

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE
MESTRADO EM ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

NEWTON CARVALHAL SANTOS JUNIOR

**ANGÚSTIA MORAL ENTRE MÉDICOS EM UMA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

CURITIBA
2020

NEWTON CARVALHAL SANTOS JUNIOR

**ANGÚSTIA MORAL ENTRE MÉDICOS EM UMA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Zonato Esteves.

CURITIBA
2020

TERMO DE APROVAÇÃO

NEWTON CARVALHAL SANTOS JUNIOR

**“ANGÚSTIA MORAL ENTRE MÉDICOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA PEDIÁTRICA”**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de **MESTRE**, no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:

Orientador (a):

Prof. Dr. Roberto Zonato Esteves

Doutor em Medicina (Endocrinologia Clínica). Professor e Orientador do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.

Prof.ª Dr.ª Izabel Cristina Meister Martins Coelho

Doutora em Clínica Cirúrgica. Coordenadora, Professora e Orientadora do Curso de Medicina e do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.

Prof. Dr. Edson Roberto Arpini Miguel

Doutor em Clínica Médica. Assessor de programas e Projetos da Pró Reitoria de Ensino, Professor Adjunto de Saúde Coletiva UEM, Assessor de Ensino em Saúde - Gavia Consultoria e Tutor do PET Interprofissional.

Curitiba, 10 de junho de 2020.

Dedico esse trabalho aos meus pais, Newton e Glacy, que já não estão presentes fisicamente há anos, porém, deixaram seus bons exemplos a serem seguidos. À minha amada esposa, Ana Paula, luz da minha vida, sempre me apoiando durante essa caminhada.

Ao meu filho Vinícius, meu orgulho, por fazer parte da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu estimado orientador, Prof. Dr. Roberto Zonato Esteves, pelo seu incentivo e paciência.

Aos Doutores Edson Roberto Arpini Miguel e Izabel Cristina Meister Martins Coelho, por avaliarem esta pesquisa, lhe trazendo enormes e inestimáveis contribuições.

À minha colega, Dra. Michelle Simão, por sua ajuda e troca de experiências.

Ao Estatístico Diancarlos Pereira de Andrade, pelo trabalho de organização dos dados e orientações, neste período.

Aos participantes desse estudo, que dedicaram parte de seu tempo respondendo ao questionário da pesquisa e contribuindo com suas vivências.

Aos meus alunos queridos, que me ensinam mais do que eu a eles.

Aos pacientes, razão maior do nosso trabalho.

*“Ethics is knowing the difference between what you have a right to do and what is
right to do”*

(Potter Stewart, American Judge, 1915-1985).

RESUMO

A Angústia Moral (AM) é uma condição em que o indivíduo se angustia com dilemas éticos e morais, em sua prática profissional, vinda de situações em que não tem autonomia para agir de acordo com seus princípios, devido a constrangimentos, restrições externas ou internas (pessoais). O presente estudo teve como objetivo, então, avaliar a ocorrência da AM entre profissionais médicos intensivistas pediátricos atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), trazendo à luz a reflexão sobre a AM na atuação médica diária. Trata-se uma pesquisa exploratória-descritiva com abordagem quantitativa e recorte transversal, com foco na aplicação de um questionário baseado na *Moral Distress Scale Revised* (MDS-R), para levantamento da presença de AM no serviço. Um instrumento de pesquisa, validado por especialistas, foi aplicado a 43 médicos de uma UTIP de um Hospital Público localizado na cidade de Curitiba, no Paraná (PR). A pesquisa evidenciou que determinadas situações são desencadeadoras de AM, com intensidades variáveis entre os profissionais médicos. Diante da identificação da presença do problema em UTIPs, bem como de seus fatores desencadeantes, estratégias de enfrentamento são necessárias, tornando a questão abertamente discutida e incentivando a participação de todos os envolvidos no processo.

Palavras-chave: Angústia Moral. Ambiente de trabalho. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

ABSTRACT

Moral Distress (MD) is a condition in which the individual is distressed by ethical and moral dilemmas, in his professional practice, coming from situations in which he has no autonomy to act according to his principles, due to constraints, external or internal restrictions (personal). The present study aimed, then, to assess the occurrence of MD among Pediatric Intensive Care physicians working in a Pediatric Intensive Care Unit (PICU), bringing to light the reflection on MD in daily medical practice. This is an exploratory-descriptive study with a quantitative approach and cross-sectional approach, focusing on the application of a questionnaire based on the Moral Distress Scale Revised (MDS-R), to survey the presence of MD in the service. A research instrument, validated by specialists, was applied to 43 doctors at a PICU at a Public Hospital located in the city of Curitiba, Paraná (PR). The research showed that certain situations trigger MD, with varying intensities among medical professionals. In view of the identification of the presence of the problem in PICUs, as well as its triggering factors, coping strategies are necessary, making the issue openly discussed and encouraging the participation of all those involved in the process.

Keywords: Moral Distress. Workplace environment. Pediatric Intensive Care Unit.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Conceito de multidisciplinaridade.....	8
Figura 2 – Conceito de interdisciplinaridade.....	8
Figura 3 – Diferença entre multiprofissional e interprofissional.....	9
Figura 4 – Angústia Moral e resíduo moral.....	14
Figura 5 – Fluxograma de validação do instrumento.....	23

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Análise Paralela e autovalores (Kaiser), pela quantidade de fatores.	24
Gráfico 2 – Respostas dos profissionais (<i>frequência</i>), geral (todos).	31
Gráfico 3 – Respostas dos profissionais (<i>intensidade</i>), geral (todos).	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultado do modelo de equações estruturais proposto com três dimensões.	25
Tabela 2 – Medidas de qualidade do ajuste no modelo.	26
Tabela 3 – Valores de Alfa de Cronbach para a dimensão três.	26
Tabela 4 – Dados demográficos gerais.	35
Tabela 5 – Comparativo das questões, entre os entrevistados, com a variável <i>sexo</i>	37
Tabela 6 – Comparativo das questões, entre os entrevistados, com a variável <i>sexo</i>	38
Tabela 7 – Comparativo das questões, entre os entrevistados, com a variável <i>faixa etária</i>	39
Tabela 8 – Comparativo das questões, entre os entrevistados, com a variável <i>faixa etária</i>	40
Tabela 9 – Comparativo das questões, entre os entrevistados, com a variável <i>tempo de serviço</i>	41
Tabela 10 – Comparativo das questões, entre os entrevistados, com a variável <i>tempo de serviço</i>	42
Tabela 11 – Comparativo das questões, entre os entrevistados, com a variável <i>jornada de trabalho semanal</i>	43
Tabela 12 – Comparativo das questões, entre os entrevistados, com a variável <i>jornada de trabalho semanal</i>	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Angústia Moral
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFA	<i>Confirmatory Factor Analysis</i>
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Cobatrice	<i>Competency Based Training programme in Intensive Care Medicine in Europe</i>
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DP	Desvio-Padrão
EFA	<i>Exploratory Factor Analysis</i>
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
FPP	Faculdades Pequeno Príncipe
MDS	<i>Moral Distress Scale</i>
MDS-R	<i>Moral Distress Scale-Revised</i>
MEC	Ministério da Educação
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PICU	<i>Pediatric Intensive Care Unit</i>
PR	Paraná
RH	Recursos Humanos
RMSEA	Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEM	Universidade Estadual de Maringá
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

RESUMO.....	V
ABSTRACT	VI
LISTA DE FIGURAS	VII
LISTA DE GRÁFICOS.....	VIII
LISTA DE TABELAS	IX
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	X
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 OBJETIVOS.....	4
1.1.1 Primário	4
1.1.2 Secundário	4
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	5
2.1 A ANGÚSTIA MORAL.....	5
2.1.1 A Angústia Moral em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.....	15
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	21
3.1 VALIDAÇÕES DE CONTEÚDO E ESTATÍSTICA DO INSTRUMENTO	23
3.2 TIPO DE PESQUISA	26
3.3 LOCAL DE PESQUISA.....	27
3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA	27
3.5 COLETA DAS INFORMAÇÕES.....	28
3.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	28
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	29
4 RESULTADOS	31
4.1 ANÁLISE DESCRITIVA	34
4.2 ANÁLISE COMPARATIVA E COMENTÁRIOS	36
4.2.1 Categoria <i>frequência</i> , variável <i>sexo</i>	36
4.2.2 Categoria <i>intensidade</i> , variável <i>sexo</i>	37
4.2.3 Categoria <i>frequência</i> , variável <i>faixa etária</i>	38
4.2.4 Categoria <i>intensidade</i> , variável <i>faixa etária</i>	39
4.2.5 Categoria <i>frequência</i> , variável <i>tempo de serviço</i>	40
4.2.6 Categoria <i>intensidade</i> , variável <i>tempo de serviço</i>	41
4.2.7 Categoria <i>frequência</i> , variável <i>jornada de trabalho semanal</i>	42
4.2.8 Categoria <i>intensidade</i> , variável <i>jornada de trabalho semanal</i>	43
5 DISCUSSÃO.....	49
6 CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS.....	55
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	62
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA, VERSÃO ALFA.....	66

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PESQUISA, VERSÃO BETA.....	70
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	75

1 INTRODUÇÃO

Na prática médica, é comum deparar-se com situações em que as resoluções não são baseadas eminentemente em conhecimentos biológicos, técnicos, científicos, em evidências ou em dados de estudos randomizados. Isso porque, em muitas das vezes, as situações envolvem mais do que questões técnicas, abrangem quadros que se relacionam diretamente com a relação médico-paciente, com familiares e do médico com outros profissionais de saúde.

Tais situações podem envolver dilemas éticos, humanos, discussões a respeito de temas que não se têm uma única resposta válida, conjunturas relacionadas a crenças pessoais, religiosidade, questões familiares, restrições financeiras, problemas institucionais, autonomia do paciente – todas as questões que fazem parte do trabalho médico.

Nesses casos, embora o médico saiba o que deve ser feito, este se sente desconfortável ou impossibilitado de agir. Isso se deve ao fato de que o labor médico envolve relacionamentos humanos, com toda a complexidade envolvida, podendo levá-lo a sentir um sofrimento emocional, um incômodo, descrito como Angústia Moral (AM). Dessa maneira, o que pode e o que deve ser feito pode, em grande parte das vezes, permear as decisões médicas.

A AM tem sido descrita como “angústia mental” ou “desequilíbrio psicológico”, que resulta da incapacidade de seguir o senso de responsabilidade moral que dita a ação eticamente certa, de acordo com o que o profissional acha correto (CHEHAB, 2017). O Dicionário Larousse define a palavra angústia como inquietação, ansiedade profunda ou, ainda, como sentimento penoso de alerta psíquico, diante uma ameaça (RODRIGUES; NUNO, 2004).

Ressalta-se que essa experiência é individual para cada profissional e, sendo assim, pode haver diferentes posições quanto à evolução, perspectiva e tratamento de um paciente, inclusive quanto aos conceitos, muitas vezes subjetivos, pois os próprios doentes têm idades, comorbidades, condições socioeconômicas e culturas diferentes entre si. Portanto, pode-se questionar: “o que pode ser feito em determinado caso?”, “o que deve ser feito em outro?” e, por fim, “o que é melhor para certo paciente?”.

O Prof. Dr. Daniel Garros, Pediatra, intensivista pediátrico da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do Stollery Children's Hospital, da Universidade de Alberta em Edmonton, no Canadá, é um estudioso do assunto da AM na área em que atua, tendo publicado várias obras, nos últimos anos (JUST..., 2014).

Garros (2016) descreve como AM a situação na qual há uma conduta identificada como a melhor a ser tomada, mas a impossibilidade de tomar tal conduta leva o profissional a experimentar um sentimento de sofrimento moral. Em determinadas situações, ela pode ocorrer por restrições pessoais, como valores pessoais e religiosos, princípios de vida, identificação com o paciente, dificuldade de ver aquela situação em particular como um todo ou, ainda, devido a limitações externas, como falta de pessoal, materiais e medicamentos, pressões institucionais, regras burocráticas, falta de vagas, número restrito de leitos hospitalares e medo de processos judiciais.

A percepção deste desconforto, no entanto, é fundamental para entender essa experiência: enfrentando as mesmas circunstâncias, um profissional de saúde pode acreditar, por exemplo, que é certo prolongar o tratamento de manutenção da vida de um paciente como uma meta a ser perseguida a qualquer custo, enquanto um outro profissional pode achar inaceitável e achar melhor a retirada imediata de tal tratamento médico (GARROS; AUSTIN; CARNEVALE, 2015).

Ulrich e Grady (2018) relatam que o trabalho cotidiano, dentro dos sistemas de saúde, é inerentemente ético: os profissionais de saúde se esforçam para usar seus conhecimentos, habilidades e treinamento especializado para agir no melhor interesse de seus pacientes e famílias e, ao mesmo tempo, defender seus valores, princípios profissionais e éticos. Contudo, o atendimento ao paciente dentro do quadro clínico é cada vez mais complexo, pois diferentes grupos de partes interessadas podem ter visões divergentes, objetivos que às vezes parecem incompatíveis, criando inquietações, tensões éticas e conflitos. Os efeitos desse estresse estão implicados em danos aos pacientes, como também em erros médicos.

