terapêutico entra a **questão da pesquisa** “o médico intensivista pediátrico brasileiro têm experimentado o sofrimento moral?”. Reconhecer o problema para buscar estratégias de tratá-lo **justificou** a presente pesquisa.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Encontramos a primeira descrição do fenômeno do sofrimento moral (SM) nos textos de Jameton (1984), quando alguém sabe a coisa certa a ser feita, mas restrições institucionais tornam quase impossível seguir com o curso da ação. O sofrimento moral não se trata de um estresse emocional diante do contexto de doença em que o profissional está inserido, ele é um sofrimento de cunho ético. Todo profissional da saúde traz consigo seus valores e crenças a partir das quais julgará ser o que melhor atende os interesses do paciente. O sofrimento moral começa justamente quando estou impedido de tomar uma conduta moral que melhor atenda o interesse do paciente, por conta de uma restrição externa institucional e/ou contextual ou interna de inabilidade profissional pessoal (PRENTICE *et al.*, 2016).

Jameton (1993) também descreveu a distinção entre o SM inicial e o reativo. O primeiro se refere aos sentimentos de frustração, raiva e ansiedade diante dos obstáculos interpessoais ou institucionais quando ocorre o conflito de valores. Já o SM reativo é o sofrimento que o profissional experimenta quando está impedido de tomar uma atitude moral condizente com o sentimento gerado inicialmente, ou seja, o momento agudo passou e o profissional não atuou, restando-lhe a restrição. Sobre esta restrição e seus efeitos, Epstein e Hamric (2009) conceituam e intitulam o resíduo moral e o efeito *crescendo*. O resíduo moral se trata do sofrimento moral reativo, aquilo que cada indivíduo carrega consigo permitindo comprometer-se moralmente mesmo tendo passada a situação de sofrimento. Este pode ser comprometedor da ética do profissional da saúde, especialmente quando exposto ao efeito *crescendo*, quando o profissional é vez após outra submetido ao sofrimento moral reativo, trazendo consigo consequências pessoais (irritabilidade, ansiedade, depressão) e profissionais (*Burnout* e fuga de interação com o paciente) (HARDINGHAM, 2004).

As causas do sofrimento moral encontradas na literatura são diversas, e variam, mesmo que pouco, conforme o contexto cultural e a função do profissional da saúde. Diversos autores nacionais e internacionais se prestaram a pesquisa-las. Uma subdivisão proposta bem adequada foi organizada no texto de Hamric, Borchers e Epstein (2012): circunstâncias clínicas, restrições pessoais e restrições externas.

Dentre as circunstâncias clínicas podemos encontrar: fornecer tratamentos desnecessários ou fúteis, prolongar o processo de morte através de tratamento agressivo, adquirir consentimento informado de forma inadequada, trabalhar ao lado de profissionais da saúde sem competência técnica para executar suas funções, falta de consenso sobre o plano de tratamento, falha na continuidade do cuidado, deveres conflitantes, uso inapropriado de recursos, prover um cuidado que não atende o interesse do paciente, alívio inadequado da dor, dar falsas esperanças a pacientes e familiares, acelerar o processo de morte, contar a verdade de forma parcial ao paciente e família e desrespeitar o desejo do paciente.

As restrições pessoais descritas por Hamric (2012) foram sensação de impotência, falha em identificar questões éticas, dificuldade em compreender a situação clínica como um todo, duvidar de si mesmo, falta de conhecimento sobre tratamentos alternativos, sensibilidade moral aumentada, falta de assertividade e concordar com colegas por motivo de amizade. Finalmente, encontramos no grupo das restrições externas as seguintes situações: comunicação inadequada entre os membros da equipe, perspectivas diferentes entre os profissionais, equipe reduzida ou com alta rotatividade, falta de suporte administrativo, políticas e prioridades que conflitam com as necessidades de cuidado, seguir o desejo da família por medo de processo judicial, tolerância de comportamento abusivo, comprometer o tratamento devido a pressão por reduzir custos, hierarquias do sistema de saúde, falta de coleguismo, não estar envolvido no processo decisório e comprometimento do cuidado devido a pressão do convênio ou medo de litígio.

Todas essas causas supracitadas começam apenas trazendo à tona raiva, tristeza, frustração, ansiedade, desânimo, medo, preocupação, impotência e embotamento (FACHINI; SCRIGNI; LIMA, 2017; PRENTICE *et al.*, 2016), porém quando repetidas e sem o devido cuidado acabam por levar o profissional ao esgotamento, *burnout* (DEWA *et al.*, 2014; GARCIA *et al.*, 2014; MYHREN; EKENBERG; STOKLAND, 2013), desejo de evitar o paciente e até mesmo o desejo de abandonar sua posição de trabalho, seja a posição adquirida no trabalho, seja a própria profissão (HAMRIC, 2012; HARDINGHAM, 2004; LAMIANI *et al.*, 2017; McCAFFREE, 2006). O *burnout* é definido como uma síndrome psíquica de esgotamento profissional relacionada a sobrecarga emocional crônica no trabalho (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Em estudo brasileiro recente Tironi *et al.* (2016) demonstraram escores altos para *burnout* em UTI adulto e pediátrico de 5 capitais brasileiras, sugerindo que a preparação técnica não está sendo acompanhada de preparação emocional para lidar com as demandas de cuidado do dia a dia do médico intensivista. Portanto, o médico intensivista está bastante exposto a situações desencadeantes de estresse, que trazem prejuízo não apenas à sua vida pessoal, mas que finalmente interferem nas suas relações de trabalho e podem prejudicar seus relacionamentos entre colegas e diretamente com o paciente, resultando em distanciamento e pior atendimento ao paciente (ATKINSON *et al.*, 2018).

Atualmente estão em constante discussão e aperfeiçoamento os métodos de mensuração do problema do sofrimento moral. Construir um instrumento de mensuração que contemple a subjetividade dos sentimentos envolvidos no sofrimento moral ainda é um desafio, mesmo após três décadas de haver apontado o problema. Corley e outros (2001) propuseram uma escala (*Moral Distress Scale - MDS*) para avaliar o sofrimento moral de enfermeiros. Esta escala continha 32 itens (30 situações clínicas desmembradas em 32 itens) que avaliavam intensidade e frequência do sofrimento moral a partir de situações cotidianas usando o modelo de 7 pontos

da escala de Likert. A MDS usou a teoria de valores de Rokeach (quando os valores pessoais conflitam com as expectativas de assistência no local de trabalho) e a teoria do conflito de funções de House e Rizzo (quando os interesses da instituição empregadora conflitam com os interesses diretos dos seus colegas e pacientes, impondo-lhe expectativas inclusive opostas), além do conceito de Jameton (1984), como referência para analisar o quanto o trabalho das enfermeiras era afetado por seus valores e crenças. Essas teorias levavam em consideração as relações conflituosas no local de trabalho, porém sem levar em consideração o aspecto ético que Jameton (1984) levantou apenas mais tarde (CORLEY, 2001). Foi aplicada em 214 enfermeiros, sendo a amostragem por conveniência, em unidades de terapia intensiva e recuperação pós anestésica, encontrando escores moderados a altos de sofrimento moral.

Em 2012 esta escala foi revisada por Hamric, Borchers e Epstein (*Moral Distress Scale - Revised*) e ficou mais enxuta, com 21 itens testados não apenas em profissionais enfermeiros, mas em médicos e demais profissionais adultos e pediátricos, apesar de não testada quanto à sua validade estrutural. A intenção foi de explorar outros possíveis causadores de sofrimento moral, ampliar seu uso não apenas para unidades de cuidado intensivo, e incluir variados profissionais de saúde adulto e pediátrico. A aplicação desta escala encontrou associação entre níveis altos de SM em enfermeiros com mais tempo de profissão – suportando a teoria do efeito *crecendo*, mas não encontrou o mesmo em profissionais médicos, deixando a dúvida se porque a amostra foi pequena e composta em sua maioria por médicos com poucos anos de prática (residentes na sua maioria) ou pelo suposto menor tempo diário de exposição a situações conflitantes. Porém o próprio estudo aponta que, sendo a amostra rica em médicos residentes, eles deveriam se assemelhar aos profissionais enfermeiros no que tange a tempo de exposição a situações conflitantes, subordinação a hierarquias e menor grau de poder decisório na equipe. Além disso, não foi encontrada diferença entre os profissionais na intenção de deixar suas

posições, ambos com alta correlação entre interesse de deixar sua posição de trabalho e nível alto de sofrimento moral.

Mais recentemente foi traduzida para o italiano e validada a *Italian Moral Distress Scale – Revised* (LAMIANI *et al.*, 2017), que se mostrou útil para apontar o impacto negativo do sofrimento moral e sua correlação com a intenção de deixar a profissão. Lamiani *et al.* (2017) coletaram seus dados também a partir de uma amostra por conveniência, incluindo médicos e enfermeiras de cuidado intensivo pós-operatório adulto. Foi revisada a MDS-R, adaptada culturalmente e seus dados foram cruzados com uma escala para depressão também aplicada nesta amostra (*Beck Depression Inventory – Second Edition*), o que permitiu demonstrar o impacto negativo do SM na depressão. Diferentemente da MDS-R, que contém 21 itens, a *Italian MDS-R* é composta por 14 itens, sendo de mais rápida aplicação e mantendo boa consistência interna. E assim como em estudos anteriores, mantiveram-se os itens de maior prevalência como causadores do sofrimento moral, como por exemplo o cuidado fútil, ou não modificador do curso da doença.

Também Wocial e Weaver (2013) inauguraram um “termômetro” do sofrimento moral: uma escala análoga visual enumerando a intensidade do sofrimento moral recente com correlação numérica de 0 a 10 (Figura 1), o qual foi validado cruzando seus dados com a MDS-2009 (uma das adaptações da MDS) e contendo, além de dados demográficos, a relação da nota do SM com a intenção de deixar sua posição de trabalho. Wocial e Weaver (2013) inovaram nesta mensuração, pois sua avaliação leva em conta apenas as últimas duas semanas de trabalho do entrevistado, enquanto as escalas citadas anteriormente não delimitam o tempo, mas o todo da experiência prévia do profissional avaliado. Sendo assim, essas escalas ficam expostas ao efeito *crescendo* e não contribuem para exibir o problema atual, ou seja, “em tempo real”, dificultando a abordagem do tema com casos atuais e concretos para serem revistos, repensados e convertidos em uma mudança de atitude da equipe diante do problema. A amostra de Wocial

e Weaver é substancialmente maior que as amostras dos demais estudos e se mostrou efetiva em rastrear o desejo do profissional em abandonar a sua posição de trabalho motivado pelo SM, e tem a vantagem de poder ser usada para avaliar o sucesso nas intervenções que a instituição propõe para tratar o SM, uma vez que analisa apenas dados recentes (das duas últimas semanas).

A literatura é escassa no que se refere a abordagem do sofrimento moral. Além disso, por se tratar de um tópico com diversos fatores causais, as propostas não costumam contemplar a pluralidade do tema. Prentice e Gillam (2017) levantam a questão do clima ético na unidade e da decisão compartilhada do médico com o paciente/família como pilares para o manejo do problema; na medida em que cada profissional cumpre com ética e responsabilidade seu dever na equipe e devolve a “voz” ao binômio paciente-família, respondendo à confiança depositada pelos colegas, pacientes e sociedade. Outra maneira de mitigar o processo do SM, sugerida por Bruce, Miller e Zimmerman (2015), é melhorar o processo de comunicação na equipe multidisciplinar; fazendo com que cada membro seja ouvido e considerado na condução do caso, não apenas para enriquecer o tratamento do paciente mas também para dividir o fardo da tomada de decisão e do manejo no fim de vida. Estas oportunidades de discutir a decisão mais ética de cada caso podem tanto ser uma prática a ser incorporada diariamente nas situações mais delicadas quanto exploradas a partir de um serviço de consulta ética do hospital, como sugerem Rosenthal e Clay (2017), onde um profissional capacitado responde prontamente a consultorias solicitadas por qualquer membro da equipe e dedica um tempo para discussão em grupo do caso elencado.

Outrossim, não devemos esquecer que o tema do sofrimento moral não revela apenas pontos negativos na equipe de saúde. Conforme discorre Tigard (2019), o sofrimento moral traz consigo seus pontos positivos, tais como a revelação dos valores da pessoa que o experimenta, seus compromissos e a importância das suas preocupações éticas com o objeto do seu cuidado. Uma experiência moralmente perturbadora pode nos ajudar a revelar com que realmente nos

importamos e damos valor e alinhar-nos a um caráter honrado, que não nos manterá estáveis na experiência profissional, mas na busca pelo aperfeiçoamento do nosso local de atuação.

3 JUSTIFICATIVA

O tema do sofrimento moral tem sido amplamente estudado por profissionais enfermeiros (JAMETON, 1984; BARLEM, 2012), mostrando-se muito prevalente (HAMRIC *et al.*, 2012; HAMRIC, 2012) devido à própria natureza das funções desempenhadas dentro da equipe. No entanto, além de ser menos mencionado entre médicos, não foram encontrados estudos contemplando o sofrimento moral entre os médicos intensivistas pediátricos brasileiros, razão pela qual o presente estudo pode apresentar observações relevantes.

A pesquisa se propõe a discutir a existência de sofrimento moral na equipe médica e suas repercussões nas UTIP. Na literatura brasileira não foi encontrado nenhum estudo quantitativo avaliando o tema entre médicos intensivistas pediátricos. A hipótese dos pesquisadores é de que os médicos pesquisados estão frequentemente expostos a possíveis gatilhos do sofrimento moral em seu ambiente de trabalho e que este pode estar associado à exposição ao excesso do arsenal terapêutico e tratamento fútil oferecido a pacientes fora de possibilidade de cura. A partir do seu reconhecimento será possível propor meios de aliviar o sofrimento moral, conforme exemplos sugeridos na revisão bibliográfica, como a criação de espaços de debate ético multidisciplinar dos casos concretos que se apresentam diariamente (CORLEY; MINICK, 2002) e serviços de consulta de sofrimento moral (EPSTEN; HAMRIC, 2009). Finalmente, o resultado da boa saúde mental do médico terá impacto na sua qualidade de vida e conseqüentemente na melhoria do atendimento oferecido ao paciente pediátrico e sua família (DRYDEN-PALMER *et al.*; 2018).

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Avaliar sofrimento moral entre os intensivistas pediátricos e residentes de pediatria e de medicina intensiva pediátrica em Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico de duas UTIP de grande Porte de Porto Alegre.

4.2 ESPECÍFICOS

Relacionar sofrimento moral com as principais situações desencadeantes exemplificadas na literatura revisada;

Relacionar sofrimento moral com o perfil do médico que o apresenta;

Buscar associação entre o sofrimento moral e o interesse do médico em deixar a profissão ou trocar o ambiente de trabalho.

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO

Estudo transversal observacional. Através da aplicação de questionário à equipe médica assistencial de duas UTIP em 8 visitas em datas definidas por sorteio.

5.2 LOCAIS DE ESTUDO

O estudo foi realizado em duas UTIP de referência de Porto Alegre: a UTIP do Hospital da Criança Santo Antônio, pertencente ao Complexo Hospitalar Santa Casa e ligada à UFCSPA (Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre) e a UTIP do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Ambas UTIP proporcionam pelo menos um *round* diário, contando com o chefe da unidade e/ou pelo menos um professor, dois médicos intensivistas rotineiros e no mínimo quatro médicos residentes (do programa de Residência de Medicina Intensiva Pediátrica e do programa de Residência em Pediatria). Estas Unidades estão inseridas em hospitais de alta complexidade, contando com 1500 a 500 internações ao ano, respectivamente.

A UTIP da Santa Casa dispõe de 40 leitos com ênfase no cuidado pós-operatório de cirurgias cardíacas, torácicas, neurológicas, ortopédicas, nefrológicas e outras, além de receber crianças com variadas malformações e outras situações clínicas pediátricas como urgências oncológicas. A UTIP do HCPA tem 13 leitos e recebe pós-operatório de cirurgia neurológica, oncológica, transplante hepático, além de ser referência para diversas anomalias genéticas e pneumopatias crônicas. Ambas UTIP recebem pacientes clínicos oriundos da internação clínica e da emergência pediátrica de seus serviços.

5.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo todos os médicos participantes do *round* da data da visita que estiveram trabalhando como intensivistas pediátricos, residentes de UTIP, de pediatria e outros (como estagiários residentes da cardiologia ou neonatologia) que estiveram em estágio curricular na UTIP, e que aceitaram o convite e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

5.4 INTERVENÇÃO: QUESTIONÁRIO

5.4.1 Conteúdo

Este estudo aplicou um questionário (apêndice A) desenvolvido pela mestrandia, seu orientador e sua coorientadora baseado nos itens das versões supracitadas da *Moral Distress Scale - Revised* (a qual não possui versão brasileira para médicos intensivistas pediátricos validada e adaptada culturalmente) e compara seus resultados com o termômetro de Wocial – *MDT* (Figura 1, emprestado pela autora, que mede SM exclusivamente *real time*) no intuito de verificar a existência de sofrimento moral recente entre os médicos intensivistas pediátricos e residentes em estágio curricular na UTIP. O questionário não foi identificado com o nome do respondedor e continha perguntas fechadas a respeito do perfil do médico, como idade, sexo e tempo de experiência. Além disso, haviam perguntas específicas sobre situações que comumente estão relacionadas ao sofrimento moral baseadas nas últimas revisões de literatura sobre o tema e constando de um “termômetro” proposto por Wocial e Weaver (WOCIAL; WEAVER, 2012; HAMRIC, 2012) ao término e do número de vezes que o entrevistado respondeu ao mesmo. As perguntas baseadas na *MDS-R* eram apenas sobre situações vividas no dia da visita sem aviso prévio, excluindo experiências prévias do entrevistado.

O instrumento foi testado em 3 médicos residentes de pediatria um mês antes da aplicação; foi marcado o tempo médio de resposta (6 minutos) e discutido após a cerca da compreensão das questões elaboradas.

5.4.2 Período de aplicação

Ocorreu durante os meses de maio a novembro de 2018 constando de 8 visitas sem aviso prévio em cada UTIP no momento imediato após o round, com intervalo mínimo de 14 dias entre elas em uma mesma unidade.

As datas de visita foram sorteadas no início do estudo e sorteadas novamente caso caíssem com repetição de mais de duas visitas no mesmo dia da semana do mês anterior, para que contemplassem diferentes intensivistas pediátricos (muitos organizam seu trabalho por dias fixos da semana).

5.4.3 Aplicação

A aplicação do questionário foi feita pela mestrandia. Esta fez um convite verbal padrão convidando os médicos intensivistas a participarem do estudo através do preenchimento do questionário, porém sem manter-se no mesmo local físico ou conversar sobre perguntas referentes ao tema da pesquisa. No cabeçalho do questionário havia uma definição breve sobre o tema.

Para garantir o sigilo, foi disponibilizada uma pasta-urna para que os médicos depositassem os questionários logo após o preenchimento e o TCLE (apêndice C) foi deixado ao lado de fora. A pasta foi recolhida após o preenchimento e aberta a cada duas visitas para coleta de dados. O termo de consentimento recolhido a cada questionário preenchido foi guardado após e fora de ordem, para evitar a revelação do entrevistado.

5.4.4 Estratégia de veracidade

A cada dez questionários um deles conteve três perguntas extras a fim de verificar se havia contradição nas respostas (apêndice B). Ou seja, foram repetidas três perguntas de outra forma para que ficasse claro que o entrevistado respondeu com atenção.

5.4.5 Análise estatística

Os dados dos pacientes foram transcritos para uma planilha de Excel para Windows 10 (Microsoft Office) e posteriormente analisados através do programa SPSS versão 22.0 e EPI InfoTM versão 7. As variáveis contínuas estão expressas através das médias e desvio padrão (dp), enquanto que aquelas sem distribuição normal estão expressas pela mediana e amplitude. As variáveis categóricas estão expressas em percentagem. Para comparar as variáveis contínuas foram utilizados os Teste t de Student e Teste U de Mann-Whitney. As variáveis categóricas foram comparadas através do Teste Qui-quadrado e o Teste Exato de Fisher. Para a análise multivariada foi usada a Regressão de Poisson para avaliar fatores independentemente associados com a nota do termômetro superior ou igual a 4 (quatro).

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram respeitados, garantindo-se a proteção dos direitos humanos, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 2012), que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CAAE 81967317.1.1001.5327) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital da Criança Santo Antônio – Santa Casa/RS (CAAE 81967317.1.2001.5683).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDRIDGE, M. D. *et al.* Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: a literature review. **Palliative Medicine**, v. 30, nº 3, p. 224-239, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2GXna6p>>. Acesso em: 10.jan.2019. DOI:10.1177/0269216315606645.

ALLEN, R. *et al.* Moral distress among healthcare professionals at a health system. **JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation**, v. 15, nº 3, p. 111-118, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2Ti8aFj>>. Acesso em: 10.jan.2019. DOI:10.1097/NHL.0b013e3182a1bf33.