No Brasil, as pesquisas sobre AM são, em sua maioria, realizadas no contexto de cuidados ao paciente adulto, com enfoque sobre os trabalhadores de enfermagem, apontando que a AM tem sido um problema ético emergente nos diferentes cenários que compõem a rede de serviços de saúde (RAMOS *et al.*, 2017).

Assim, os profissionais de saúde que trabalham na UTIP estão cientes de que os avanços tecnológicos estão salvando muitas vidas, mas muitos pacientes ficam com limitações significativas. Por vezes, o caminho de tratamento escolhido nem sempre é aceito por cada membro da equipe da UTIP. Por isso, deve-se criar um ambiente no qual diferentes perspectivas sejam bem-vindas e respeitadas, no qual se compartilham as responsabilidades, fardos e sucessos. Nesse sentido, é fundamental, para o próprio bem-estar do médico, ter o conhecimento da existência de AM, entender suas implicações e buscar resoluções, para assim evitar afastamentos do trabalho e perda de integridade moral (GARROS; AUSTIN; CARNEVALE, 2015).

Percebe-se que, para trabalhar em uma UTIP, o profissional pode estar muito preparado como médico quanto às questões técnicas, mas pouco preparado para questões de fundo emocional e comportamental, gerando sentimentos de angústia que podem lhe trazer até males físicos, como cefaleias, dores musculares e fadiga. Além deste fato, nota-se uma deficiência em termos de currículo médico no tocante ao desenvolvimento de competências atitudinais e humanísticas (FESSLER, 2012).

Frente a isso, este estudo partiu do pressuposto de investigar a presença de AM em um ambiente de UTIP, com o intuito de que, ao se discutir este cenário, poderia se contribuir para um ambiente melhor de trabalho e, por conseguinte, melhor tratamento aos seus pacientes, bem como questionar se há indicações da presença de AM nos médicos que nela atuam, já que isso foi percebido pelo autor em sua atividade como intensivista pediátrico.

Partindo destas considerações, o presente estudo teve, por intuito, procurar mensurar e interpretar, por meio de um instrumento de pesquisa, a ocorrência de AM entre profissionais médicos, de acordo com suas experiências atuando em uma UTIP.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Primário

Entender a ocorrência de AM entre profissionais médicos atuando em uma UTIP.

1.1.2 Secundário

Interpretar a frequência e a intensidade com que ocorre a AM, mediante as variáveis do estudo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A ANGÚSTIA MORAL

A AM vem sendo estudada desde a década de 1980, descrita por Andrew Jameton pela primeira vez em 1984¹, em profissionais de enfermagem, inicialmente nos Estados Unidos da América (EUA). É uma manifestação também definida como *distress*, angústia, sofrimento, sentimentos dolorosos, um desequilíbrio emocional e psíquico, que se dá em situações nas quais profissionais de saúde reconhecem o mais correto curso de ação a tomar, mas não conseguem concretizá-lo devido a barreiras externas ou internas. Tais sentimentos geram, no profissional, um sentimento de impotência ou incapacidade para realizar a ação definida como eticamente adequada, afetando sua integridade moral e levando a sérias consequências para o profissional, além daquelas geradas por ações moralmente impróprias (SANTOS; GARROS; CARNEVALE, 2018).

Dentre outras definições, há também aquela quando o profissional sente certeza do curso ético de sua ação, mas é impedido de praticá-la (HAMRIC; BLACKHALL, 2007). A mesma se dá, contudo, também como um doloroso desequilíbrio psicológico, que resulta do reconhecimento das medidas eticamente apropriadas a tomar, mas não possíveis de serem feitas, por causa de obstáculos, como falta de tempo e recursos, relutância de superiores hierárquicos, estrutura opressiva de poder médico, políticas da instituição ou alguma consideração legal (CORLEY *et al.*, 2001).

Outra conceituação da AM é quando há uma ou mais emoções negativas autodirecionadas, ou atitudes que surgem em resposta a um envolvimento percebido, em uma situação que se percebe ser moralmente indesejável (ULRICH; GRADY, 2018).

Segundo Epstein e Hamric (2009), a AM é o resultado de uma violação percebida de seus valores e deveres fundamentais, simultaneamente com um sentimento de ser tolhido de tomar medidas eticamente apropriadas. O sofrimento

¹ Cf. JAMETON, A. **Nursing practice: the ethical issues**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1984. 331 p.

psicológico se deve às reações emocionais às situações, mas não envolve necessariamente a violação de valores e deveres fundamentais.

Importante notar que só porque os profissionais de saúde sentem sofrimento psicológico, isso não significa necessariamente que eles estão experimentando AM. Para que esta ocorra, dois elementos devem estar presentes: o profissional de saúde reconhece o curso de ação eticamente preferível a tomar; deve haver algum tipo de restrição que impede o indivíduo de tomar esse curso de ação (BRUCE; ZIMMERMAN, 2014).

Exemplos de fatores que pode levar a AM incluem:

A escassez de recursos para o atendimento adequado do paciente e a necessidade de promover um cuidado abaixo do ideal devido à imposição de administradores para redução de gastos. Ainda, a necessidade de prover um cuidado que falsamente aumenta as esperanças da família, ou a persistência em um tratamento que prolonga a vida exclusivamente pelo desejo e expectativa da família são fatores relatados como mais relevantes. Nestes casos, o fenômeno da AM está diretamente relacionado com a insatisfação profissional e pode determinar o desejo de abandonar a profissão (SANTOS; GARROS; CARNEVALE, 2018, p. 227).

Santos *et al.* (2018) relatam, entre as causas de AM, futilidade terapêutica, terminalidade, conflitos interpessoais, valores pessoais, desvalorização, desrespeito na equipe, desrespeito à autonomia e privacidade do paciente, famílias desorganizadas, negligência, imperícia, discriminação no cuidado, impotência na tomada de decisão, Recursos Humanos (RH) e materiais insuficientes, assédio moral, dilemas éticos e interferência política e/ou hierárquica.

Quanto às restrições pessoais, nelas estão inclusas a má compreensão da condição médica do paciente, sentimento de impotência, medo de comprometimento da sua integridade, elevada sensibilidade moral, falta de conhecimento sobre planos alternativos e falta de assertividade (CHEHAB, 2017).

Com terminologias parecidas, a AM não deve ser confundida com Burnout ou dilemas éticos. Burnout refere-se a um estado de exaustão emocional, física e psicológica e do engajamento prolongado ao trabalho, além de despersonalização, definida como a falta de sensibilidade, a dureza ao responder às pessoas do seu serviço e, ainda, a baixa realização profissional, referindo-se esta a uma diminuição do sentimento de competência em relação ao trabalho com pessoas. O dilema ético clássico, por sua vez, se refere a uma situação em que o profissional identifica dois cursos de ação mutuamente opostos e não sabe qual escolher. Com a AM, o

profissional identifica o curso de ação eticamente preferível, mas não pode tomá-lo (BRUCE; MILLER; ZIMMERMAN, 2015).

Um número dado como alarmante é a estimativa de 300 a 400 médicos que cometem, anualmente, suicídio. Esta tragédia não é bem compreendida, mas acredita-se que seja devido a uma combinação de Burnout e doença mental não tratada, por isso, todo fator que possa levar o médico a um sofrimento psíquico deve ser combatido (ULRICH; GRADY, 2018).

Embora o termo AM tenha se originado na literatura de ética em enfermagem, onde é discutido e estudado mais a fundo, médicos e outros provedores de saúde estão cada vez mais experimentando AM no ambiente em que atuam (HAMRIC, 2000)

Neste contexto, nota-se que a AM é comum na prática clínica, já que o cuidado em saúde se constitui em uma atividade inerentemente moral, a qual abrange múltiplos atores, incluindo pacientes, familiares, acadêmicos dos cursos da saúde, fisioterapeutas, médicos e demais profissionais da área (CORLEY *et al.*, 2001).

Em um estudo envolvendo cerca de 2 mil profissionais, a AM foi evidenciada em médicos, enfermeiros, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e capelães (SANTOS; GARROS; CARNEVALE, 2018).

É importante ressaltar que estudos multidisciplinares sobre AM sugerem que o fenômeno é significativo em múltiplas disciplinas profissionais da saúde. Por isso, deve-se promover o incentivo ao desenvolvimento de competências atitudinais no médico que trabalha em UTIP. Os profissionais de saúde devem ser sensíveis a situações que criam AM para colegas de outras disciplinas. Os formuladores de políticas, currículos acadêmicos na área da saúde e administradores devem explorar opções para diminuir a incidência de AM, incentivando as visões interprofissionais (HOUSTON *et al.*, 2013).

Nesse ponto, se faz necessário diferenciar os termos *multidisciplinaridade* e *interdisciplinaridade* como formas de articulação das disciplinas, pela importância do trabalho em equipe, estratégias essas voltadas para reunir as possibilidades de produção de conhecimentos que trazem cada área.

A Figura 1 mostra o conceito de multidisciplinaridade.

Figura 1 – Conceito de multidisciplinaridade.



Multidisciplinaridade

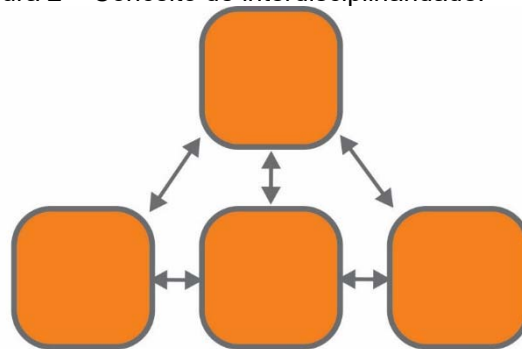
Existe uma temática comum
Não existe relação nem cooperação entre disciplinas

Fonte: Cardoso (2018).

A *multidisciplinaridade* significa mais de uma disciplina. Aparentemente, não tem relação uma com a outra, cada disciplina permanece com sua metodologia própria e, assim, não há um resultado integrado. É quando a solução de um problema requer a obtenção de informações de uma ou mais ciências ou setores do conhecimento, sem que as disciplinas evocadas sejam elevadas ou enriquecidas.

A Figura 2 mostra o conceito de interdisciplinaridade.

Figura 2 – Conceito de interdisciplinaridade.



Interdisciplinaridade

Existe cooperação e diálogo entre as disciplinas
Existe uma ação coordenada

Fonte: Cardoso (2018).

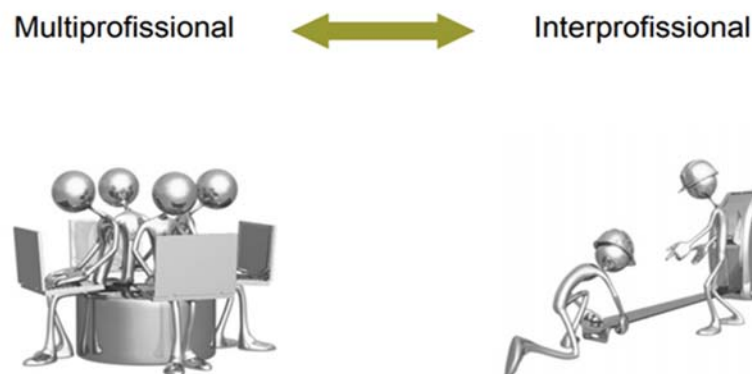
A *interdisciplinaridade*, por sua vez, é o intercâmbio mútuo e interação de diversos conhecimentos de forma recíproca e coordenada, uma perspectiva metodológica comum a todos, que integra os resultados e permanecem os interesses próprios de cada disciplina, porém, buscam soluções dos seus próprios problemas por meio da articulação com as outras disciplinas.

O termo *multiprofissional* remete ao conceito de quando há profissionais de diversas disciplinas atendendo ou não um mesmo indivíduo. As trocas entre essas disciplinas são limitadas a informações pontuais e não interferem no trabalho dos demais que estão fechados em seu nicho profissional.

A palavra *interprofissional*, neste caso, é quando os profissionais trocam entre si segundo suas disciplinas, sendo que essas trocas interferem no trabalho dos outros profissionais à medida que amplia a compreensão do paciente entre eles – o que é muito interessante nos ambientes de Terapia Intensiva.

A Figura 3 mostra a diferença entre multiprofissional e interprofissional.

Figura 3 – Diferença entre multiprofissional e interprofissional.



Fonte: Cordeiro (2010).

Depreende-se, disso, a necessidade de uma formação médica para o generalista, com visão holística e capacitação ética, técnica e científica, inserido na sociedade e atendendo demandas de saúde da coletividade. O Conselho Nacional de Educação (CNE) aprovou as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o Curso de Medicina, em 2001, sendo um marco na regulamentação do ensino médico, no Brasil (FREITAS; RIBEIRO; BARATA, 2018).

Em 2014, o Ministério da Educação (MEC) lançou as DCNs, inclusive do Curso de Graduação em Medicina, contendo parâmetros para organização, desenvolvimento e avaliação dos cursos de Medicina em todo o país. Os aspectos socioculturais, humanísticos e biológicos do ser são considerados de forma interdisciplinar e multiprofissional ao longo dos anos do curso (MEIRELES; FERNANDES; SILVA, 2019).

De acordo com as DCNs de 2014, no Capítulo I, artigo 5º:

VI - Ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, **levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico;**

VII - **Comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais,** com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;

IX - **Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado** (MEIRELES; FERNANDES; SILVA, 2019, p. 67-78, grifo nosso).