ATKINSON, T. *et al.* Perspectives of meaningful work in a high-burnout academic medical center: a discourse analysis. **Qualitative Research in Medicine & Healthcare**, v. 2, nº 2, p. 73-83, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2KqKID1>>. Acesso em: 10.jan.2019. DOI:10.4081/qrmh.2018.7572.

BARLEM, E. L. D. *et al.* Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, nº 3, p. 881-888, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2GVvWIC>>. Acesso em: 10.jan.2019. DOI:10.1590/S0080-62342012000300021.

BRANDON, D.; DOCHERTY, S.; THORPE, J. Infant and child deaths in acute care settings: Implications for palliative care. **Journal of Palliative Medicine**, v. 10, nº 4, p. 910-918, 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2YzyiBe>>. Acesso em: 10.jan.2019. DOI:10.1089/jpm.2006.0236.

BRUCE, C. R.; MILLER, S. M.; ZIMMERMAN, J. L. A qualitative study exploring moral distress in the ICU Team: the importance of unit functionality and intrateam dynamics. **Critical Care Medicine**, v. 43, nº 4, p. 823-831, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/33t9UjR>>. Acesso em: 10.jan.2019. DOI:10.1097/CCM.0000000000000822.

BURSTON, A. S.; TUCKETT, A. G. Moral distress in nursing: Contributing factors, outcomes and interventions. **Nursing Ethics**, v. 20, nº 3, p.312-324, 2012. 2013; 20:3, 312-324. Disponível em: <<https://bit.ly/2YDD5ld>>. Acesso em: 10.jan.2019. DOI:10.1177/0969733012462049.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2ª. Ed. São Paulo: ANCP, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/31uTs0E>>. Acesso em: 11.jan.2019.

CORLEY, M. C. *et al.* Development and evaluation of a moral distress scale. **Journal Advanced Nurse**, v. 33, nº 2, p. 250-256, 2001. Disponível em: <<https://bit.ly/2GYsyGv>>. Acesso em: 10.jan.2019. DOI:10.1111/j.1365-2648.2001.01658.x.

CORLEY, M. C. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. **Nursing Ethics**, v. 9, nº 6, p. 636-650, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/2Ko3cDT>>. Acesso em: 10.jan.2019. DOI:10.1191/0969733002ne557oa.

CORLEY, M. C.; MINICK, P. Moral distress or moral comfort. **Bioethics Forum**, v. 18, nº 1/2, p. 7-14, 2002.

DEWA, C. S. *et al.* How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. **BMC health Services Research**, v. 14, nº 1, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2Kq6arz>>. Acesso em: 11.jan.2019. DOI:10.1186/1472-6963-14-325.

DODEK, P. M. *et al.* Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. **Journal of Critical Care**, v. 31, nº 1, p. 178-182, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/33qA86c>>. Acesso em: 11.jan.2019. DOI:10.1016/j.jcrc.2015.10.011.

DRYDEN-PALMER, K. *et al.* Care for dying children and their families in the PICU. **Pediatric Critical Care Medicine**, v. 19, nº 8S, p. s79–S85, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2YUJScr>>. Acesso em: 11.jan.2019. DOI:10.1097/pcc.0000000000001594.

EIZENBERG, M. M.; DESIVILYA, H. S.; HIRSCHFELD, M. J. Moral distress questionnaire for clinical nurses: instrument development. **Journal of Advanced Nursing**, v. 65, nº 4, p. 885-892, 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/2yRCUmY>>. Acesso em: 14/01/2019. DOI:10.1111/j.1365-2648.2008.04945.x.

ELPERN, E. H.; COVERT, B; KLEINPELL, R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. **American Journal of Critical Care**, v. 14, nº 6, p. 523–530, 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2YXoouu>>. Acesso em: 11.jan.2019.

EPSTEIN, E. G.; HAMRIC, A. B. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. **Journal of Clinical Ethics**, v. 20, nº 4, p. 330-342, 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/2MfTZzS>>. Acesso em: 11.jan.2019.

FACHINI J. S.; SCRIGNI A. V.; LIMA, R. C. G. S. Sofrimento moral de trabalhadores de uma UTI pediátrica. **Revista Bioética**, v. 25, nº 1, p. 111-122, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2OOnqv6>>. Acesso em: 11.jan.2019. DOI:10.1590/1983-80422017251172.

FERREL, B. R. Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care. **Oncology Nursing Forum**, v. 33, nº 5, p. 922-930, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2M9nbbQ>>. Acesso em: 11.jan.2019. DOI:10.1188/06.ONF.922-930.

GARCIA, T. T. *et al.* Prevalence of Burnout in pediatric intensivists: an observational comparison with general pediatricians. **Pediatric Critical Care Medicine**, v. 15, nº 8, p. e347–53, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2ONl8wc>>. Acesso em: 11.jan.2019. DOI:10.1097/PCC.0000000000000218.

GRIBBEN, J. L. *et al.* A cross-sectional analysis of compassion fatigue, Burnout, and compassion satisfaction in pediatric critical care physicians in the United States. **Pediatric Critical Care Medicine**, v. 20, nº 3, p. 213-222, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/33kuZwN>>. Acesso em: 11.jan.2019. DOI:10.1097/PCC.0000000000001803.

HAMRIC, A. B.; BORCHERS. C. T.; EPSTEIN, E. Empirical research on moral distress: issues, challenges and opportunities. **HEC Forum**, v. 24, nº 1, p. 39-49, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2YV0MB0>>. Acesso em: 14.jan.2019. DOI:10.1007/s10730-012-9177-x.

- HAMRIC, A. B.; BORCHERS, C. T.; EPSTEIN, E. G. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. **AJOB Primary Research**; v. 3, nº 2, p. 1-9, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2z14TRz>>. Acesso em: 15.mar.2019. DOI:10.1080/21507716.2011.652337.
- HARDINGHAM, L. B. Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. **Nursing Philosophy**, v. 5, nº 2, p. 127-134, 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/2yR07pC>>. Acesso em: 15.jan.2019. DOI:10.1111/j.1466-769X.2004.00160.x
- HENRICH, N. J. *et al.* Consequences of moral distress in the intensive care unit: a qualitative study. **American Journal of Critical Care**, v. 26, nº 4, p. e48-e57, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2yNrGQw>>. Acesso em: 15.jan.2019. DOI:10.4037/ajcc2017786.
- JAMETON, A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. **AWHONN's Clin Issues Perinat Womens Health Nurs**; v. 4, nº 4, p. 542–551, 1993.
- JAMETON, A. **Nursing practice: the ethical issues**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1984.
- JAMETON, A. What moral distress in nursing history could suggest about the future of health care. **AMA J Ethics**, v. 19, nº 6, p. 617-628, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/31s233Z>>. Acesso em: 12.jan.2019. DOI:10.1001/journalofethics.2017.19.6.mhst1-1706.
- KEELE, L. *et al.* Limiting and withdrawing life support in the PICU: for whom are these options discussed? **Pediatric Critical Care Medicine**, v. 17, nº 2, p. 110-120, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/31vrG41>>. Acesso em: 11.jan.2019. DOI:10.1097/PCC.0000000000000614.
- LAGO, P. M. *et al.* Cuidados de final de vida em crianças: perspectivas no Brasil e no mundo. **Jornal de Pediatria**, v. 83, nº 2 Suppl, p. s109-s116, 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/31nILg6>>. Acesso em: 13.jan.2019. DOI:10.2223/JPED.1627.
- LAGO, P. M.; GARROS, D.; PIVA, J. Terminalidade e condutas de final de vida em unidades de terapia intensiva pediátrica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, nº 3, p. 359-363, 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2YSPQDH>>. Acesso em: 12.01.2019. DOI:10.1590/S0103-507X2007000300017.
- LAMIANI, G. M. S. *et al.* Measuring moral distress among critical care clinicians: validation and psychometric properties of the italian moral distress scale-revised. **Critical Care Medicine**, v. 45, nº 3, p. 430–437, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2YWdFdK>>. Acesso em: 13.jan.2019. DOI:10.1097/CCM.0000000000002187.
- MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job Burnout. **Annual Review of Psychology**, v. 52, nº 1, p. 397–422, 2001. Disponível em: <<https://bit.ly/2yRGaoZ>>. Acesso em: 13.jan.2019. DOI:10.1146/annurev.psych.52.1.397.
- McCAFFREE, D. Moral distress and the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, v. 34, nº 12, p. 3049-3050, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2KFxQrg>>. Acesso em: 13.jan.2019. DOI:10.1097/01.CCM.0000248901.70971.19.

- MYHREN, H.; EKEBERG, Ø.; STOKLAND, O. Job satisfaction and burnout among intensive care unit nurses and physicians. **Critical Care Research and Practice**, v. 2013, p. 1-6, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2KouDgR>>. Acesso em: 13.jan.2019. DOI:10.1155/2013/786176.
- PESSINI, L. 1996. Distanásia: até quando investir sem agredir. **Revista Bioética**, v. 4, nº 1, 1996. Disponível em: <<https://bit.ly/2S7RNcV>>. Acesso em: 14.jan.2019.
- PIVA, J. *et al.* Evaluating end of life practices in ten Brazilian paediatric and adult intensive care units. **Journal of Medical Ethics**, v. 36, nº 6, p. 344-348, 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/2ZOn6xc>>. Acesso em: 12.jan.2019. DOI:10.1136/jme.2009.035113.
- PRENTICE, T. *et al.* Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review. **Archives Disease in Childhood**, v. 101, nº 8, p. 701–708, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2ZVWYRn>>. Acesso em: 12.jan.2019. DOI:10.1136/archdischild-2015-310268.
- RODRÍGUEZ-REY, R. *et al.* Are pediatric critical personnel satisfied with their lives? Prediction of satisfaction with life from Burnout, posttraumatic stress, and posttraumatic growth, and comparison with noncritical pediatric staff. **Pediatric Critical care**, v. 20, nº 3, p. e160-e169, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2Tkt0UI>>. Acesso em: 12.jan.2019. DOI:10.1097/PCC.0000000000001861.
- ROSENTHAL, M. S.; CLAY, M. Initiatives for responding to medical trainees' moral distress about end-of-life cases. **AMA Journal of Ethics**, v. 19, nº 6, p. 585-594, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2YXSTuk>>. Acesso em: 13.jan.2019. DOI:10.1136/archdischild-2015-309410. DOI:10.1001/journalofethics.2017.19.6.stas1-1706.
- SANTOS, R. P.; GARROS, D.; CARNEVALE, F. Difficult decisions in pediatric practice and moral distress in the intensive care unit. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, nº 2, p. 226-232, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2YX7tCu>>. Acesso em: 15.jan.2019. DOI:10.5935/0103-507x.20180039.
- TIGARD, D. W. The positive value of moral distress. **Bioethics**, v. 33, nº 5, p. 601-608, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/33jw87L>>. Acesso em: 30.abr.2019. DOI:10.1111/bioe.12564.
- TIRONI, M. O. S. *et al.* Prevalência de síndrome de *burnout* em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, nº 3, p. 270-277, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2Tk9mru>>. Acesso em: 15.jan.2019. DOI:10.5935/0103-50X.20160053.
- WOCIAL, L. D.; WEAVER, M. T. Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress: the moral distress thermometer. **Journal of Advanced Nursing**, v. 69, nº 1, p. 1-8, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2KBW5H9>>. Acesso em: 15.jan.2019. DOI:10.1111/j.1365-2648.2012.06036.x.