Vale a pena salientar também, o *Competency Based Training programme in Intensive Care Medicine in Europe* (Cobatrice), que é um programa internacional de competência e treinamento em Terapia Intensiva que segue os moldes aplicados na Europa e que, dentre os domínios e competências solicitadas para o intensivista, elenca:

- a) consulta e considera as opiniões dos médicos que encaminham; promovem sua participação na tomada de decisão, quando apropriado;
- b) planeja o atendimento multidisciplinar a longo prazo pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- c) organiza o atendimento multidisciplinar para os pacientes na UTI;
- d) colabora com outros membros da equipe para alcançar objetivos comuns;
- e) respeita, reconhece e incentiva o trabalho de outras pessoas;
- f) gerencia conflitos interpessoais que surjam entre diferentes setores da organização, profissionais, pacientes ou parentes;
- g) procura modificar o estresse que o ambiente de Terapia Intensiva impõe aos pacientes, familiares e membros da equipe;
- h) estabelece relações de colaboração com outros prestadores de assistência médica para promover a continuidade da assistência ao paciente, conforme apropriado.

Todas as competências supracitadas são necessárias para se lidar com situações que podem suscitar em AM, dentro de um ambiente de Terapia Intensiva.

Em uma UTIP, há uma variedade de profissionais atuantes, permitindo uma verdadeira educação interprofissional, mostrando que, no que tange ao cuidado ao doente, todos têm a sua importância. É um local extremamente rico em possibilidades no que diz respeito ao auxílio no ensino de valores, como situações éticas, cuidados paliativos, doação de órgãos e futilidades terapêuticas (FESSLER, 2012).

Entretanto, chama a atenção que o poder vinculado à profissão médica pode sustentar uma prática de cuidado vertical, onde um plano terapêutico é cumprido por cada profissional de maneira isolada e restrita à sua área de atuação, não havendo, portanto, trocas de experiências, de conhecimento útil e particular de cada especialidade, em uma visão ampla e coletiva. Isso dificulta uma prática ajustada para cada paciente, a partir de uma visão multidisciplinar. Além do trabalho em conjunto, é preciso que o grupo de trabalho esteja unido e motivado para um objetivo comum (MAGALHÃES, 2016).

Tal situação remete a um tempo em que os médicos se orgulhavam de sua capacidade de se autorregular. Muitos médicos foram encorajados por um senso de autonomia profissional, que permitiu definir sua própria orientação moral e seguir na direção que achavam melhor e correta. Uma desvantagem dessa hegemonia foi o paternalismo, que tem sido combatido pelo surgimento da maior autonomia do paciente. Mas há um lado positivo nesse sentimento de profissionalismo, que é a capacidade de expressar a sua opinião como médico, sua assertividade e, com isso, ter um sentimento de empoderamento, que vem de ter suas opiniões ouvidas e respeitadas (ULRICH; GRADY, 2018).

Dessa maneira, a cultura médica em si também pode criar conflitos éticos e AM. Um exemplo disso é a atitude defensiva da profissão médica em relação a reclamações e críticas. Poucas coisas na medicina são indiscutíveis, e questões de valores e visões diversas sobre um caso podem gerar conflitos e devem ser debatidos abertamente. Isso pode ser corroborado por Hurst *et al.* (2005 *apud* FØRDE; AASLAND, 2008), quando descobriram que os médicos confrontados com dilemas éticos tendem a evitar conflitos. O medo de ser classificado como incompetente ou de perder a autoridade profissional são razões potenciais para não dar a percepção aos colegas sobre o seu comportamento antiético ou não profissional, ou para não relatar eventos adversos.

A AM, todavia, torna-se ampliada quando se sente que é inseguro expressar sua opinião. Uma cultura de silêncio pode prevalecer, na medida em que os profissionais sabem que levantar qualquer preocupação ética irá facilmente rotulá-los como um “encrenqueiro” ou como alguém que é incapaz de “assumir a pressão”. A falta de um diálogo ético, que ocorre dentro de tal cultura, parece ser um dos principais contribuintes para a AM (GARROS, 2016).

Essas práticas reforçam o papel do médico na saúde moderna com expectativas profissionais específicas, que são distintas de outros papéis. As responsabilidades são definidas em várias frentes: individual, social, legal e pessoal, ligada estas ao desejo do médico de ser percebido por si mesmo e os outros como um “bom médico” (ULRICH; GRADY, 2018).

Uma possível patologia pode surgir quando se rompe o equilíbrio possibilitado pelas defesas, e o sofrimento não é mais contornável. Em outros termos, quando um certo trabalhador utilizou todos os seus recursos intelectuais e psicoafetivos para dar conta das tarefas, percebe que nada pode fazer para enfrentar os constrangimentos ou, ainda, para transformar o trabalho (MENDES, 2013).

Como se sabe, o trabalho ocupa papel central na sociedade: é uma das principais formas de identificação, ao lado de gênero e idade. É também um meio de sustento pessoal e familiar, devendo ser fonte de satisfação. No entanto, o processo de trabalho, no complexo contexto saúde-doença, é espaço com alto potencial de gerar sofrimento. Dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT) apontam que 160 milhões de pessoas em todo o mundo sofrerão de males associados ao trabalho, sendo que trabalhadores de saúde estão entre os mais afetados. Nesses locais, o profissional se vê muitas vezes submetido a deliberações que contrariam a ação ética, podendo sobrevir a AM (FACHINI; SCRIGNI; LIMA, 2017).

Como supracitado, a qualidade na saúde não é apenas uma questão de proficiência técnica e científica, mas também das atitudes dos profissionais e sua capacidade de identificar e lidar com conflitos de valor. Problemas do ambiente de trabalho, tais como a falta do tempo para fazer um trabalho apropriado e uma carga de trabalho demasiado pesada, aumentam condições relacionadas ao esforço e reduzem a satisfação do mesmo. As condições do trabalho limitam a habilidade dos profissionais de agir de acordo com ideais profissionais e éticos. Os ideais éticos elevados constituem uma parte importante de uma autoimagem profissional, e ser

forçado a trabalhar contrário a tais ideais pode reduzir a satisfação do trabalho e aumentar o sentimento de angústia (FØRDE; AASLAND, 2008).

Segundo Ulrich e Grady (2018, p. 41-42), quanto ao trabalho médico:

Nosso contrato com a sociedade espera que atuemos como curandeiros, demonstremos a nossa competência, sejamos altruístas, atuemos moralmente e com integridade, promovendo o bem público e sendo transparentes e responsáveis. Armado com diplomas de medicina e anos de formação de especialização, o público exige que os médicos sejam além de clínicos de primeira linha, também cientistas, professores e modelos. Espera-se que sejamos tanto humanos (semelhantes aos nossos pacientes) quanto simultaneamente heróis sobre-humanos (capazes de salvar vidas). O barômetro público do sucesso não é mais medido por diagnósticos precisos ou vidas salvas, mas nas classificações dos consumidores onde os descontentes com a saúde tendem a ter mais voz.

Portanto, o trabalho, a depender da forma como é organizado, leva os trabalhadores a diversos tipos de desgaste, à perda da expectativa de realizá-lo com qualidade e à desmotivação para desenvolvê-lo. Pode levar, ainda, à destruição de mecanismos de cooperação na equipe, queda de produção, absenteísmo e níveis elevados de sofrimento psíquico. Alguns estudos têm demonstrado que a perda da esperança de ter seu trabalho reconhecido e de poder contribuir com sua experiência acumulada no avanço dos serviços, é um forte fator de sofrimento e desgaste psíquico. Afinal, o que mobiliza e motiva as pessoas para o trabalho não é a remuneração, mas a retribuição simbólica pela contribuição que elas trazem ao trabalho (MENDES, 2013).

Há, nestas situações, uma preocupação com a integridade moral. O profissional moralmente angustiado se sente forçado a fazer o que parece ser a coisa errada na situação em questão, se recusando a fazer alguma coisa específica que acredita ser errada – como o sentimento visceral de colocar sal em uma ferida (BERLINGER, 2016).

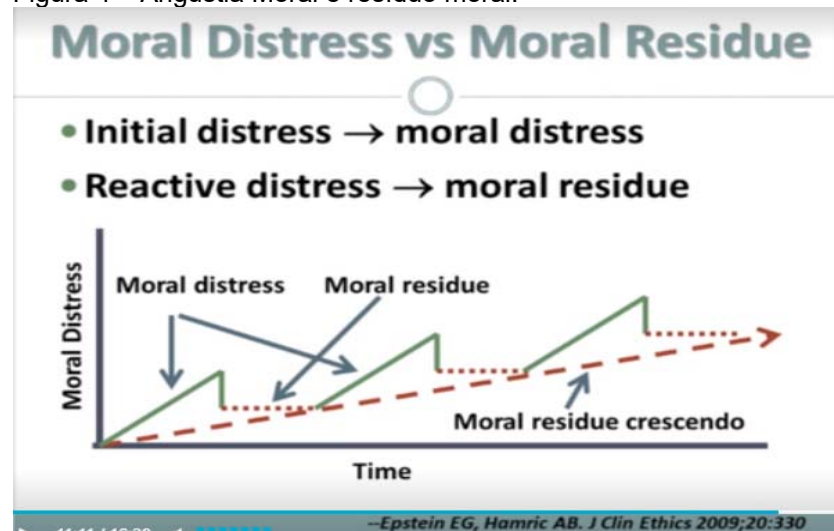
Neste contexto, os profissionais de saúde aprendem a conviver com o paradoxo de que a dor pode ser uma parte necessária da cura. No entanto, quando a cura se torna uma possibilidade distante, o tratamento, por vezes doloroso e com limites terapêuticos imprecisos, impõe uma questão moral para os profissionais, e esta questão está intimamente ligada com a AM que podem apresentar (FLANNERY; RAMJAN; PETERS, 2016).

O profissionalismo médico criou uma expectativa para que os médicos estejam no controle de suas emoções. Isso pode mascarar a presença de sinais de

AM. O comportamento profissional dos médicos muitas vezes envolve a supressão das emoções, dificuldades ao cuidar dos interesses conflitantes do paciente, sua família e da equipe de profissionais da saúde envolvidos (PRENTICE; GILLAM, 2018).

Um conceito importante, de acordo com Epstein e Hamric (2009), é baseado em uma teoria em que a exposição repetida a situações moralmente angustiantes pode levar ao desapego físico e emocional dos pacientes, corroendo o senso de integridade moral e profissional. Essa é a teoria denominada de “Resíduo Moral” – como mostra a Figura 4 –, geralmente discutida no contexto da enfermagem, mas não em outras disciplinas da área da saúde.

Figura 4 – Angústia Moral e resíduo moral.



Fonte: Epstein e Hamric (2009).

Ainda de acordo com Epstein e Hamric (2009 *apud* BRUCE; WEINZIMMER; ZIMMERMAN, 2014, p. 730, tradução nossa):

Um conceito interessante é o chamado “efeito crescendo”, que parte do princípio que a exposição repetida a casos moralmente angustiantes pode resultar em um efeito cumulativo de AM (resíduo moral). Esse efeito cumulativo resulta em uma nova linha de base de AM que eles chamam de “crescendo”. Um crescendo manifesta-se nas reações emocionais de um profissional de saúde e nas interações subsequentes, especialmente quando o profissional de saúde encontra uma situação que o lembra de uma situação anteriormente vivenciada. O efeito crescendo faz com que o profissional de saúde possa se tornar insensível. A dessensibilização pode comprometer a integridade moral.

Depois que há uma diminuição no nível de AM, o modelo do “efeito do crescendo” postula que um resíduo permanece se a angústia não é resolvida em uma maneira adequada. São vários os estudos, qualitativos e quantitativos, que documentam a existência de resíduos morais e o “crescendo” gradual de resíduos morais não resolvidos ao longo do tempo. O “efeito crescendo” tem um papel decisivo para a integridade profissional que enfermeiros, médicos e outros profissionais têm de gerir diariamente em ambientes onde a AM não é reconhecida nem abordada (EPSTEIN; HAMRIC, 2009).

Bruce, Miller e Zimmerman (2015) propuseram uma teoria do resíduo moral que fornece uma possível explicação do porquê profissionais e médicos da UTI são, talvez extraordinariamente, suscetíveis à AM. O argumento é de que a exposição repetida à AM pode resultar em um efeito cumulativo de sofrimento moral se não tratado, uma espécie de “resíduo moral”. Este efeito cumulativo resulta em uma nova linha de base de sofrimento moral, levando, em última instância, à dessensibilização.

Um dos problemas associados a isso é a possibilidade do profissional se dessensibilizar com a situação: depois de um tempo enfrentando situações angustiantes sem resolução, ele desiste de tentar mudar o quadro. Alguns profissionais citam: “Médicos e enfermeiros em unidades críticas são como bombeiros entrando em um incêndio. Sabem que vão se queimar, mas fazem isso várias vezes até que as queimaduras não machuquem mais” (BRUCE; ZIMMERMAN, 2014, p. 1).

Sabe-se que AM nunca pode ser totalmente erradicada, nem deveria ser, servindo de sinal de alerta. Ela pode refletir uma consciência e ajudar na apreciação de aspectos morais na medicina, mas, se não for tratada e reconhecida, pode ser destrutiva e comprometer o atendimento dado aos pacientes (BRUCE; WEINZIMMER; ZIMMERMAN, 2014).

2.1.1 A Angústia Moral em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

A Terapia Intensiva Pediátrica é uma área de atuação da Pediatria relativamente nova. Em 1992, John Downes identificou cinco campos cruciais da medicina na década de 1950 que levaram ao surgimento de cuidados intensivos

pediátricos: cuidados intensivos respiratórios, neonatologia e cuidados intensivos neonatais, cirurgia geral pediátrica, cirurgia cardíaca pediátrica e anestesiologia pediátrica (EPSTEIN; BRILL, 2005).

A primeira UTIP foi aberta em Gotemburgo, na Suécia, em 1955, motivada por um surto de pólio, embora tenha sido apenas na década de 1960 que outras unidades foram abertas na Europa e América do Norte. Atualmente, sofisticados tratamentos de manutenção da vida são oferecidos em UTIP com uma variedade de vários tipos de tratamento e esforços, tendo por intuito salvar a vida de pacientes jovens (AUSTIN *et al.*, 2009).

No Children's Hospital of Philadelphia, C. Everett Koop desenvolveu a primeira área de cuidados pós-cirúrgicos para bebês em 1956 com uma equipe de enfermagem. Sua capacidade e pessoal aumentou em 1962, para se tornar a primeira UTIP na América do Norte a cuidar principalmente de pacientes neonatos pós-cirúrgicos (EPSTEIN; BRILL, 2005).

Quanto à Terapia Intensiva Pediátrica, no Brasil:

A terapia intensiva pediátrica no Brasil tem experimentado grande crescimento nos últimos anos, seguindo tendência mundial. No entanto, esse crescimento ocorreu sem que se realizasse planejamento estratégico adequado, e o resultado disso são desigualdades regionais e nacionais que se refletem na falta de equidade na distribuição dos leitos. Há grandes contrastes, principalmente entre setor público e privado, variando de unidades altamente sofisticadas a outras sem a mínima estrutura necessária, o que sempre penaliza a parcela menos favorecida da população. Estudo realizado sobre distribuição de leitos em UTI pediátricas e neonatais na cidade de São Paulo percebeu distribuição desproporcional, sendo a maioria localizada na região central enquanto a maior parte da população pediátrica reside em áreas periféricas da cidade. Outro dado importante desse estudo foi que, de forma geral, havia excesso de leitos privados e déficit de leitos públicos (FACHINI; SCRIGNI; LIMA, 2017, p. 116).

É reconhecido que a AM em UTIP pode estar ligada a tratamentos agressivos, observação de sofrimentos repetitivos, cuidados fúteis e altos níveis de deficiência crônica após a alta, sendo agravado por questões ambientais de trabalho, como desalinhamento entre condutas médicas, comunicação imprópria, conflitos de tomada de decisão, expectativas irrealistas, falta de recursos ou pessoal e um alto índice de erros médicos (GARROS, 2016).

Com o recente avanço tecnológico, e a capacidade de ajudar pacientes muito graves, vários segmentos da sociedade se preocuparam sobre o uso irrestrito

da ciência médica. Questões começaram a aparecer, como custos econômicos, prognósticos reservados, custos emocionais à família e ao paciente, problemas legais e implicações legais de uma terapia dita “heroica” (FRADER, 1979).

Registros na literatura são recorrentes quando informam que as UTIPs são ambientes de alta tecnologia e alta pressão nos quais médicos, em especial os intensivistas, coordenam uma equipe multidisciplinar que inclui outros médicos – como por exemplo, cirurgiões, pneumologistas e neurologistas –, bem como enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e religiosos. O modelo de equipe é básico para o cuidado crítico, com o bom funcionamento da equipe correlacionado com melhores resultados do paciente. O funcionamento da equipe, no entanto, pode ser afetado negativamente quando surgem desafios éticos. Neste ambiente de alta tensão e rápida mudança, o trabalho em equipe é fundamental (AUSTIN *et al.*, 2009).

Isso pressupõe que em ambientes de trabalho altamente tecnológicos, demandas de procedimentos agressivos e a incerteza inerente ao prognóstico resultam em alta pressão psicológica para os profissionais. Ainda, fatores como falta de vagas para internação, necessidade de trabalhar em equipe e envolvimento da família como responsável pelas decisões corroboram para este ambiente desafiador. Relatos de um estudo multidisciplinar realizado em seis UTIPs canadenses demonstraram que testemunhar o sofrimento da criança e da família fragiliza os profissionais. Estas situações se agravam quando a estrutura da UTIP e o processo decisório são fragmentados, desalinhados e não há resultado de consenso entre as partes envolvidas (SANTOS; GARROS; CARNEVALE, 2018).

Além disso, deve-se levar em conta que algumas crianças gravemente doentes sobrevivem à sua admissão inicial, mas ficam com sequelas ou problemas crônicos que resultam no seu regresso à UTI com problemas ainda mais difíceis. Com os avanços feitos em outras subespecialidades médicas e cirúrgicas pediátricas, as crianças estão sobrevivendo mais a doenças extremamente complexas e procedimentos cirúrgicos (EPSTEIN; BRILL, 2005).

Porém, a despeito de todo o empenho técnico e aparato tecnológico dos cuidados críticos, o “curar” nem é sempre possível. No entanto, o tratamento intensivo requer o cuidado do doente como um todo e não apenas perseguir o prolongamento da vida a qualquer custo, perpetuando, afinal, a dor e o sofrimento (PARANHOS; REGO, 2014).

Sabe-se que dilemas éticos, tratamentos agressivos, vivenciar sofrimentos repetidas vezes, tratamentos fúteis, altos níveis de deficiências crônicas nos pacientes pós alta, conflitos de decisão, expectativas não realísticas e aumento de casos de erros médicos podem levar o médico a exaustão emocional, despersonalização, diminuição de realização profissional e a dessensibilização (BRUCE; MILLER; ZIMMERMAN, 2015).

Quando se fala em dilemas éticos e AM, não se pode omitir o fato de que o processo decisório em cuidado pediátrico é complexo, pois envolve intermediários, normalmente os pais ou responsáveis. Para tal, o princípio mais aceito mundialmente para decisões baseia-se no que se conhece como “o melhor interesse” da criança. No Brasil, o mesmo é expresso no Art. 227, pela Constituição Federal de 1988. A falta de homogeneidade para a definição do que são, de fato, os “melhores interesses” da criança, é um fator limitante para sua utilização, na prática clínica. Isto ocorre uma vez que a convergência de crenças e valores entre equipe, família e criança nem sempre é possível (SANTOS; GARROS; CARNEVALE, 2018).

Sobre a autonomia do paciente pediátrico:

A Declaração de Mônaco, redigida no ano 2000 em simpósio internacional sobre bioética e direitos da criança, orienta que as crianças devem tomar parte na tomada de decisão sobre sua saúde, de maneira crescente conforme o desenvolvimento de sua autonomia e, em decorrência, os médicos deveriam sempre buscar o assentimento desses pequenos pacientes. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Código Civil também normatizam a participação do menor e de sua família no processo decisório. Como proceder para julgar o que é “melhor para o outro”, o que é qualidade de vida ou a quem cabe a palavra final são questões cujas respostas não se encontram em protocolos. É necessário ponderar acerca dos valores, processo que não comporta critérios fixos e que exige o estudo caso a caso (PARANHOS; REGO, 2014, p. 524).

É possível compreender, então, que conflitos entre profissionais e pais em relação à tomada de decisões de fim de vida para crianças, muito frequentemente, dão origem a emoções fortes, como dificuldades no prognóstico de intervenções a serem realizadas no paciente. A AM, entre os profissionais, é comum nesta situação, especialmente entre os médicos que desenvolveram um relacionamento de longa data com o paciente (KLEIN, 2009).

De acordo com Côté e Pettengill (2011), a internação em UTIP é uma situação de crise para a família, pois remete à possibilidade de perda da criança. Ter

um filho criticamente enfermo internado na UTIP faz com que a família sofra intensamente.

Nesse contexto, a vulnerabilidade da família encontra-se de maneira intensificada, uma vez que suas interações são na maioria das vezes negativas, em razão do ambiente hostil, das ameaças reais e imaginárias, de uma equipe que detém o poder sob a criança e da ruptura que a família sofre em sua estrutura. Da mesma forma que essa experiência revelou, a literatura descreve a UTIP como um ambiente estressante para os pais, tendo a família sentimentos constantes de ansiedade e tristeza. A falta de acolhimento e de estrutura na UTIP que não permitem à família participar dos cuidados da criança, revelou-se como um intensificador da vulnerabilidade, em razão do estresse, sofrimento e ansiedade que remetem (CÔA; PETTENGILL, 2011, p. 830).

Reconhece-se, também, que muitos pais podem querer exercitar maiores ou menores graus de autoridade na tomada de decisão, e podem adiar escolhas altamente carregadas de emoção sobre seus filhos. Cabe, portanto, aos profissionais da saúde, tentar determinar as opiniões e preferências dos pais não só sobre as opções de tratamento, mas também sobre o papel percebido e desejado dos pais na tomada de decisões, e acomodar essas variações da melhor forma possível (FOE; HELLMANN; GREENBERG, 2018).

Compreende-se, então, um número expressivo de relatos sobre AM, sobretudo nos trabalhadores de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e UTIP, sendo que, nesses centros, os familiares podem permanecer mais tempo no local, o que dificulta, muitas vezes, as intervenções clínicas realizadas, se constituindo, assim, como um fator de estresse (MONTEIRO *et al.*, 2013).

As UTIPs são lugares que geram tensões e estresse, motivados pelo relacionamento interpessoal, emoções intensas causadas pela exposição constante ao risco de morte, pela frequente oscilação entre sucesso e fracasso e pelas exigências impostas à equipe. Com todos estes estímulos, surgem sentimentos, como inadequação, insegurança e impotência, capazes estes de influenciar de forma negativa os relacionamentos interpessoais e a capacidade profissional, criando assim um círculo vicioso. Certamente, as dificuldades de relacionamento interpessoal com os familiares dos pacientes, os relacionamentos difíceis com alguns membros da equipe multiprofissional, o desejo de abandonar o trabalho, a exaustão emocional e a falta de realização profissional são presentes nestes locais (CARVALHO, 2008).

Um dia de trabalho regular para intensivistas pediátricos pode ser emocionalmente desgastante, pois testemunham o sofrimento, o medo, a dor, as tragédias, o tratamento injusto das crianças e a morte. Podem experimentar o estresse mental de lidar com a escassez de enfermagem, o aumento das demandas familiares e a frustração relacionada a conflitos interpessoais – que se dá entre pais e especialistas –, entre outras questões (GARROS, 2016).

Por isso, a experiência de cuidar de uma criança em situação grave, em UTIP, é multifacetada, incluindo questões de comunicação, acomodação de outras posições pessoais, ambiguidade sobre o uso da tecnologia e apoio emocional (LEE; DUPREE, 2008).

Portanto, o objetivo, como intensivista pediátrico, deve ser de tornar a infeliz circunstância da morte de uma criança, dentro da UTIP, o mais humana e digna possível (GARROS; ROSYCHUK; COX, 2003).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Ao analisar a literatura sobre mensuração de AM, escalas, formulários e questionários, encontra-se a Escala de AM – originalmente denominada de *Moral Distress Scale* (MDS) –, introduzida por Corley (CORLEY *et al.*, 2001). Formada de 38 itens, inicialmente projetados para medir a AM em enfermeiros de Terapia Intensiva, foi revisada quando em 2010 para ser aplicável a todos os outros profissionais das áreas da saúde, bem como aos ambientes clínicos de cuidados críticos (HAMRIC; BORCHERS; EPSTEIN, 2012).

Esta escala de 21 itens, denominada de Escala de Sofrimento Moral Revisada – chamada também de *Moral Distress Scale-Revised* (MDS-R) –, tem versões para enfermeiros de adultos, médicos de adultos, enfermeiros pediátricos, médicos pediatras e tem sido usada em inúmeros estudos e com boa confiabilidade e validade (EPSTEIN *et al.*, 2019).

A MDS-R possui 21 itens, tendo sofrido mudanças para refletir as causas mais profundas de sofrimento moral, bem como para ampliar a aplicabilidade da escala para uma variedade de ambientes e provedores. A MDS-R pode produzir uma pontuação geral, representando o nível de AM de um entrevistado, podendo ser usada em outras análises (HAMRIC, 2012).

Em comparação com a MDS original, a MDS-R é uma escala mais curta e, portanto, potencialmente mais viável para uso por clínicos e pesquisadores (HAMRIC; BORCHERS; EPSTEIN, 2012).

Em outras palavras, a MDS-R original é composta por 21 questões operacionalizadas em escala do tipo Likert de cinco pontos, incluindo uma gama de *frequências*, que vai de 0 (nunca) a 4 (muito frequentemente) e, ainda, de faixa de *intensidade*, que vai de 0 (fraca) a 4 (elevada). Em suas questões, contempla situações eticamente controversas atreladas à assistência ao paciente, envolvendo dilemas éticos que permitem identificar a frequência de sofrimento moral e sua intensidade nos diferentes profissionais de saúde (RAMOS *et al.*, 2017).

A MDS-R mede a percepção de um indivíduo a uma situação baseada em (1) intensidade de AM e (2) frequência da situação encontrada. Inclui seis versões paralelas, das quais três se concentram no ambiente adulto – que se voltam aos enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde – e três se concentram no

ambiente pediátrico, que inclui enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde (ALLEN *et al.*, 2013).