ARTIGO ORIGINAL

Sufrimento moral: um achado frequente em duas UTI Pediátricas Brasileiras

Moral distress: a frequent finding in two Brazilian PICU

Objetivo: Avaliar a presença de sofrimento moral entre intensivistas pediátricos brasileiros e os possíveis fatores associados. **Métodos:** Estudo transversal através de aplicação de questionário anônimo contendo as principais causas de sofrimento moral descritas na literatura. Entre maio e novembro de 2018, em dias sorteados aleatoriamente, foram visitadas duas UTI pediátricas e convidados os médicos intensivistas presentes a responderem o questionário de forma anônima. O questionário foi aplicado no momento pós-*round* e a visita da pesquisadora foi sem aviso prévio. Juntamente com o questionário foi distribuído o consentimento informado que após firmado, era depositado em envelope separado em uma pasta distinta dos questionários. **Resultados:** Foram coletados 157 questionários, respondidos por 62 médicos, dos quais 43% trabalham no Hospital 1 e 57% no Hospital 2. Os dois grupos foram semelhantes em relação ao perfil sociodemográfico. A média de escore de sofrimento moral foi de $2,8 \pm 2,3$ e mediana de 2 (IQ_{25-75%} 1-4), compatível com grau leve ou maior. Observamos que em pelo menos 25% das entrevistas havia relato de um sofrimento moral com escore maior ou igual 4 (desconforto). Entre 30-40% dos entrevistados manifestaram interesse em deixar o intensivismo. Os fatores mais associados com sofrimento moral foram: prolongamento do processo de morte, grande demanda de trabalho e comunicação inadequada entre os membros da equipe. Na análise multivariada, mostraram-se associados ao sofrimento moral (Escore ≥ 4) de forma independente: conflito entre equipe médica e família prejudicando o paciente, inabilidade técnica/incompetência pessoal prejudicando o paciente, alívio da dor insuficiente por medo abreviar a vida e “interesse em deixar o intensivismo”. **Conclusão:** sofrimento moral é um achado frequente entre intensivistas pediátricos brasileiros o qual está associado a manifestação de abandonar a especialidade.

Descritores: Moral. Ética. Estresse psicológico. Terapia Intensiva.

Objective: To evaluate the presence of moral distress among physicians acting in Pediatric Intensive Care Units and its associated factors. **Methods:** cross-sectional study by applying anonymous questionnaire about the main causes of moral distress as described by the literature. It was a convenience sample, in which was included pediatricians intensive care physicians and residents acting in pediatric intensive medicine in the months of May to November 2018. The questionnaire was applied in the post-round moment and the researcher visit was without previous warning. The consent form was collected apart from the anonymous questionnaire and stacked up separately. **Results:** It was collected 157 questionnaires, answered by 62 physicians, of which 43% work in the Hospital 1 and 56% in the Hospital 2. Both groups was similar with respect to the sociodemographic profile. The moral distress average score was $2,8 \pm 2,3$ e median of 2 ($IQ_{25-75\%} 1-4$), compatible with light grade. It was observed that in at least 25% of the interviews there was moral distress report scored ≥ 4 (uncomfortable). Between 30-40% of the interviewed expressed interest in leaving intensivism. The most associated factors to moral distress was: prolonging the dying processes, great work demand and inadequate communication among team members. In the multivariate analysis, were found to be associated with moral distress (Score ≥ 4) independently: compromised care due to conflict between medical team and family, technical incapacity / personal incompetence harming the patient, insufficient pain relief caused by fear of shortening life and "interest in leaving intensivism". **Conclusion:** Brazilian intensivist pediatricians often shows some grade of moral distress and it is closely related to the desire of abandoning the profession.

Keywords: Moral. Ethics. Intensive Care.

Introdução

O sofrimento moral (SM) é o conjunto de sentimentos e reações experimentado pelo profissional de saúde quando após identificar e estar convencido da conduta correta a ser adotada, limitações diversas o impedem de agir de acordo com suas convicções^(1,2,3,4). Inicialmente o profissional pode experimentar frustração, raiva, tristeza e ansiedade, e a medida que é impedido de agir, resta-lhe lidar com estas restrições, caracterizando assim o SM⁽⁵⁾. Esses sentimentos são capazes de proporcionar descontentamento com o trabalho ou mesmo o abandono da profissão⁽⁶⁾. O SM com frequencia desenvolve o resíduo moral, que é o

comprometimento ético que o profissional carrega consigo para as próximas situações, culminando no efeito *crescendo*, que seria o efeito cumulativo de sucessivas experiências de sofrimento moral não tratado⁽⁷⁾.

As causas de sofrimento moral são diversas e costumam ser agrupadas nas seguintes categorias: situações clínicas, limitações internas e limitações externas. Dentre as situações clínicas encontramos o tratamento fútil, a obstinação terapêutica, o prolongamento do processo de morrer, o alívio inadequado da dor, o desrespeito ao desejo do doente e outras. Nas limitações internas são relatadas sensação de impotência, dificuldade em compreender a situação como um todo, insegurança, falta de conhecimento sobre opções terapêuticas adequadas. E, por fim, nas limitações externas foram relatadas dificuldade de comunicação entre os membros da equipe, diferenças na perspectiva de cada categoria profissional, medo de futuros processos judiciais, relações de pouco coleguismo e outras⁽⁹⁾.

Todas essas causas que começam apenas trazendo tristeza, frustração e ansiedade^(3,4), podem, quando não identificadas e repetidas, levar o profissional ao esgotamento, *Burnout*^(11,12,13) e desejo de evitar os pacientes com importante impacto na assistência^(9,14,15,16).

As maneiras de identificar e mensurar o problema são semelhantes na literatura, através de questionários contendo as principais situações desencadeantes de SM e suas respectivas graduações de frequência e intensidade^(15,17,18,19). Algumas escalas análogas visuais, como propôs Wocial e Weaver⁽²⁰⁾ avaliam apenas as últimas duas semanas de trabalho do entrevistado e não toda experiência prévia do profissional. Sendo assim, essa escala análoga visual evita efeito *crescendo* que não contribui para exibir o problema atual, ou seja, “em tempo real”

O sofrimento moral traz consigo também aspectos positivos, tais como a evidência dos valores pessoais do profissional, seus compromissos e a importância das suas preocupações éticas com o paciente, as quais são essenciais no cuidado com o doente crítico sob risco iminente⁽²¹⁾. Uma experiência moralmente perturbadora nos impulsiona a revelar nossos valores

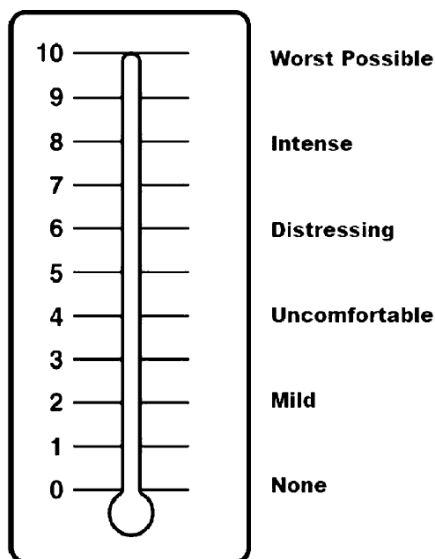
e prioridades, nos auxiliando no manejo integral do doente e em busca de aperfeiçoamento do nosso local de atuação⁽²²⁾. É pouco provável e inapropriado pretender eliminar o sofrimento moral, porém identificar a sua presença e seus fatores desencadeantes pode auxiliar no melhor manejo de situações desconfortáveis e estressantes para os intensivistas pediátricos. O objetivo deste estudo foi avaliar a presença de SM entre os médicos assistentes de duas unidades de tratamento intensivo pediátrico brasileiras, descrevendo sua associação com situações mais frequentemente descritas na literatura.

Método

Foi realizado um estudo transversal observacional sobre sofrimento moral em médicos pediatras que atuam em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica do Sul do Brasil, sejam eles intensivistas ou residentes. Em dias sorteados aleatoriamente, nos meses de maio a novembro de 2018, o pesquisador principal visitava uma das 2 UTIP, ambas situadas em hospitais terciários e universitários da região Sul do Brasil, intituladas para pesquisa como H1 e H2. A UTIP do H1 dispõe de 13 leitos e recebe pacientes provenientes de pós-operatório de cirurgia neurológica, oncológica, transplante hepático, além de ser referência para diversas anomalias genéticas e pneumopatias crônicas. A UTIP do H2 dispõe de 40 leitos e recebe pacientes pós-operatórios de cirurgia cardíaca, neurológica, transplantes renais, cardíacos e hepáticos, além de pacientes clínicos.

Foram realizadas 8 visitas em cada hospital com intervalo médio de 14 dias entre elas, em datas aleatórias e distribuídas nos diferentes dias da semana. A visita foi sempre no período *pós-round* quando eram entregues os questionários a todos os médicos intensivistas ou residentes que participaram das discussões dos pacientes. Os questionários foram distribuídos e respondidos de forma anônima, sendo entregue também um TCLE que era firmado e depositado dentro de um envelope em uma pasta-urna.

Figura 1 – *MDT – Moral Distress Thermometer*, gradua SM dos últimos 14 dias de trabalho.



Fonte: WOCIAL; WEAVER, 2012.

O questionário continha uma breve descrição sobre o tema, perguntas a respeito do perfil sociodemográfico do médico, sobre sua satisfação com o momento atual de vida, com o fato de ser médico e de atuar em medicina intensiva. Também haviam perguntas a respeito do interesse em deixar o intensivismo ou de trocar de local de trabalho. Faziam parte da pesquisa 13 perguntas em torno das principais causas descritas de sofrimento moral, graduadas em intensidade, a respeito apenas da data da coleta, desenvolvidas pelos pesquisadores baseadas na *MDS-R* e na *Italian-MDS-R*. Ao término, havia uma escala análoga visual para ser graduada de 0-10 em intensidade de sofrimento moral dos últimos 14 dias de trabalho (Figura 1), a *MDT – Moral Distress Thermometer*⁽²⁰⁾. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa de cada hospital.