Decidiu-se, frente ao exposto, construir um instrumento de pesquisa baseado na MDS-R, retirando-se questões que pudessem trazer algum tipo de desconforto ao serem respondidas, passando posteriormente o instrumento por uma validação de conteúdo por *experts*.

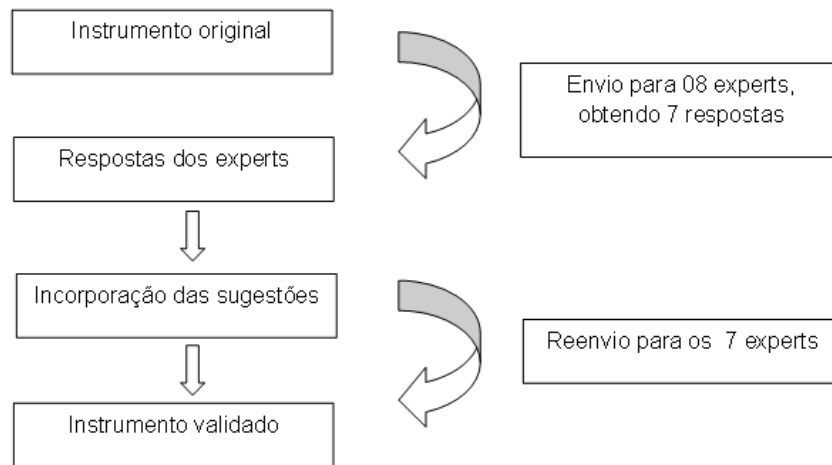
A pesquisa teve, como objetivo, interpretar dados sobre a ocorrência de AM em um ambiente específico de UTIP, por intermédio de um instrumento de pesquisa. Iniciou-se com a determinação do tema principal, seguida de levantamento de dados da literatura utilizando-se das bases de dados PubMed e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) – traduzida para Biblioteca Eletrônica Científica *Online*. Com isso, deu-se início à construção do instrumento de pesquisa (questionário), baseado na MDS-R – concebido em colaboração com o orientador do estudo –, referido como Versão Beta (Apêndice B).

Essa versão foi analisada por um painel de sete especialistas em Medicina Intensiva Pediátrica ou em Educação Médica, Professores de Ensino Superior em Medicina, Mestres e Doutores, para avaliar a pertinência e clareza das questões e, ainda, se respondiam à pesquisa, com um campo para observações destes profissionais e avaliação de conteúdo.

Após o retorno, as respostas dos *experts* foram então analisadas e compiladas e suas sugestões consideradas, a fim de aperfeiçoar o instrumento, que foi então reencaminhado por meio de correio eletrônico para os especialistas participantes do painel para nova avaliação. Após esta revisão, foi construída a versão Alfa (Apêndice A), que foi aplicada aos participantes da pesquisa.

A Figura 5 mostra o fluxograma de como as etapas se deram, neste estudo.

Figura 5 – Fluxograma de validação do instrumento.



Fonte: Do autor (2020).

3.1 VALIDAÇÕES DE CONTEÚDO E ESTATÍSTICA DO INSTRUMENTO

Primeiramente, para validade de constructo, foi feita a Análise Fatorial, técnica fundamentada na interdependência, cujo propósito principal é definir a correlação entre variáveis (HAIR *et al.*, 2010). É a verificação da existência e do grau de relação entre as variáveis, dividida em *Exploratory Factor Analysis* (EFA) e *Confirmatory Factor Analysis* (CFA), ambas traduzidas, respectivamente, para Análise Fatorial Confirmatória e Análise Fatorial Exploratória.

Quanto à CFA, ela é feita para auxiliar na proposta de modelos de equações estruturais. Com estas análises, é possível determinar a quantidade adequada de fatores e, ainda, obter um direcionamento estatístico sobre a adequação das questões nos constructos. Ao executá-la, muitas estatísticas de ajuste diferentes são usadas para ajudar a determinar se o modelo proporciona ajuste adequado para os dados. Entre as medidas de qualidade, tem-se a Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação (RMSEA), sendo considerado neste estudo $RMSEA < 0,1$ como aceitável (HAIR *et al.*, 2010).

O Índice de Ajuste Comparativo – do original *Comparative Fit Index* (CFI) – é um índice de ajuste incremental, que avalia a melhoria global de um modelo proposto de mais de um modelo de independência, onde as variáveis observadas

não estão correlacionadas (BYRNE, 2006). Os valores de CFI variam de zero a um, com um valor maior indicando melhor ajuste do modelo. Um modelo aceitável é indicado por um valor CFI de 0,90 ou mais (HU; BENTLER, 1999).

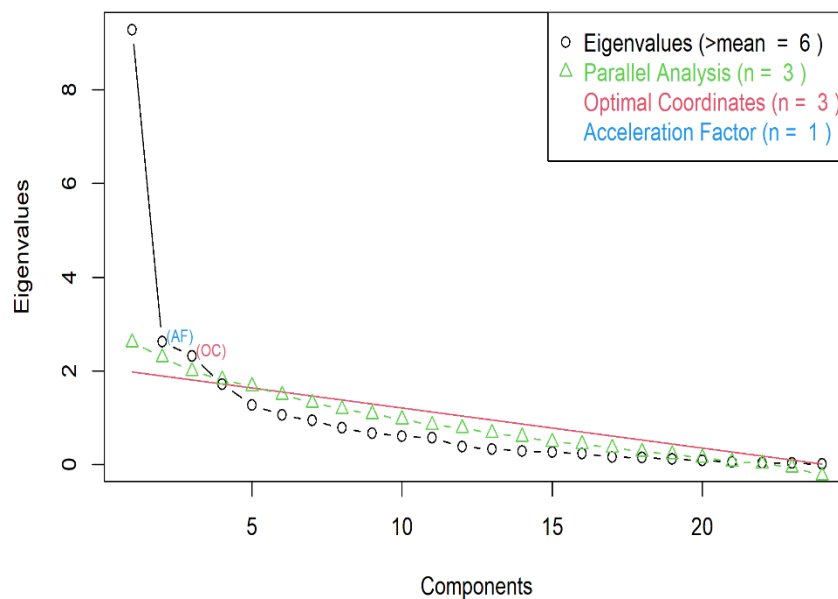
Outro índice é o Alfa de Cronbach, que é a média das correlações entre os itens que fazem parte de um instrumento (STREINER, 2003), ou seja, é um índice para medir consistência interna de uma escala para avaliar a magnitude em que os itens do instrumento estão correlacionados. Freitas e Rodrigues (2005) sugerem a classificação da confiabilidade do coeficiente Alfa de Cronbach de acordo com os seguintes limites: $\alpha \leq 0,30$ – Muito baixa; $0,30 < \alpha \leq 0,60$ – Baixa; $0,60 < \alpha \leq 0,75$ – Moderada; $0,75 < \alpha \leq 0,90$ – Alta; e $\alpha > 0,90$ – Muito alta. Todas essas fórmulas de cálculos são para mensurar a qualidade do modelo proposto.

Quanto à quantidade de fatores, são várias as formas para determinar a quantidade adequada a se extrair, a ideia principal é que a variância acumulada represente boa parte da variabilidade de todas as questões.

Dois critérios adequados são análise paralela e determinação por autovalores (KAISER, 1960). Ambos buscam responder qual a menor quantidade de fatores possível em que se aproveita a maior informação.

O Gráfico 1 mostra as quantidades sugeridas de constructos.

Gráfico 1 – Análise Paralela e autovalores (Kaiser), pela quantidade de fatores.



Fonte: Andrade (2020)².

² Gráfico elaborado pelo Estatístico Diancarlos Pereira de Andrade, em 2020, quando participou deste estudo.

Com isso, pode-se dizer que três constructos foram a quantidade adequada para uma proposta de modelo.

Na CFA, o que se deseja é verificar se os indicadores de qualidade do modelo são adequados, bem como os valores de Alfa de Cronbach. Foi concebido um modelo propondo as dimensões de cada uma das questões do instrumento de pesquisa: **D1**: questões individuais, pessoais, **D2**: questões extrínsecas, externas e **D3**: questões éticas. Observa-se que as questões 3 e 8, do instrumento de pesquisa, foram excluídas, por não estarem contribuindo com o modelo para o resultado.

A estrutura do modelo se dá da seguinte forma:

- a) $D1 \approx Q2+Q7+Q10+Q11+Q12$;
- b) $D2 \approx Q1+Q5+Q6$;
- c) $D3 \approx Q4+Q9$.

O resultado do modelo é apresentado na Tabela 1, onde os valores *p value* correspondem à verificação da hipótese da estimativa da questão ser igual à zero ('0'), sendo o $p < 0,05$ pode se rejeitar que a estimativa seja zero.

Tabela 1 – Resultado do modelo de equações estruturais proposto com três dimensões.

lhs	op	rhs	est.std	Se	z	pvalue	ci.lower	ci.upper
D1	=~	Q2	0.442	0.1339	3.302	0.0009609	0.1796	0.7044
D1	=~	Q7	0.6117	0.1075	5.691	1.26e-08	0.4011	0.8224
D1	=~	Q10	0.8275	0.0658	12.58	0	0.6985	0.9564
D1	=~	Q11	0.7723	0.07646	10.1	0	0.6224	0.9221
D1	=~	Q12	0.778	0.07533	10.33	0	0.6304	0.9256
D2	=~	Q1	0.8157	0.0792	10.3	0	0.6605	0.971
D2	=~	Q5	0.6576	0.1044	6.297	3.034e-10	0.4529	0.8623
D2	=~	Q6	0.6974	0.09745	7.157	8.242e-13	0.5064	0.8884
D3	=~	Q4	0.8214	0.08282	9.918	0	0.6591	0.9837
D3	=~	Q9	0.8043	0.08437	9.533	0	0.6389	0.9696

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

A Tabela 2 apresenta as medidas de qualidade do ajuste no modelo três, sendo que há uma infinidade de medidas: a principal medida é RMSEA, que quanto menor melhor. Alguns autores indicam o ponto de corte em 0,10, outros em 0,5. O ponto de referência para CFI é de $> 0,9$.

Tabela 2 – Medidas de qualidade do ajuste no modelo.

	RMSEA	CFI
Modelo 3	0.1074	0.9111

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

A Tabela 3 apresenta os valores de Alfa de Cronbach para a dimensão três.

Tabela 3 – Valores de Alfa de Cronbach para a dimensão três.

	D1	D2	D3
Modelo 3	0.824	0.777	0.796

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Então, de acordo com os índices de qualidade do modelo utilizado dividido em três dimensões (D1, D2 e D3), observou-se a confiabilidade do instrumento de pesquisa segundo dados estatísticos. A confiabilidade é uma avaliação do grau de consistência entre múltiplas medidas de uma variável. A confiabilidade de um teste indica a extensão em que ele pode ser reproduzido (VAN DER VLEUTEN *et al.*, 2012).

A partir das respostas a este questionário, validado por conteúdo, procurou-se identificar a presença de AM entre os médicos da UTIP, analisando duas categorias, *frequência* e *intensidade*, em relação a quatro variáveis, que são *sexo*, *faixa etária*, *tempo de serviço* e *jornada semanal de trabalho*, correlacionando os resultados com os dados de literatura.

3.2 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo constitui-se em uma pesquisa exploratória-descritiva com abordagem quantitativa com recorte transversal, para pesquisar a presença de AM em médicos de uma UTIP.

O objetivo de uma pesquisa exploratória é familiarizar-se com um assunto ainda desconhecido, pouco explorado. Ao final de uma pesquisa exploratória, conhecer-se-á mais sobre o assunto, e se estará apto a construir hipóteses. Como qualquer exploração, a pesquisa exploratória depende da intuição do pesquisador (GIL, 2002).

A opção por esta abordagem deu-se devido ao questionamento direto às pessoas, cujo comportamento se deseja conhecer, procedendo à solicitação de informações a um grupo significativo de indivíduos acerca do problema estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obter-se as conclusões correspondentes aos dados coletados, relacionando-os com a literatura. Tem, por objetivo, proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito (GIL, 2002).

3.3 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada com médicos de uma UTIP de um Hospital Público de Curitiba, município do Estado do Paraná (PR), no período de 6 a 31 de outubro de 2019. A escolha do local decorre pelo fato de ser a maior UTIP de Curitiba, com 30 leitos de pacientes clínicos e cirúrgicos. Para que os dados fossem coletados, o responsável institucional assinou o Termo de Autorização da Instituição para a realização do estudo.

3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes desta pesquisa foram médicos intensivistas pediátricos e médicos residentes em Terapia Intensiva da instituição, sendo que o aceite de resposta foi de 43 profissionais em um universo de 48 profissionais. Após a ciência dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os médicos foram convidados a realizar o preenchimento de um questionário (Versão Alfa) (Apêndice A), para a obtenção dos dados, que foram então compilados e

organizados para análise. Foram incluídos, na pesquisa, apenas médicos intensivistas pediátricos e médicos residentes de Terapia Intensiva pediátrica. Foram excluídos, da pesquisa, outros profissionais da área da saúde, ou médicos não intensivistas pediátricos.

Antes do início da execução da pesquisa, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Pequeno Príncipe (FPP), conforme a Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). Somente após a obtenção do parecer favorável, foram coletados os dados da pesquisa. O projeto sujeitou-se ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), sob o número 17484619.5.0000.5580, tendo sido aprovado pelo CEP das FPP, na data de 4 de outubro de 2019 (Anexo A).

3.5 COLETA DAS INFORMAÇÕES

As informações foram coletadas por meio do instrumento de pesquisa (Versão Alfa) (Anexo A), realizada via eletrônica na Plataforma Google Forms®, em forma de escala Likert com questões de múltipla escolha. Foi enviada a solicitação no *e-mail* dos participantes, que só responderam as questões após lerem o TCLE e o aprovarem. Foi realizada no período de 6 a 31 de outubro de 2019.

3.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Após compilados, os dados foram tratados por análise estatística descritiva para frequência de resposta e correlações com cálculo de proporções em porcentagem, que estão apresentados em gráficos e tabelas elaboradas no programa Excel®, do Microsoft Office® 2007. De posse das respostas, realizou-se uma análise quantitativa, no contexto daqueles que estão vivenciando o fenômeno de AM, no intuito de gerar medidas precisas e confiáveis que permitam uma análise estatística. As respostas dos participantes foram divididas em duas categorias –

frequência e intensidade – e quatro variáveis: *sexo, faixa etária, tempo de serviço e jornada semanal de trabalho*.

A estatística descritiva tem, como objetivo básico, sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo dessa forma que se tenha uma visão global da variação desses valores, organizando e descrevendo os dados de três maneiras: por meio de tabelas, de gráficos e de medidas descritivas (REIS, 1998).

Foi utilizado o programa estatístico R Versão 3.6.1 em todas as análises, por ser um *software* livre e de código aberto. A análise descritiva verificou quantidades e percentuais para as variáveis categóricas e medidas descritivas – como mínimo, máximo, quartis, média e Desvio-Padrão (DP) – para variáveis contínuas (THE R..., 201-).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo teve como fundamento os preceitos éticos conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do CNS. Foi respeitada a dignidade humana, protegendo a identidade dos participantes colaboradores da pesquisa. O direito ao sigilo foi garantido, levando em consideração que os participantes foram informados dos objetivos e da metodologia da pesquisa, bem como receberam um TCLE (Apêndice C), para a participação do estudo.

A pesquisa teve início após a autorização do CEP, da FPP, sob o número 3.621.725, apresentado no parecer consubstanciado.

Foi garantido o sigilo aos sujeitos, e os participantes receberam esclarecimento prévio do que se trata a pesquisa, além dos riscos e benefícios que esta possui. Foi fornecido o contato do pesquisador, para que os participantes pudessem esclarecer dúvidas ou cancelar a sua participação. O participante pode optar por não realizar a pesquisa ou retirar o seu consentimento a qualquer momento.

O TCLE foi enviado previamente aos sujeitos, por via eletrônica. Não houve qualquer identificação dos participantes nos resultados analisados posteriormente. Foi assegurada a assistência, integral, gratuita durante toda a pesquisa, bem como garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre

o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queria saber antes, durante e depois da sua participação.

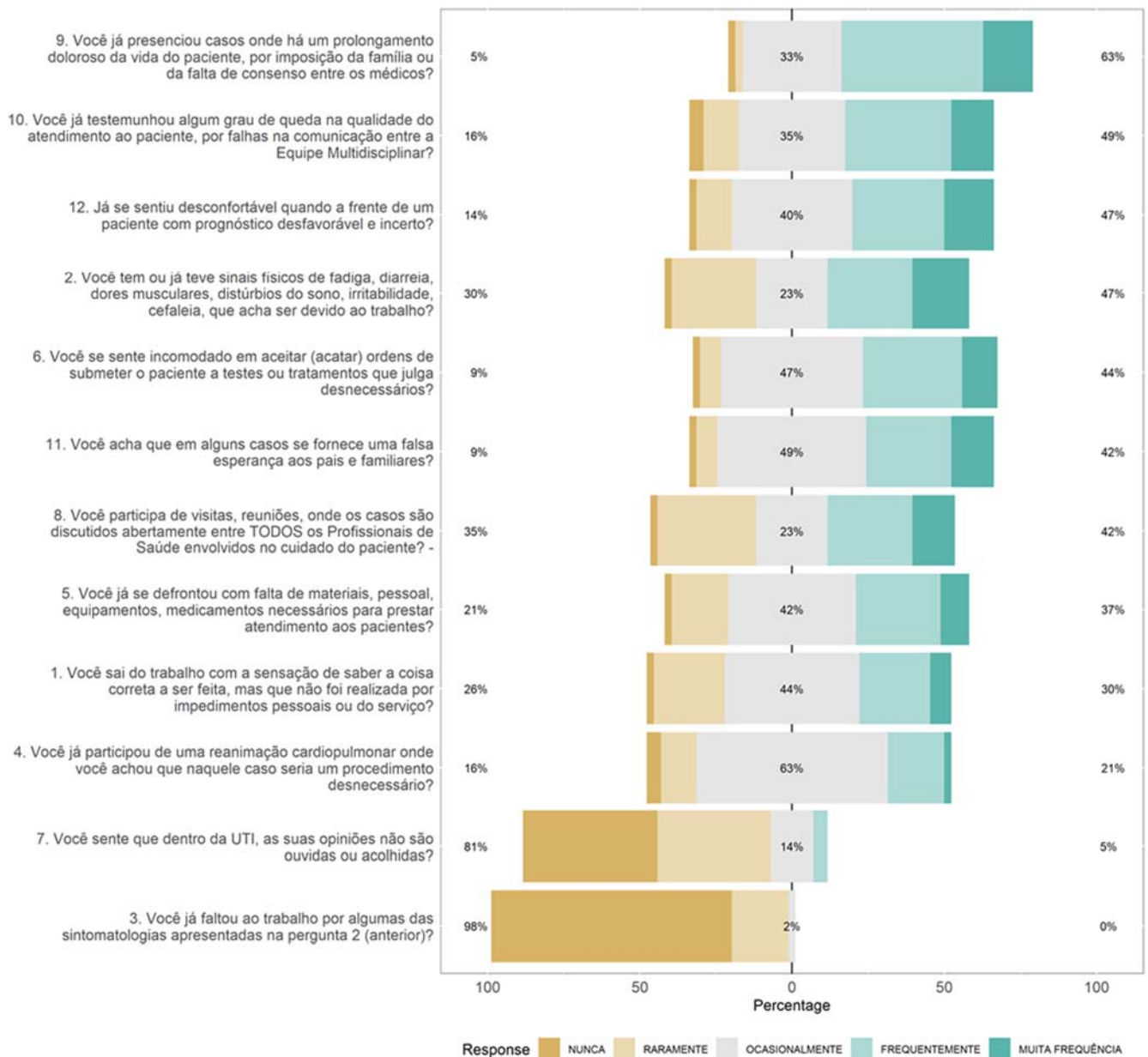
Os benefícios da pesquisa são a possibilidade de conhecimento pelos participantes do tema sobre AM em Terapia Intensiva Pediátrica, que pode contribuir para o desenvolvimento de propostas de melhoria do ambiente profissional.

Após o levantamento e análise dos dados com a finalidade de divulgação nos meios acadêmicos e científicos, os mesmos ficarão em posse dos pesquisadores responsáveis pelo prazo de cinco anos.

4 RESULTADOS

O Gráfico 2 mostra as respostas dos profissionais, em termos de *frequência*, considerando de maneira geral (todos).

Gráfico 2 – Respostas dos profissionais (*frequência*), geral (todos).

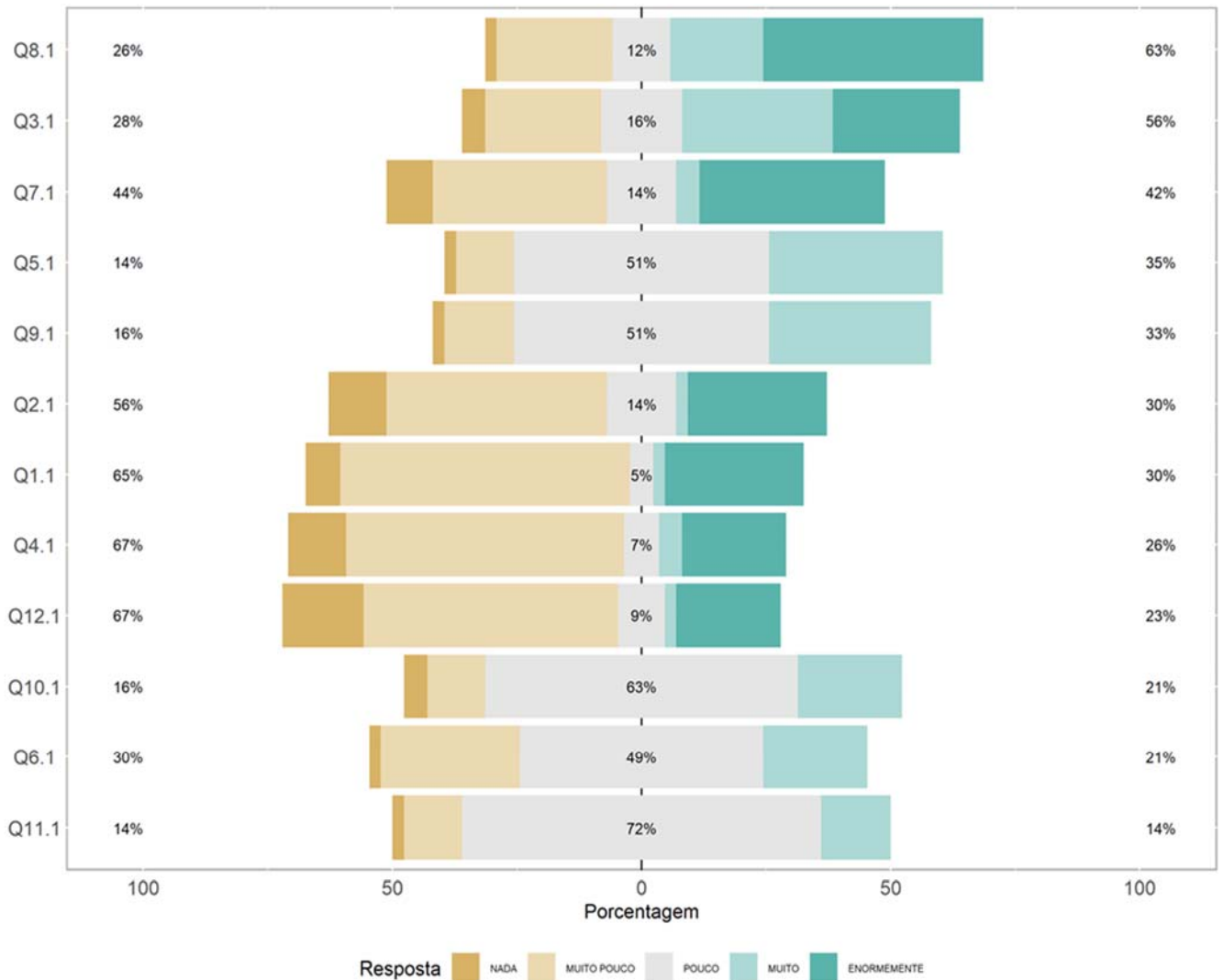


Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Em relação à aplicação da Escala para avaliar AM, as situações vistas com mais *frequência* entre os profissionais foram:

- a) **Questão 9:** Você já presenciou casos em que há um prolongamento doloroso da vida do paciente, por imposição da família ou da falta de consenso entre os médicos? **(63%);**
- b) **Questão 10:** Você já testemunhou algum grau de queda na qualidade do atendimento ao paciente por falhas na comunicação entre a equipe multidisciplinar? **(49%);**
- c) **Questão 12:** Já se sentiu desconfortável quando à frente de um paciente com prognóstico desfavorável e incerto? **(47%);**
- d) **Questão 2:** Você tem ou já teve sinais físicos de fadiga, diarreia, dores musculares, distúrbios do sono, irritabilidade, cefaleia, que acha ser devido ao trabalho? **(47%);**
- e) **Questão 6:** Você se sente incomodado a aceitar (acatar) ordens para submeter o paciente a testes ou tratamentos que julga desnecessários? **(44%).**

O Gráfico 3 mostra as respostas dos profissionais, em termos de *intensidade*, considerando de maneira geral (todos).

Gráfico 3 – Respostas dos profissionais (*intensidade*), geral (todos).

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Em relação à aplicação da Escala para avaliar AM, as situações vistas com mais *intensidade* em todos os profissionais foram:

- Questão 8:** Você participa de visitas, reuniões, onde os casos dos pacientes são discutidos abertamente entre todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente (Visita Multidisciplinar)? (**63%**);
- Questão 3:** Você já faltou ao trabalho por algumas das sintomatologias apresentadas na pergunta 2? (**56%**);
- Questão 7:** Você acha que, dentro da UTI, sente que suas opiniões não são ouvidas e acolhidas? (**42%**);

- d) **Questão 5:** Você já se defrontou com falta de materiais, pessoal, equipamentos, medicamentos necessários para prestar atendimento aos pacientes? **(35%);**
- e) **Questão 9:** Você já presenciou casos em que há um prolongamento doloroso da vida do paciente, por imposição da família ou falta de consenso entre os médicos envolvidos? **(33%).**

Verificando os Gráficos 2 e 3, observa-se as semelhanças com o que se levantou na literatura a respeito de AM em UTIP. As situações de fim de vida, desalinhamento entre opiniões de profissionais, ausência de visitas multidisciplinares, submissão do paciente a tratamentos desnecessários, problemas de comunicação, desentendimento sobre o quadro do paciente, não se sentir ouvido e acolhido em suas opiniões foram fatores para a manifestação de AM nos profissionais médicos da pesquisa. É importante notar como as Questões 3 e 7 impactaram os participantes em termos de *intensidade*, embora com pouca *frequência*, e as Questões 12 e 10 demonstraram mais *frequência*, porém, impactaram com pouca *intensidade*.