Análise Estatística

Os dados foram transcritos para uma planilha de Excel para Windows 10 (Microsoft Office) e posteriormente analisados através do programa SPSS versão 22.0 e EPI InfoTM versão 7. As variáveis contínuas estão expressas através das médias e desvio padrão (dp),

enquanto que aquelas sem distribuição normal estão expressas pela mediana e amplitude. As variáveis categóricas estão expressas em percentagem. Para comparar as variáveis contínuas foram utilizados os Teste t de Student e Teste U de Mann-Whitney. As variáveis categóricas foram comparadas através do Teste Qui-quadrado e o Teste Exato de Fisher. Para a análise multivariada foi usada a Regressão de Poisson para avaliar fatores independentemente associados com a nota do termômetro superior ou igual a 4 (quatro).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa

	Hospital 1	Hospital 2	TESTE	Valor de p
Idade (anos)	37,5 ± 15,4	34,3 ± 11,8	T	0,13
Sexo				
Masculino	10/54 (18,5%)	8/103 (7,8%)	X ²	0,08
Feminino	44/54 (81,4%)	95/103 (92,2%)		
Ignorado	1/54 (1,8%)	3/103 (2,9%)		
Função				
Chefe/supervisor	3/54 (5,6%)	4/103 (3,9%)	X ²	0,69
Contratado rotina	13/54 (24,1%)	43/103 (41,7%)		
Residente UTIP	18/54 (33,3%)	30/103 (29,1%)	X ²	0,71
Residente pediatria	18/54 (33,3%)	21/103 (20,4%)	X ²	0,11
Residente neonatologia/ cardiologia	0	5/103 (4,85%)		
Ignorado	2/54 (3,7%)	0		
Tempo de experiência (meses)	12 (2-264)	20 (7,3-93)	U	0,314
Satisfação ser médico				
Satisfeito ou muito	54/54 (100%)	100/101 (98%)		
Satisfação atuar intensivismo				
Satisfeito ou muito	53/54 (98,1)	98/100 (98%)	X ²	1
Satisfação momento de vida				
Satisfeito ou muito	54/54 (100%)	100/103 (97,1%)		
Interesse deixar intensivismo**				
Sem interesse ou baixo	26/37 (70,3%)	49/81 (60,5%)	X ²	0,41
Interesse trocar local trabalho**				
Sem interesse ou baixo	32/36 (88,9%)	45/79 (57%)	X ²	< 0,001

* Para graduar satisfação ou muita satisfação foram consideradas notas acima de 6 numa graduação de 1-10 e para graduar nenhum ou baixo interesse de trocar local de trabalho ou deixar o intensivismo notas de 1 a 4 numa escala de 1-10.

**Não incluídos médicos residentes.

Resultados

Foram coletados 157 questionários, sendo 54 (34%) do Hospital 1 e 103 (66%) do Hospital 2; respondidos por 62 médicos, dos quais 27 (43%) trabalham no Hospital 1 e 35 (57%) no Hospital 2 (tabela 1). Ambos os grupos eram muito semelhantes, entretanto, o Hospital 2 é composto por um grupo maior de médicos e com um maior número de entrevistas envolvendo os médicos assistentes.

Observa-se ainda que ambos grupos apresentavam grande satisfação com a profissão e de atuar em terapia intensiva pediátrica. Mesmo assim, entre 30-40% dos entrevistados manifestaram interesse em deixar de atuar em UTI pediátrica. Observou-se maior interesse por trocar o local de trabalho no Hospital 2 (88,9% *versus* 57%; $p < 0,001$).

A média de escore de sofrimento moral relatado pelos médicos que teriam ocorrido nos últimos 14 dias de trabalho, foi de $2,8 \pm 2,3$ e mediana de 2 (IQ_{25-75%} 1-4), compatível com grau leve (Figura 1, termômetro de Wocial⁽²⁰⁾). Por outro lado, observamos que em pelo menos 25% das entrevistas havia relato de um sofrimento moral com escore ≥ 4 (desconforto), sendo maior no Hospital 2 (44% *versus* 9% das entrevistas; $p < 0,001$). Não houve diferença quando comparado idade do entrevistado, tempo de experiência em medicina intensiva e função exercida na unidade com o escore de sofrimento moral.

Na tabela 2 foram apresentados os itens questionados na entrevista por ordem de frequência com que apareceram e, também, foi descrito o grau de desconforto gerado no entrevistado, quando presente.

Tabela 2 - Frequência e intensidade das causas de sofrimento moral

	N ocorrências	Sem desconforto	Algum desconforto	Muito desconforto
Q2) prolongamento do processo de morte	41/156 (26,3%)	1/41 (2,4%)	27/41 (65,8%)	13/41 (31,7%)
Q1) tratamento fútil ou desnecessário	39/157 (24,8%)	3/39 (7,7%)	26/39 (66,7%)	9/39 (23,1%)
Q12) grande demanda de trabalho	35/157 (22,3%)	7/35 (35%)	19/35 (54,3%)	9/35 (25,7%)
Q11) comunicação inadequada prejudicando o paciente	33/157 (21%)	2/33 (6%)	23/33 (69,7%)	8/33 (24,2%)
Q10) constrangimento hierárquico	25/157 (15,9%)	2/25 (8%)	13/25 (52%)	10/25 (40%)
Q6) falsas esperanças	25/157 (15,9%)	1/25 (4%)	15/25 (60%)	9/25 (36%)
Q13) conflito entre equipe médica e família prejudicando o paciente	21/156 (13,5%)	1/21 (4,8%)	13/21 (62%)	7/21 (33,3%)
Q9) inabilidade técnica/incompetência pessoal	11/157 (7%)	0	1/11 (9,1%)	10/11 (90,9%)
Q4) falta de recursos	11/156 (7%)	0	8/11 (72,7%)	3/11 (27,3%)
Q5) alívio da dor insuficiente por medo de abreviar vida	7/156 (4,5%)	0	5/7 (71,4%)	2/7 (28,6%)
Q3) recursos presentes porém omitidos	6/156 (3,8%)	1/6 (16,7%)	4/6 (66,7%)	1/6 (16,7%)
Q8) desrespeitado desejo do paciente/familiar sobre des/continuidade suporte vital	5/156 (3,2%)	0	3/5 (60%)	2/5 (40%)
Q7) acelerado processo de morte por meio de sedativo ou opióide	1/157 (0,6%)	1 (100%)	0	0

Quando relacionada a nota no termômetro ≥ 4 , graduação que classifica de “desconfortável” até “pior possível” e exclui “leve” e “nenhum”, esta lista ganha nova configuração, conforme disposto na tabela 3. Na análise univariada os fatores mais associados com sofrimento moral foram: prolongamento do processo de morte, grande demanda de trabalho, comunicação inadequada entre os membros da equipe prejudicando o paciente, não

discutir questão ética por constrangimento hierárquico, falsas esperanças, conflito entre equipe médica e família prejudicando paciente, inabilidade técnica/incompetência pessoal prejudicando o paciente, falta de recursos, alívio da dor insuficiente por medo abreviar a vida e desrespeito ao desejo do paciente ou familiar sobre descontinuidade ou continuidade de suporte vital. Chama a atenção que o item “foi instituído tratamento desnecessário ou fútil a algum paciente”, apesar de ser o segundo em frequência, não demonstrou relação com o desconforto do médico quando relacionado com a nota do termômetro ≥ 4 .

Tabela 3 - Fatores associados a intensidade do sofrimento moral (≥ 4 Escore de Wocial)

Questão	ocorrências	nota<4	nota ≥ 4	<i>p</i> valor
Q2) prolongamento do processo de morte	41	22/104 (21,2%)	19/50 (38%)	0,043
Q12) grande demanda de trabalho	35	17/105 (16,2%)	18/50 (36%)	0,011
Q11) comunicação inadequada entre os membros da equipe prejudicando o paciente	33	17/105 (16,2%)	16/50 (32%)	0,042
Q10) constrangimento hierárquico	25	10/105 (9,5%)	15/50 (30%)	0,003
Q6) falsas esperanças	26	11/105 (10,5%)	15/50 (30%)	0,005
Q13) conflito entre equipe médica e família prejudicando paciente	21	8/104 (7,7%)	13/50 (26%)	0,004
Q9) inabilidade técnica/incompetência pessoal	11	2/105 (1,9%)	9/50 (18%)	0,001
Q4) falta de recursos	11	4/104 (3,8%)	7/50 (14%)	0,040
Q5) alívio da dor insuficiente por medo abreviar a vida	7	2/104 (1,9%)	5/50 (10%)	0,037
Q8) desrespeitado desejo do paciente/familiar sobre des/continuidade suporte vital	5	1/105 (0,95%)	4/50 (8%)	0,038
Q1) tratamento fútil ou desnecessário	39	23/105 (21,9%)	16/50 (32%)	0,248
Q3) recursos presentes porém omitidos	6	3/104 (2,9%)	3/50 (6%)	0,391
Q7) acelerado processo de morte por meio de sedativo ou opióide	1	1/105	0	

**p* valor no teste de qui-quadrado e exato de Fisher

Entretanto na análise multivariada mostraram-se associados ao sofrimento moral ≥ 4 (Escore de Wocial) de forma independente os seguintes itens: conflito entre equipe médica e família prejudicando o paciente, inabilidade técnica/incompetência pessoal prejudicando o paciente, alívio da dor insuficiente por medo abreviar a vida e também o “interesse em deixar o intensivismo” (Tabela 4).

Tabela 4 – Análise Multivariada de Regressão de Poisson para avaliar fatores independentemente associados com a intensidade de SM (≥ 4 no Escore de Wocial)

Variáveis	Razão de Prevalências*	IC 95%	Valor p
Q13) conflito equipe médica X família prejudicando paciente	1,83	1,14 – 2,95	0,013
Q9) inabilidade técnica/incompetência pessoal	1,99	1,25 – 3,16	0,004
Q5) alívio da dor insuficiente por medo abreviar vida	2,29	1,12 – 4,72	0,024
Interesse deixar intensivismo	1,67	1,04 – 2,69	0,034

* ajustado para sexo.

Discussão

Na prática diária da medicina intensiva pediátrica, os dilemas éticos são frequentes, podendo, em muitas situações, haver mais de uma opção como sendo plausível e moralmente defensável. A identificação da melhor opção dependerá das perspectivas assistenciais (diagnóstico, prognóstico), da disponibilidade de tecnologia específica, de experiências prévias, de fatores culturais (da equipe assistencial e da família), e das convicções pessoais de cada profissional da saúde, entre outros. Considerando este conjunto de fatores é frequente que soluções alternativas sejam obtidas de forma consensual entre a equipe assistencial e família, de forma a contemplar os valores e autonomia de todos os envolvidos. Entretanto, quando o médico está fortemente convicto de um determinado encaminhamento a ser ofertado e sente-se impedido de adotar ou propor tal conduta, poderá experimentar o sofrimento moral.