4.1 ANÁLISE DESCRITIVA

A análise descritiva é composta principalmente por quantidades e percentuais para as variáveis categóricas, bem como outras medidas descritivas para as variáveis numéricas. A Tabela 4 mostra os dados demográficos gerais, do estudo.

Tabela 4 – Dados demográficos gerais.

Sexo	Quantidade (%)
Feminino	34 (79,1)
Masculino	9 (20,9)
Ocupação	
Médico(a) intensivista	37 (86)
Médico(a) residente de Terapia Intensiva Pediátrica	6 (14)
Faixa etária	
26 a 35 anos	23 (53,5)
36 a 45 anos	11 (25,6)
46 a 55 anos	6 (14)
Acima de 55 anos	3 (7)
Tempo de serviço na UTIP	
Menos de 1 ano	3 (7)
De 1 a 3 anos	9 (20,9)
De 4 a 6 anos	7 (16,3)
Mais de 6 anos	24 (55,8)
Jornada de trabalho semanal	
Menos de 20 horas	8 (18,6)
20 a 30 horas	6 (14)
30 a 40 horas	10 (23,3)
Mais de 40 horas	19 (44,2)

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Como visto, a maioria dos participantes foi do sexo feminino (79,1%), sendo 86% médicos do *staff* da UTIP e 6% de médicos residentes, a maioria com menos de 35 anos (53,5%), tempo de serviço na UTIP maior que 6 anos (55,8%) e jornada de trabalho semanal de mais de 40 horas (44,2%). Um dado interessante foi que 51,2% dos profissionais conheciam ou já tinham ouvido falar sobre AM, e 48,8% desconheciam o termo, demonstrando a falta de conhecimento da AM neste meio médico.

O maior número de participantes do sexo feminino encontra respaldo em dados que constam na pesquisa Demografia Médica de 2018, feita pela Universidade de São Paulo (USP), por Scheffer *et al.* (2018), que chama a atenção para a participação cada vez mais significativa da mulher dentro do contingente de profissionais médicos. Os homens ainda são maioria entre os médicos, com 54,4% do total de profissionais, ficando as mulheres com uma representação de 45,6%, porém, essa distância vem caindo a cada ano, sendo que o sexo feminino já predomina entre os médicos mais jovens, sendo 57,4% no grupo de até 29 anos, e 53,7% na faixa etária entre 30 e 34 anos.

4.2 ANÁLISE COMPARATIVA E COMENTÁRIOS

Comparou-se as principais características do estudo, divididas por categorias e variáveis, e fez-se os comentários a respeito de cada seção. Apresenta-se, aqui, a forma de comparação entre as médias de cada questão do instrumento de pesquisa. Todas as comparações utilizaram de duas categorias de avaliação, *frequência* e *intensidade*, relacionadas com as variáveis *sexo*, *faixa etária* – acima ou abaixo de 36 anos –, *tempo de serviço* na UTIP – acima ou abaixo de três anos – e *jornada de trabalho semanal*, esta última com mais ou menos de 30 horas semanais.

4.2.1 Categoria *frequência*, variável *sexo*

Para a variável *sexo*, há diferença significativa na Questão 8: “8) Você participa de visitas, reuniões, onde os casos são discutidos abertamente entre todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente (Visita Multidisciplinar)?”.

A Tabela 5 mostra os resultados obtidos, a partir da Questão 8.

Tabela 5 – Comparativo das questões, entre os entrevistados, com a variável sexo.

	Média^a (DP)^b - Feminino	Média (DP) - Masculino	Correlação^c	Wilcoxon - Valor p^d
Q1 \	3.06 (0.89)	3.22 (1.09)	0.18	0.367
Q2 \	3.41 (1.13)	3 (1.22)	-0.13	0.397
Q3 \	1.26 (0.51)	1.11 (0.33)	-0.21	0.422
Q4 \	3 (0.74)	3.11 (0.93)	-0.02	0.416
Q5 \	3.29 (0.91)	3 (1.12)	-0.02	0.648
Q6 \	3.5 (0.86)	3.22 (0.97)	0.2	0.688
Q7 \	1.82 (0.9)	1.67 (0.71)	-0.3	0.772
Q8 \	3.38 (1.16)	2.44 (0.53)	-0.32	0.024
Q9 \	3.74 (0.79)	3.67 (1.12)	-0.15	0.723
Q10 \	3.41 (1.05)	3.44 (1.01)	-0.13	0.684
Q11 \	3.47 (0.9)	3.33 (1)	-0.5	0.872
Q12 \	3.41 (1.02)	3.67 (0.87)	0.22	0.424
Geral \	3.06 (0.48)	2.91 (0.65)	0.6	0.685

Legenda:

a - Média;

b - Desvio-Padrão;

c - Correlação de Spearman;

d - Valor $p < 0,05$ indica diferença significativa, para Teste de Wilcoxon.

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

4.2.2 Categoria *intensidade*, variável sexo

Para a variável *sexo*, na *intensidade* que afeta o profissional, há diferença significativa na Questão 5: “5) Você já se defrontou com falta de materiais, pessoal, equipamentos, medicamentos necessários para prestar atendimento aos pacientes?”.

A Tabela 6 mostra os resultados obtidos por meio da Questão 5.

Tabela 6 – Compaativo das questões, entre os entrevistados, com a variável sexo.

	Média^a (DP)^b - Feminino	Média (DP) - Masculino	Correlação^c	Wilcoxon - Valor p^d
Q1.1 \	2.85 (1.46)	2.89 (1.36)	0.52	0.906
Q2.1 \	2.91 (1.46)	2.89 (1.45)	0.15	0.975
Q3.1 \	3.38 (1.23)	3.89 (1.27)	-0.13	0.261
Q4.1 \	2.62 (1.37)	2.89 (1.36)	0.16	0.552
Q5.1 \	3.35 (0.6)	2.56 (0.88)	-0.38	0.01
Q6.1 \	2.97 (0.72)	2.56 (0.88)	-0.1	0.207
Q7.1 \	3.09 (1.48)	3.89 (1.45)	0.19	0.192
Q8.1 \	3.68 (1.34)	4.22 (1.09)	0.24	0.297
Q9.1 \	3.21 (0.64)	2.89 (1.05)	0.65	0.461
Q10.1 \	3 (0.7)	3 (0.87)	-0.33	0.808
Q11.1 \	3.06 (0.55)	2.67 (0.71)	-0.52	0.145
Q12.1 \	2.65 (1.47)	2.44 (1.01)	-0.09	0.961
Geral \	3.06 (0.48)	2.91 (0.65)	0.22	0.685

Legenda:

a - Média;

b - Desvio-Padrão;

c - Correlação de Spearman;

d - Valor p < 0,05 indica diferença significativa, para Teste de Wilcoxon.

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

4.2.3 Categoria *frequência*, variável *faixa etária*

Para a variável *faixa etária*, há diferença significativa na Questão 8: “(8) Você participa de visitas, reuniões, onde os casos são discutidos abertamente entre todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente (Visita Multidisciplinar)?”.

A Tabela 7 mostra os resultados obtidos por meio da Questão 8.

Tabela 7 – Comparativo das questões, entre os entrevistados, com a variável *faixa etária*.

	Média^a (DP)^b - acima de 36 anos	Média (DP) - menos de 36 anos	Correlação^c	Wilcoxon - Valor p^d
Q1 \	2.78 (0.97)	3.18 (0.9)	-0.27	0.367
Q2 \	3.33 (1.22)	3.32 (1.15)	0.83	0.89
Q3 \	1.22 (0.44)	1.24 (0.5)	-0.13	0.966
Q4 \	2.67 (1)	3.12 (0.69)	-0.02	0.299
Q5 \	2.78 (0.97)	3.35 (0.92)	-0.13	0.161
Q6 \	3.22 (1.09)	3.5 (0.83)	0.07	0.822
Q7 \	2.11 (1.05)	1.71 (0.8)	-0.35	0.281
Q8 \	3.89 (0.93)	3 (1.1)	0.21	0.035
Q9 \	3.33 (1.32)	3.82 (0.67)	-0.1	0.288
Q10 \	2.89 (1.36)	3.56 (0.89)	0.54	0.169
Q11 \	3.44 (1.33)	3.44 (0.79)	-0.05	0.723
Q12 \	3.33 (1.32)	3.5 (0.9)	0.13	0.814
Geral \	2.92 (0.73)	3.06 (0.45)	0.18	1

Legenda:

a - Média;

b - Desvio-Padrão;

c - Correlação de Spearman;

d - Valor $p < 0,05$ indica diferença significativa, para Teste de Wilcoxon.

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

4.2.4 Categoria *intensidade*, variável *faixa etária*

Para a variável *faixa etária*, na categoria *intensidade* que afeta os profissionais, não houve diferença significativa nas questões. A Tabela 8 mostra tais resultados.

Tabela 8 – Comparativo das questões, entre os entrevistados, com a variável *faixa etária*.

	Média^a (DP)^b - acima de 36 anos	Média (DP) - menos de 36 anos	Correlação^c	Wilcoxon - Valor p^d
Q1.1 \	3.33 (1.41)	2.74 (1.42)	0.01	0.194
Q2.1 \	3.11 (1.62)	2.85 (1.42)	-0.04	0.8
Q3.1 \	4 (1.22)	3.35 (1.23)	0.5	0.152
Q4.1 \	3 (1.5)	2.59 (1.33)	0.07	0.519
Q5.1 \	3.11 (0.93)	3.21 (0.69)	0.2	0.974
Q6.1 \	2.78 (1.09)	2.91 (0.67)	0.01	0.771
Q7.1 \	3.44 (1.67)	3.21 (1.47)	0.12	0.789
Q8.1 \	4 (1)	3.74 (1.38)	-0.21	0.85
Q9.1 \	3.22 (1.09)	3.12 (0.64)	-0.04	0.385
Q10.1 \	2.78 (1.09)	3.06 (0.6)	-0.13	0.69
Q11.1 \	3 (0.87)	2.97 (0.52)	0.38	0.557
Q12.1 \	2.89 (1.45)	2.53 (1.38)	0.44	0.457
Geral \	2.92 (0.73)	3.06 (0.45)	0.22	1

Legenda:

a - Média;

b - Desvio-Padrão;

c - Correlação de Spearman;

d - Valor $p < 0,05$ indica diferença significativa, para Teste de Wilcoxon.

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

4.2.5 Categoria *frequência*, variável *tempo de serviço*

Para a variável *tempo de serviço* na UTIP, há diferença significativa nas Questões 2 e 12: “2) Você tem ou já teve sinais físicos de fadiga, diarreia, dores musculares, distúrbios do sono, irritabilidade, cefaleia, que acha ser devido ao trabalho?”, “12) Já se sentiu desconfortável quando à frente de um paciente com prognóstico desfavorável e incerto?”.

A Tabela 9 mostra os resultados das Questões 2 e 12.

Tabela 9 – Comparativo das questões, entre os entrevistados, com a variável *tempo de serviço*.

	Média^a (DP)^b - acima de 3 anos	Média (DP) - menos de 3 anos	Correlação^c	Wilcoxon - Valor p^d
Q1 \	3 (0.82)	3.33 (1.15)	-0.09	0.397
Q2 \	3.03 (1.08)	4.08 (1)	0.64	0.008
Q3 \	1.16 (0.37)	1.42 (0.67)	0.28	0.193
Q4 \	2.97 (0.75)	3.17 (0.83)	-0.1	0.233
Q5 \	3.23 (0.92)	3.25 (1.06)	0.58	0.898
Q6 \	3.35 (0.88)	3.67 (0.89)	-0.02	0.294
Q7 \	1.68 (0.75)	2.08 (1.08)	0.21	0.287
Q8 \	3.35 (1.17)	2.75 (0.87)	-0.48	0.112
Q9 \	3.65 (0.88)	3.92 (0.79)	-0.35	0.255
Q10 \	3.29 (1.07)	3.75 (0.87)	-0.05	0.294
Q11 \	3.35 (0.91)	3.67 (0.89)	0.18	0.465
Q12 \	3.19 (0.91)	4.17 (0.83)	-0.18	0.004
Geral \	2.94 (0.49)	3.27 (0.53)	0.26	0.127

Legenda:

a - Média;

b - Desvio-Padrão;

c - Correlação de Spearman;

d - Valor p < 0,05 indica diferença significativa, para Teste de Wilcoxon.

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

4.2.6 Categoria *intensidade*, variável *tempo de serviço*

Para a variável *tempo de serviço*, a categoria *intensidade* afeta os profissionais com diferença significativa nas Questões 2, 7 e 12 : “2) Você tem ou já teve sinais físicos de fadiga, diarreia, dores musculares, distúrbios do sono, irritabilidade, cefaleia, que acha ser devido ao trabalho?”, “7) Você sente que dentro da UTI, as suas opiniões não são ouvidas ou acolhidas?”, e “12) Já se sentiu desconfortável quando à frente de um paciente com prognóstico desfavorável e incerto?”.