Neste estudo que avaliou médicos intensivistas pediátricos que atuam em dois hospitais de referência no Sul do Brasil, destaca-se a alta prevalência de sofrimento moral, comparável ao descrito previamente envolvendo outras populações (enfermeiros e intensivistas de adulto e pediátrico) e com culturas distintas^(3,9,23). A média no escore do termômetro que avaliou o grau de sofrimento foi de 2,8, ou seja, um pouco acima de ameno. Por outro lado, chama atenção que em um quarto das entrevistas o escore situou-se em 4 ou mais, demonstrando desconforto ou sensação de estresse.

Sabe-se que este estresse, quando controlado e bem trabalhado é positivo e necessário, para que os profissionais da saúde continuem se questionando se estão agindo de forma correta em relação a vida de seus pacientes. Entretanto, o sofrimento moral repetido e mal manejado desafia a integridade emocional do profissional de saúde, podendo resultar em consequências negativas para a própria pessoa ou para os seus pacientes⁽²⁴⁾.

Apesar de serem hospitais localizados na mesma região e com funcionamento semelhante (de referência, terciários e com programa de residência médica), houve diferença na prevalência de sofrimento moral entre as duas instituições e, em um deles, os médicos manifestaram maior interesse em trocar de local de trabalho. Tais diferenças mostram que o sofrimento moral não pode ser visto de forma homogênea, podendo estar relacionado a características locais de cada instituição, não mensuradas neste estudo, tais como: carga de trabalho, remuneração, perfil de pacientes internados, entre outros, inclusive a características pessoais dos médicos, mais críticos e questionadores, ou menos resilientes^(25,26).

Semelhante ao descrito por Trotochaud *et al.*⁽²⁷⁾, quando avaliou diferentes profissionais de saúde e encontrou uma prevalência de 35,7%, observamos que uma grande porcentagem de médicos manifestaram interesse em deixar a especialidade (29,7% no Hospital 1 *versus* 39,5% no Hospital 2). Este achado demonstra o grande impacto negativo que o fenômeno do sofrimento moral pode ter sobre a profissão, como descrito por Wocial⁽²⁰⁾ quando da validação

de seu termômetro, e por Lamiani *et al.*⁽¹⁵⁾ quando validou a *Italian Moral Distress Scale Revised*, entre outros^(8,20,28).

Dificuldades frente ao paciente terminal é uma causa frequentemente associada ao SM e *Burnout*⁽²⁵⁾. Neste estudo em UTIP brasileiras, o “prolongamento do processo de morte” foi a causa mais citada como desencadeador de algum sofrimento moral, aparecendo em mais de um quarto (26,3%) das entrevistas realizadas. Com o avanço da medicina é inevitável que os médicos se questionem se estão realmente oferecendo os melhores cuidados aos pacientes em final de vida, pois em muitas situações é difícil diferenciar entre “fazer demais” e “não fazer o suficiente”. Alguns pesquisadores citam o uso agressivo da tecnologia e tratamentos desproporcionais como importantes desencadeadores de sofrimento moral^(27,28). No Brasil, alguns estudos demonstraram a dificuldade dos médicos em lidar com pacientes terminais, o que está relacionado a aspectos culturais, mas principalmente a dificuldade em oferecer cuidados paliativos de qualidade nas UTIP e de adultos^(31,32).

Nesta mesma linha, outro aspecto desafiador ao intensivista pediátrico está relacionado ao duplo-efeito de drogas sedoanalgésicas no paciente com doença terminal e irreversível. Possivelmente por esta razão o “alívio insuficiente da dor por medo de abreviar a vida do paciente” se mostrou associado de forma independente ao sofrimento moral. Esse achado provavelmente se relaciona com o baixo conhecimento e treinamento no manejo de pacientes em situação de terminalidade. É intrigante observar que mesmo com o aumento crescente do número de pacientes crônicos, com doenças limitantes da vida que internam em unidades de terapia intensiva no mundo todo, os intensivistas pediátricos ainda demonstram dificuldade em manejar sintomas, principalmente dor e duplo efeito de analgésicos nas situações de terminalidade, sugerindo a necessidade de um maior treinamento destes profissionais⁽³¹⁾.

Recentemente foi observado em uma pesquisa envolvendo profissionais da saúde que um dos itens mais citados como gerador de sofrimento moral foi “seguir o desejo do familiar

em prover suporte vital ainda que eu acredite que não atende aos melhores interesses da criança”⁽²³⁾. Também em nosso estudo, o item “conflito equipe médica *versus* família prejudicando paciente” mostrou-se um fator independente relacionado ao sofrimento moral. De fato, encontrar um ponto comum entre equipe e família é um grande desafio, principalmente no paciente pediátrico pois, na maioria das vezes, a criança não pode ser ouvida, sendo os pais seus representantes. Chegar à conclusão de qual forma terapêutica vai ao encontro do melhor interesse do pequeno paciente, pode muitas vezes gerar dúvidas, enfrentamentos com familiares, angústia e sofrimento aos médicos. A única forma de evitar estes conflitos é qualificar a comunicação dentro e fora das equipes assistenciais, através de treinamento e capacitações contínuas, garantindo que todas as partes sempre sejam ouvidas e respeitadas^(32,33,34).

Quando analisamos o perfil sociodemográfico do médico estudado não encontramos associação entre idade, tempo de experiência ou cargo/função exercida com maior sofrimento moral, diferentemente do observado por alguns pesquisadores. Dodek *et al.*⁽²⁵⁾ analisaram 428 enfermeiros, 30 médicos e 211 outros profissionais da saúde em 13 UTI do Canadá e observaram relação inversamente proporcional da idade com o sofrimento de ‘outros profissionais’ e relação direta com o tempo de experiência em enfermeiros. A hipótese deste estudo foi que a posição hierárquica na equipe influenciava sobre a presença de sofrimento. Neste estudo, não houve diferença quando comparamos médicos residentes com profissionais mais experientes. Talvez esta ausência de correlação se deva ao fato de que o residente não responde diretamente pelo paciente, reduzindo assim seu senso de responsabilidade, outra hipótese poderia ser pelo pouco tempo de exposição do médico residente a fatores estressores e, dessa forma, a falta do efeito *crescendo*⁽⁷⁾ encontrado especialmente nos estudos de enfermagem^(8,25,35).

Para finalizar, o item “inabilidade técnica/incompetência pessoal”, apesar de não ser dos mais frequentes na análise multivariada, mostrou-se um importante fator estressor independente. Uma explicação poderia ser o tempo em que as entrevistas foram aplicadas, logo após o *round*, podendo estar relacionado a problemas técnicos ocorridas pontualmente com pacientes críticos ou mesmo à dificuldade em aceitar que a cura é inatingível em alguns pacientes, independentemente do tratamento oferecido⁽³¹⁾.

Temos ciência que este estudo apresenta limitações, sendo a principal delas relacionada a obtenção de dados a partir de questionários, onde múltiplos fatores influenciam nas respostas obtidas, tais como: a redação e a clareza do questionamento; a percepção inconsciente de estar sendo avaliado ou a tentativa de responder à alternativa que “seria esperada” pelos investigadores; entre outras. Outra limitação refere-se à seleção da amostra, pois o estudo abordou apenas equipe médica de UTIP do Sul do Brasil e em seu momento pós-*round* não incluindo o período imediato após o plantão por exemplo, onde as respostas associadas a sofrimento moral poderiam ser ainda mais frequentes. Ainda assim, o estudo se mostrou inovador no Brasil e encontrou dados semelhantes aos observados por outros pesquisadores⁽³⁷⁾.

Conclusões

Algum grau de sofrimento moral é frequente entre intensivistas pediátricos brasileiros, que pode motivar a troca do local de trabalho e inclusive o abandono da especialidade. Por outro lado, entendemos que o sofrimento moral tem seu aspecto positivo por demonstrar a preocupação do médico em estar oferecendo o melhor tratamento ao paciente. Entretanto, se não for adequadamente identificado e modulado o sofrimento moral por parte da equipe médica trará consequências assistenciais na qualidade do cuidado ofertado e no funcionamento de toda equipe de saúde. A identificação dos fatores precipitantes de sofrimento moral é fundamental

para que estratégias proativas possam ser incorporadas a rotina das UTIP visando minimizar conflitos, proporcionar uma comunicação efetiva, a identidade coletiva e o incentivo a resiliência.

Referências

1. JAMETON, A. *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1984.
2. JAMETON, A. What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care. *AMA J Ethics*. 2017; 19(6):617-628.
DOI:10.1001/journalofethics.2017.19.6.mhst1-1706.
3. PRENTICE, T. *et al.* Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review. *Arch Dis Child*. 2016; 101:701–708. DOI:10.1136/archdischild-2015-310268.
4. FACHINI J. S.; SCRIGNI A. V.; LIMA, R. C. G. S. Sofrimento Moral de trabalhadores de uma UTI pediátrica. *Revista Bioética*, Brasília/DF. 2017; 25(1), 111-122. Doi:10.1590/1983-80422017251172.
5. JAMETON, A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *Clin Issues Perinat Womens Health Nurs*. 1993; 4: 542–51.
6. CORLEY, M. C.; MINICK, P. Moral distress or moral comfort. *Bioethics Forum*. 2002; 18:7–14.
7. EPSTEIN, E. G.; HAMRIC, A. B. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics*. 2009; 20(4):330– 342.
8. DODEK, P. M. *et al.* Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *Journal of Critical Care*. 2016; 31(1):178-182.
DOI:10.1016/j.jcrc.2015.10.011.
9. HAMRIC, A. B. Empirical Research on Moral Distress: Issues, Challenges and Opportunities. *HEC Forum*. 2012; 24:39–49, DOI:10.1007/s10730-012-9177-x.
10. ELPERN, E. H.; COVERT, B; KLEINPELL, R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2005; 14(6): 523–530.
11. DEWA, C. S.; LOONG, D.; BONATO, S.; THANH, N. X.; JACOBS, P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC health Serv Res*. 2014; 14:325. DOI:10.1186/1472-6963-14-325.
12. GARCIA, T. T.; GARCIA, P. C.; MOLLON, M. E.; PIVA, J. P.; TASKER, R.C.; BRANCO, R. G. *et al.* Prevalence of Burnout in Pediatric Intensivists: An Observational

Comparison With General Pediatricians. *Pediatr Crit Care Med.* 2014; 15(8):e347–53. DOI:10.1097/PCC.0000000000000218.

13. MYHREN, H.; EKEBERG, O.; STOKLAND, O. Job satisfaction and burnout among intensive care unit nurses and physicians. *Crit care Res Pract.* 2013; 786176. DOI:10.1155/2013/786176.

14. HARDINGHAM, L. B. Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. *Nursing Philosophy.* 2004; 5:127-134. DOI:10.1111/j.1466-769X.2004.00160.x

15. LAMIANI, G. M. S.; SETTI, I.; BARLASCINI, L.; VEGNI, E.; ARGENTERO, P. 2017. Measuring Moral Distress Among Critical Care Clinicians: Validation and Psychometric Properties of the Italian Moral Distress Scale-Revised. *Crit Care Med.* 2017;45:3:430–437. DOI:10.1097/CCM.0000000000002187.

16. MCCAFFREE, D. Moral distress and the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2006; 34:12:p3049. DOI: 10.1097/01.CCM.0000248901.70971.19.

17. CORLEY, M. C. *et al.* Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurse.* 2001; 33:250-256. DOI:10.1111/j.1365-2648.2001.01658.x.

18. EIZENBERG, M. M.; DESIVILYA, H. S.; HIRSCHFELD, M. J. Moral distress questionnaire for clinical nurses: instrument development. *Journal of Advanced Nursing.* 2009; 65(4), 885–892. DOI:10.1111/j.1365-2648.2008.04945.x.

19. HAMRIC, A. B. *et al.* Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals. *AJOB Primary Research;* 2012; 3:2, 1-9, DOI: 10.1080/21507716.2011.652337.

20. WOCIAL, L. D.; WEAVER, M. T. 2012. Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress: the Moral Distress Thermometer. *Journal of Advanced Nursing.* 2016: 1-8. DOI:10.1111/j.1365-2648.2012.06036.x.

21. TIGARD, D. W. The positive value of moral distress. *Bioethics.* 2019; 00:1–8. DOI:10.1136/archdiscchild-2015-309410.

22. DRYDEN-PALMER, K.; GARROS, D.; MEYER, E. C.; FARRELL, C.; PARSHURAM, C. S. Care for Dying Children and Their Families in the PICU. *Pediatric Critical Care Medicine.* 2018; 19(8), S79–S85. DOI:10.1097/pcc.0000000000001594.

23. ALLEN, R. *et al.* Moral Distress Among Healthcare Professionals at a Health System. *JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation.* 2013; 15:3. DOI:10.1097/NHL.0b013e3182a1bf33.

24. SANTOS, R. P.; GARROS, D.; CARNEVALE, F. Difficult decisions in pediatric practice and moral distress in the intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva.* 2018; 30(2): 226-232. DOI:10.5935/0103-507x.20180039.

25. GRIBBEN, J. L.; KASE, S. M.; WALDMAN, E. D.; WEINTRAUB, A. S. A Cross-Sectional Analysis of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Pediatric Critical Care Physicians in the United States. *Pediatric Critical Care Medicine.* 2018; NO

PRELO. Publicação on-line: 01/11/2018. PMID: 30418339. Issn Print: 1529-7535.
DOI:10.1097/PCC.0000000000001803.

26. RODRÍGUEZ-REY, R. *et al.* Are Pediatric Critical Personnel Satisfied With Their Lives? Prediction of Satisfaction With Life From Burnout, Posttraumatic Stress, and Posttraumatic Growth, and Comparison With Noncritical Pediatric Staff. *Pediatric Critical Care*. 2019. NO PRELO. Data publicação on-line: 01/01/2019. PMID: 30664591. Issn Print: 1529-7535.
DOI:10.1097/PCC.0000000000001861.

27. TROTOCHAUD, K., COLEMAN, J. R., KRAWIECKI, N., & McCRACKEN, C. Moral Distress in Pediatric Healthcare Providers. *Journal of Pediatric Nursing*. 2015; 30(6), 908–914. DOI:10.1016/j.pedn.2015.03.001.

28. HENRICH, N. J. *et al.* Consequences of Moral Distress in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *American Journal of Critical Care*. 2017; 26(4): e48-57.
DOI:10.4037/ajcc2017786.

29. ALDRIDGE, M. D. *et al.* Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. *Palliative Medicine*. 2015; 30-3, 224-239.
DOI: 10.1177/0269216315606645.

30. FERREL, B. R. Understanding the Moral Distress of Nurses Witnessing Medically Futile Care. *Oncology Nursing Forum*. 2006; 33(5):922-930. DOI:10.1188/06.ONF.922-930.

31. LAGO, P. M.; DEVICTOR, D.; PIVA, J. P.; BERGOUNIOUX, J. Cuidados de final de vida em crianças: perspectivas no Brasil e no mundo. *Jornal de Pediatria*. 2007; 83(2):S109-116. DOI:10.2223/JPED.1627.

32. PIVA, J. *et al.* Evaluating End of Life Practices in Ten Brazilian Paediatric and Adult Intensive Care Units. *Journal of Medical Ethics*. 2010; 36(6), 344–348.
DOI:10.1136/jme.2009.035113.

33. LAGO, P. M. *et al.* Terminalidade e Conduas de Final de Vida em Unidades de Terapia Intensiva pediátrica. *RBTI*. 2007; 19:3, 359-363. DOI:10.1590/S0103-507X2007000300017.

34. BURSTON, A. S.; TUCKETT, A. G. Moral distress in nursing: Contributing factors, outcomes and interventions. *Nurs Ethics*. 2013; 20:3, 312-324.
DOI:10.1177/0969733012462049.

35. BRUCE, C. R.; MILLER, S. M.; ZIMMERMAN, J. L. A Qualitative Study Exploring Moral Distress in the ICU Team: The Importance of Unit Functionality and Intra-team Dynamics. *Critical Care Medicine*. 2015; 43:4, 823-831.
DOI:10.1097/CCM.0000000000000822.

36. PRENTICE, T. M.; GILLAM, L. Can the Ethical Best Practice of Shared Decision-Making lead to Moral Distress? *Journal of Bioethical Inquiry*. 2018;15(2), 259–268.
DOI:10.1007/s11673-018-9847-8.

37. ABBASI, M.; NEJADSARVARI, N.; KIANI, M.; BORHANI, F.; BAZMI, S.; TAVAOKKOLI, S. N.; RASOULI, H. Moral Distress in Physicians Practicing in Hospitals Affiliated to Medical Sciences Universities. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2014; 16(10): e18797. DOI: 10.5812/ircmj.18797.

CONCLUSÕES

A pesquisa permitiu concluir que médicos atuantes em medicina intensiva pediátrica se deparam frequentemente com fatores potencialmente desencadeadores de sofrimento moral. E, diferente do esperado pela pesquisadora, o perfil do médico entrevistado não se associou ao desfecho.

Conforme já descrito nas fontes revisadas, esta pesquisa encontrou forte relação entre sofrimento moral e desejo de abandonar o intensivismo, além de supostamente se relacionar com piores condições de atendimento à saúde da criança e sua família. Desta forma, a identificação precoce do sofrimento moral se faz necessária para o surgimento de estratégias preventivas e de manejo precoce de conflitos éticos, comunicação e *debriefing* interdisciplinar na UTIP.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

Pesquisa de Sofrimento Moral entre os médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva pediátrica

Sofrimento Moral: “A angústia experimentada quando um indivíduo faz um claro julgamento moral sobre qual ação tomar mas é impedido de agir de acordo por causa de restrições sociais, institucionais ou contextuais”.

Função exercida na unidade:

chefia ou responsável técnico do dia médico contratado da UTIP

médico residente da UTIP médico residente da pediatria

Gênero: masculino feminino

Idade: ____ anos

Tempo de experiência em UTIP: ____ anos e/ou ____ meses

Grau de Satisfação com “ser médico”: _____ (de 1 a 10 – sendo 10 muito satisfeito)

Grau de satisfação com “atuar como pediatra intensivista”: _____ (de 1 a 10 – sendo 10 muito satisfeito)

Grau de satisfação com seu momento atual de vida pessoal: _____ (de 1 a 10 – sendo 10 muito satisfeito)

Considera a hipótese de deixar de atuar em Medicina Intensiva Pediátrica: _____ (de 1 a 10 – sendo 10 considero bastante esta hipótese)

Grau de satisfação com seu trabalho nesta Unidade:_____ (de 1 a 10 – sendo 10 muito satisfeito)

Considera a hipótese de trocar de ambiente de trabalho por outra unidade de terapia intensiva:_____ (de 1 a 10 – sendo 10 considero bastante esta hipótese)

Na sua opinião, independente da opinião de colegas, quantos pacientes em estágio terminal e/ou em cuidados paliativos (parciais ou plenos) haviam no round hoje? _____

Responda as questões abaixo informando se foi identificado algum possível gerador de sofrimento moral NO ROUND DE HOJE, identificando, em caso positivo, a graduação de desconforto. Baseie suas respostas no seu julgamento moral.

1) Você acha que foi instituído tratamento desnecessário ou fútil a algum paciente hoje?

não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

não me causou desconforto

causou-me algum desconforto

causou-me bastante desconforto

2) Você acredita que houve prolongamento do processo de morte por meio de tratamento desproporcional (ou exagerado) a algum paciente?

não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

não me causou desconforto

causou-me algum desconforto

causou-me bastante desconforto

3) Você acha que haviam recursos suficientes porém não foram disponibilizados/oferecidos a algum paciente que se beneficiaria destes?

não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

- não me causou desconforto
- causou-me algum desconforto
- causou-me bastante desconforto

4) Você atribui algum insucesso no atendimento por falta de recursos/equipamentos?

- não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

- não me causou desconforto
- causou-me algum desconforto
- causou-me bastante desconforto

5) Na sua opinião, o alívio da dor foi fornecido de forma inadequada ou insuficiente por medo de interferir ou abreviar o momento de final de vida de algum paciente?

- não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

- não me causou desconforto
- causou-me algum desconforto
- causou-me bastante desconforto

6) Você acha que alguém da equipe médica deu falsas esperanças a algum paciente e/ou a um de seus familiares?

- não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

- não me causou desconforto
- causou-me algum desconforto
- causou-me bastante desconforto

7) Na sua opinião, foram aumentados opióides ou sedativos em algum paciente com o objetivo de acelerar o processo de morrer?

não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

não me causou desconforto

causou-me algum desconforto

causou-me bastante desconforto

8) Você considera que foi desrespeitado o desejo do paciente e/ou familiar sobre a continuidade ou descontinuidade de algum tratamento ou suporte vital?

não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

não me causou desconforto

causou-me algum desconforto

causou-me bastante desconforto

9) Você se considera responsável pela evolução desfavorável de algum paciente hoje em função de falta de habilidade ou competência médica sua?

não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

não me causou desconforto

causou-me algum desconforto

causou-me bastante desconforto

10) Você evitou discutir questão ética por constrangimento ou ordem de alguém hierarquicamente superior?

não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

não me causou desconforto

causou-me algum desconforto

causou-me bastante desconforto

11) Na sua opinião, houve comunicação inadequada ou insuficiente hoje entre os membros da equipe que resultou em pior atendimento a algum paciente?

não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

não me causou desconforto

causou-me algum desconforto

causou-me bastante desconforto

12) Você acha que a demanda de trabalho requerida hoje foi grande e/ou inadequada?

não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

não me causou desconforto

causou-me algum desconforto

causou-me bastante desconforto

13) Você acredita que houve algum caso em que foi decidido por uma conduta que não privilegiou os melhores interesses da criança em função de um conflito entre a equipe médica e a família?

não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

não me causou desconforto

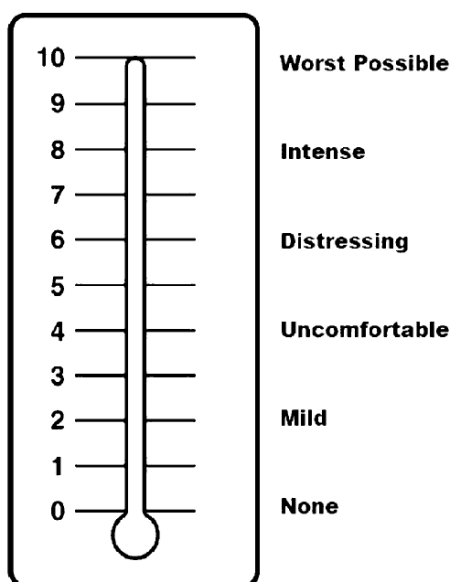
causou-me algum desconforto

causou-me bastante desconforto

Você tomou conhecimento de algum óbito que tenha ocorrido nesta unidade nas últimas 24h?

- Não soube de nenhum óbito
- Sim, mas não fiquei sabendo sobre o atendimento
- Sim, considere que foi atendido adequadamente
- Sim, considere que houveram intervenções desproporcionais no atendimento
- Sim, considere que houve desistência precoce no atendimento

Marque na figura abaixo o seu grau de sofrimento moral das ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, circulando algum dos números indicados no termômetro:



Sendo: none = nenhum, mild = levemente desconfortável, uncomfortable = desconfortável, distressing = angustiante, intense = intenso, worst possible = pior possível

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ESTENDIDO

Pesquisa de Sofrimento Moral entre os médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva pediátrica

Sofrimento Moral: “A angústia experimentada quando um indivíduo faz um claro julgamento moral sobre qual ação tomar mas é impedido de agir de acordo por causa de restrições sociais, institucionais ou contextuais”.

Função exercida na unidade:

chefia ou responsável técnico do dia médico contratado da UTIP

médico residente da UTIP médico residente da pediatria

Gênero: masculino feminino

Idade: ____ anos

Tempo de experiência em UTIP: ____ anos e/ou ____ meses

Grau de Satisfação com “ser médico”:_____ (de 1 a 10 – sendo 10 muito satisfeito)

Grau de satisfação com “atuar como pediatra intensivista”:_____ (de 1 a 10 – sendo 10 muito satisfeito)

Grau de satisfação com seu momento atual de vida pessoal:_____ (de 1 a 10 – sendo 10 muito satisfeito)

Considera a hipótese de deixar de atuar em Medicina Intensiva Pediátrica:_____ (de 1 a 10 – sendo 10 considero bastante esta hipótese)

Grau de satisfação com seu trabalho nesta Unidade:_____ (de 1 a 10 – sendo 10 muito satisfeito)

Considera a hipótese de trocar de ambiente de trabalho por outra unidade de terapia intensiva:_____ (de 1 a 10 – sendo 10 considero bastante esta hipótese)

Na sua opinião, independente da opinião de colegas, quantos pacientes em estágio terminal e/ou em cuidados paliativos (parciais ou plenos) haviam no round hoje? _____

Responda as questões abaixo informando se foi identificado algum possível gerador de sofrimento moral NO ROUND DE HOJE, identificando, em caso positivo, a graduação de desconforto. Baseie suas respostas no seu julgamento moral.

1) **Você acha que foi instituído tratamento desnecessário ou fútil a algum paciente hoje?**

não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

não me causou desconforto

causou-me algum desconforto

causou-me bastante desconforto

2) **Você acredita que houve prolongamento do processo de morte por meio de tratamento desproporcional (ou exagerado) a algum paciente?**

não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

não me causou desconforto

causou-me algum desconforto

causou-me bastante desconforto

3) **Você acha que haviam recursos suficientes porém não foram disponibilizados/oferecidos a algum paciente que se beneficiaria destes?**

não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

- não me causou desconforto
- causou-me algum desconforto
- causou-me bastante desconforto

4) Você atribui algum insucesso no atendimento por falta de recursos/equipamentos?

- não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

- não me causou desconforto
- causou-me algum desconforto
- causou-me bastante desconforto

5) Na sua opinião, o alívio da dor foi fornecido de forma inadequada ou insuficiente por medo de interferir ou abreviar o momento de final de vida de algum paciente?

- não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

- não me causou desconforto
- causou-me algum desconforto
- causou-me bastante desconforto

6) Você acha que alguém da equipe médica deu falsas esperanças a algum paciente e/ou a um de seus familiares?

- não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

- não me causou desconforto
- causou-me algum desconforto
- causou-me bastante desconforto

7) Você acha que foi instituído algum tratamento que não modificará o curso natural da doença e nem trará alívio ao sofrimento de algum dos pacientes?

não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

não me causou desconforto

causou-me algum desconforto

causou-me bastante desconforto

8) Na sua opinião, foram aumentados opióides ou sedativos em algum paciente com o objetivo de acelerar o processo de morrer?

não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

não me causou desconforto

causou-me algum desconforto

causou-me bastante desconforto

9) Você considera que foi desrespeitado o desejo do paciente e/ou familiar sobre a continuidade ou descontinuidade de algum tratamento ou suporte vital?

não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

não me causou desconforto

causou-me algum desconforto

causou-me bastante desconforto

10) Você acredita que houve obstinação terapêutica por parte da equipe médica deixando o processo de morrer mais arrastado que o razoável imposto pelo curso natural da doença?

não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

- não me causou desconforto
- causou-me algum desconforto
- causou-me bastante desconforto

11) Você se considera responsável pela evolução desfavorável de algum paciente hoje em função de falta de habilidade ou competência médica sua?

- não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

- não me causou desconforto
- causou-me algum desconforto
- causou-me bastante desconforto

12) Você evitou discutir questão ética por constrangimento ou ordem de alguém hierarquicamente superior?

- não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

- não me causou desconforto
- causou-me algum desconforto
- causou-me bastante desconforto

13) Você acha que a demanda de trabalho requerida hoje foi grande e/ou inadequada?

- não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

- não me causou desconforto
- causou-me algum desconforto
- causou-me bastante desconforto

14) Na sua opinião, houve comunicação inadequada ou insuficiente hoje entre os membros da equipe que resultou em pior atendimento a algum paciente?

não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

não me causou desconforto

causou-me algum desconforto

causou-me bastante desconforto

15) Você acredita que houve algum caso em que foi decidido por uma conduta que não privilegiou os melhores interesses da criança em função de um conflito entre a equipe médica e a família?

não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

não me causou desconforto

causou-me algum desconforto

causou-me bastante desconforto

16) Você acredita que faltará tempo para cumprir todas as tarefas propostas no round?

não sim sim, em mais de um paciente

Se sim:

não me causou desconforto

causou-me algum desconforto

causou-me bastante desconforto

Você tomou conhecimento de algum óbito que tenha ocorrido nesta unidade nas últimas 24h?

Não soube de nenhum óbito

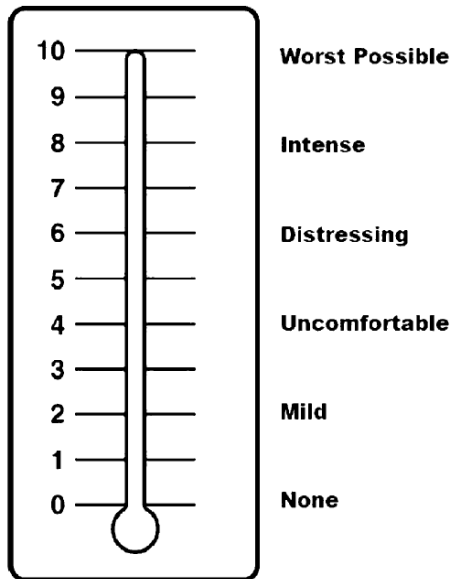
Sim, mas não fiquei sabendo sobre o atendimento

Sim, considere que foi atendido adequadamente

(___) Sim, considere que houveram intervenções desproporcionais no atendimento

(___) Sim, considere que houve desistência precoce no atendimento

Marque na figura abaixo o seu grau de sofrimento moral das ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, circulando algum dos números indicados no termômetro:



Sendo: none = nenhum, mild = levemente desconfortável, uncomfortable = desconfortável, distressing = angustiante, intense = intenso, worst

APÊNDICE C - TCLE

Título do Projeto: O Sofrimento Moral dos Médicos Intensivistas Pediátricos e dos Residentes de Pediatria nas Unidades de Tratamento Intensivo Pediátricas de Porto Alegre

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é identificar a presença de sofrimento moral nos médicos em unidades de tratamento intensivo pediátricas. Esta pesquisa está sendo realizada pela unidade de tratamento intensivo pediátrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: Responder a um questionário com perguntas demográficas e questões de múltipla escolha sobre a presença e intensidade das principais causas do sofrimento moral. Além disso, você deverá marcar sua intensidade sofrimento moral nas últimas duas semanas em um gráfico-figura no final do questionário. O tempo de resposta ao questionário é de 20 minutos e ocorrerá no seu local de trabalho.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são a resposta às perguntas e eventual quebra de confidencialidade. No entanto, os pesquisadores utilizarão códigos e não os nomes para identificar os participantes.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são suscitar o pensamento sobre o tema na equipe assistencial e futuramente gerar ideias de maneiras de contornar o sofrimento moral dos médicos, melhorando conseqüentemente a qualidade de trabalho na unidade e o atendimento aos pacientes.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo institucional.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Jefferson Pedro Piva pelo telefone 3359-8700, com o pesquisador Marcia Guimarães Franceschi, pelo telefone 3214-8758 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____