A Tabela 10 mostra os resultados das Questões 2, 7 e 12.

Tabela 10 – Comparativo das questões, entre os entrevistados, com a variável *tempo de serviço*.

	Média^a (DP)^b - acima de 3 anos	Média (DP) - menos de 3 anos	Correlação^c	Wilcoxon - Valor p^d
Q1.1 \	3.03 (1.47)	2.42 (1.24)	-0.35	0.193
Q2.1 \	3.35 (1.45)	1.75 (0.45)	0.3	< 0.001
Q3.1 \	3.58 (1.2)	3.25 (1.36)	-0.35	0.476
Q4.1 \	2.84 (1.42)	2.25 (1.14)	0.01	0.177
Q5.1 \	3.13 (0.72)	3.33 (0.78)	-0.15	0.378
Q6.1 \	2.81 (0.83)	3.08 (0.51)	-0.25	0.278
Q7.1 \	3.61 (1.41)	2.33 (1.37)	-0.22	0.01
Q8.1 \	3.77 (1.23)	3.83 (1.53)	0.15	0.657
Q9.1 \	3.03 (0.8)	3.42 (0.51)	0.31	0.158
Q10.1 \	2.9 (0.79)	3.25 (0.45)	0.25	0.192
Q11.1 \	2.94 (0.63)	3.08 (0.51)	-0.28	0.525
Q12.1 \	3.03 (1.38)	1.5 (0.52)	0.31	< 0.001
Geral \	2.94 (0.49)	3.27 (0.53)	-0.2	0.127

Legenda:

a - Média;

b - Desvio-Padrão;

c - Correlação de Spearman;

d - Valor p < 0,05 indica diferença significativa, para Teste de Wilcoxon.

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

4.2.7 Categoria *frequência*, variável *jornada de trabalho semanal*

Para a variável *jornada de trabalho semanal*, há diferença significativa na Questão 10: “10) Você já testemunhou algum grau de queda na qualidade do atendimento ao paciente, por falhas na comunicação entre a equipe multidisciplinar?”.

A Tabela 11 mostra os resultados obtidos na Questão 10.

Tabela 11 – Comparativo das questões, entre os entrevistados, com a variável *jornada de trabalho semanal*.

	Média^a (DP)^b - mais de 30 horas	Média (DP) - menos de 30 horas	Correlação^c	Wilcoxon - Valor p^d
Q1 \	3.14 (1.03)	3 (0.68)	-0.31	0.711
Q2 \	3.45 (1.21)	3.07 (1)	0.04	0.303
Q3 \	1.28 (0.53)	1.14 (0.36)	-0.49	0.452
Q4 \	3.1 (0.9)	2.86 (0.36)	0.09	0.172
Q5 \	3.31 (1)	3.07 (0.83)	0.08	0.345
Q6 \	3.38 (0.9)	3.57 (0.85)	-0.12	0.558
Q7 \	1.83 (0.97)	1.71 (0.61)	0.83	1
Q8 \	3.28 (1.16)	3 (1.04)	-0.14	0.536
Q9 \	3.76 (0.87)	3.64 (0.84)	0.16	0.371
Q10 \	3.66 (1.01)	2.93 (0.92)	0.09	0.012
Q11 \	3.59 (1.02)	3.14 (0.53)	-0.3	0.093
Q12 \	3.62 (1.05)	3.14 (0.77)	0.04	0.131
Geral \	3.11 (0.57)	2.86 (0.32)	-0.44	0.081

Legenda:

a - Média;

b - Desvio-Padrão;

c - Correlação de Spearman;

d - Valor $p < 0,05$ indica diferença significativa, para Teste de Wilcoxon.

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

4.2.8 Categoria *intensidade*, variável *jornada de trabalho semanal*

Para a variável *jornada de trabalho semanal*, na categoria *intensidade* que afeta os profissionais, há diferença significativa na Questão 1: “1) Você sai do trabalho com a sensação de saber a coisa correta a ser feita, mas que não foi realizada por impedimentos pessoais ou do serviço?”.

A Tabela 12 mostra os resultados da Questão 1.

Tabela 12 – Comparativo das questões, entre os entrevistados, com a variável *jornada de trabalho semanal*.

	Média ^a (DP) ^b - mais de 30 horas	Média (DP) - menos de 30 horas	Correlação ^c	Wilcoxon - Valor p ^d
Q1.1 \	3.21 (1.52)	2.14 (0.86)	0.15	0.026
Q2.1 \	3 (1.51)	2.71 (1.33)	0.27	0.64
Q3.1 \	3.72 (1.16)	3 (1.3)	0.68	0.082
Q4.1 \	2.83 (1.28)	2.36 (1.5)	-0.02	0.108
Q5.1 \	3.03 (0.78)	3.5 (0.52)	-0.38	0.059
Q6.1 \	2.72 (0.75)	3.21 (0.7)	0.54	0.051
Q7.1 \	3.24 (1.48)	3.29 (1.59)	0.2	0.967
Q8.1 \	3.97 (1.24)	3.43 (1.4)	0.33	0.233
Q9.1 \	3.03 (0.78)	3.36 (0.63)	-0.58	0.205
Q10.1 \	2.93 (0.75)	3.14 (0.66)	0.21	0.443
Q11.1 \	2.9 (0.67)	3.14 (0.36)	-0.56	0.23
Q12.1 \	2.66 (1.47)	2.5 (1.22)	0.41	0.966
Geral \	3.11 (0.57)	2.86 (0.32)	-0.07	0.081

Legenda:

a - Média;

b - Desvio-Padrão;

c - Correlação de Spearman;

d - Valor p < 0,05 indica diferença significativa, para Teste de Wilcoxon.

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Em relação à variável *sexo*, houve no sexo feminino uma correlação estatisticamente mais significativa, em termos de *frequência*, na falta de reuniões multidisciplinares com participação de todos os envolvidos e, em termos de *intensidade*, foi a falta de materiais e equipamentos.

O estudo de Larson *et al.* (2017), sobre AM com médicos residentes de UTIP, mostrou que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino (85%), com menos de 40 anos (70%), que trabalhavam em tempo integral (86%) e tinham mais de cinco anos de experiência em cuidados intensivos (63%).

Ulrich e Grady, (2018), também em pesquisa em UTI com profissionais de saúde, verificaram que a maioria das respostas foi de mulheres (88,6%), a média de idade foi 41,6 anos, e anos de experiência no trabalho de 15,9 anos – concordando com a presente pesquisa em termos de número maior de mulheres.

De acordo com Førde e Aasland (2008), também a **falta de recursos** cria dilemas morais para os médicos, enquanto a AM varia de acordo com a especialidade e o sexo. A falta de estratégias para resolver dilemas éticos, a baixa tolerância aos conflitos e as críticas dos colegas pode obstruir diálogos éticos importantes, bem como necessários, levando a soluções não satisfatórias de difíceis problemas éticos.

Diferentemente da presente pesquisa, Almutairi *et al.* (2019), em um estudo transversal entre médicos, enfermeiros e profissionais de saúde em um hospital na Arábia Saudita, utilizando um questionário sobre AM, não encontraram diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres em termos de presença de AM, podendo demonstrar uma influência cultural quanto a esta percepção.

Corroborando com o presente estudo, um outro que foi realizado na Noruega, concluiu que **médicos do sexo feminino tendem a sofrer mais *distress***, se em comparação aos do sexo masculino. Médicos do sexo feminino e médicos mais jovens tendem a experimentar problemas éticos com mais frequência, ainda assim, uma grande proporção de médicos noruegueses relataram AM, particularmente a dilemas relacionados à **falta de recursos** (FØRDE; AASLAND, 2008).

Um estudo realizado com profissionais de saúde em formação demonstrou que, dentro de um local de trabalho, em que frequentemente estes encontram dilemas que resultam em angústia, as diferenças de sexo podem ser vistas agindo de acordo com as expectativas de suas diferenças: os homens, por exemplo, minimizam a angústia porque devem parecer “duros” (MONROUXE *et al.*, 2015).

Quanto à variável *faixa etária*, houve diferença significativa na questão em relação aos profissionais com idade acima de 36 anos, especificamente sobre a participação de visitas multidisciplinares quanto à *frequência*, enquanto não houve diferenças na *intensidade* quanto à *faixa etária*, reforçando como na variável *sexo* há necessidade dos médicos de participarem de reuniões, encontros e discussões, em que outros profissionais de saúde expõem suas posições a respeito do paciente. Um ponto positivo e interessante foi a posição de profissionais acima de 36 anos, isto é, aqueles que, com aproximadamente 10 anos de formados, se mostraram preocupados com a necessidade de participar de encontros multidisciplinares.

Em um estudo de impacto psicológico em cuidados intensivos pediátricos em todo o Reino Unido, contou-se com a participação de 1.656 profissionais de saúde, que trabalhavam em 29 UTIPs e dez serviços de transporte da UTIP. Foi utilizada a MDS-R para estimar a AM, com o objetivo de avaliar sua prevalência, a de Burnout e, ainda, do estresse pós-traumático em tais funcionários. O tamanho da UTIP, em relação ao número de leitos, foi associado com o MDS-R elevado, enquanto **o aumento da idade foi relacionado a um menor risco de AM e Burnout**. No que se refere ao **número de anos em serviço na UTIP, este foi**

associado ao crescimento da AM. Concluiu-se, assim, que há diminuição de sinais de AM com a idade (JONES *et al.*, 2020).

Isso pode ser corroborado por Chehab (2017), que relatou níveis mais baixos de AM entre os médicos com mais experiência, embora o número modesto de médicos envolvidos em seu estudo seja uma limitação importante.

Um estudo transversal realizado, por sua vez, demonstrou que a idade foi considerada um fator considerável: **a AM foi significativamente maior naqueles com menos de 37 anos, em comparação com aqueles com 37 anos ou mais** ($p=0,015$). Trata-se de um resultado contrário ao que foi obtido no presente estudo, que não demonstrou significância em relação aos mais jovens (ALMUTAIRI *et al.*, 2019).

Entretanto, o estudo de Hamric e Blackhall (2007), que examinou somente médicos assistentes experientes, **não demonstrou uma correlação entre níveis de AM em médicos e os anos de experiência**, o que sugere a necessidade de mais testes com uma amostra médica maior.

Larson *et al.* (2017) sugerem haver **níveis mais baixos de AM entre os médicos com mais experiência**. Considerando o número modesto de respostas do médico na amostra do seu estudo, este foi um achado gerador de hipóteses que deve ser interpretado com cautela. O achado pode ser explicado por uma preponderância de residentes que detêm menos poder de decisão do que os médicos mais antigos, neste estudo.

Dodek *et al.* (2016), em uma pesquisa em UTI de pacientes adultos, com médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde, revelaram por análises multivariadas que a idade está inversamente associada com AM, mas apenas em médicos e outros profissionais de saúde, enquanto mais anos de experiência estão diretamente associados à AM apenas em enfermeiros.

Quanto à variável *tempo de serviço*, em relação à *frequência*, foi significativo em profissionais com mais de três anos de serviço, demonstrando sinais físicos incômodos e se mostrando mais desconfortáveis frente a um paciente com prognóstico ruim. Quanto à *intensidade*, o que mais impactou no grupo acima de três anos de serviço foram sinais físicos incômodos, sentir que as suas opiniões não são ouvidas e sentimento de desconforto frente a um paciente grave. Talvez isso demonstre que os profissionais com mais tempo de serviço, por mais que estejam

habitados aos revezes diários, ainda têm dificuldades em lidar com a AM, ou a percebiam em maior grau que os com menos tempo de trabalho.

Segundo Dryden-Palmer *et al.* (2020), as pontuações revisadas pela MDS-R aumentaram de 53 (35-79) – para aqueles que trabalham na UTIP com menos de 1 ano – para 83 (54-120) naqueles que trabalham na UTIP há mais de 30 anos ($p < 0,0001$). Um total de 22,5% relatou altos graus de despersonalização, que foi associado ao sofrimento moral ($p < 0,0001$). Concluiu-se, com o estudo, que o sofrimento moral foi comum em clínicos que trabalham em UTIP, mostrando que independente do tempo de serviço, aparecem sinais de AM.

Por outro lado, a pesquisa de Whitehead *et al.* (2015), entre profissionais de saúde em UTI adulto, não encontrou relações significativas entre as pontuações médias da MDS-R e anos na profissão, ou anos no local de trabalho atual.

Austin, Saylor e Finley (2017), em um artigo, relataram que tanto médicos quanto enfermeiros demonstraram maiores pontuações de AM no início da carreira (6 a 10 anos). Para o grupo combinado de médicos e enfermeiros, o número de anos de trabalho na área da saúde não se correlacionou com maiores escores de AM. Na verdade, as enfermeiras mostraram uma relação inversa com a AM. aumentando constantemente ao longo de sua carreira, enquanto o médico começou a crescer entre o meio e último momento de sua carreira.

Um estudo em uma UTIN, na Holanda, foi realizado entre médicos e enfermeiros, tendo por intuito avaliar o impacto imediato do atendimento inadequado ao paciente, percebido este pela intensidade com que os profissionais apresentavam sinais de AM. A média de idade dos participantes foi de 38 anos, com tempo de UTI de nove anos. A média de 40 horas por semana se mostrou relevante. As questões com pontuação mais alta foram: o atendimento sofrível ao paciente com a falta de continuidade do cuidado profissional após a alta, problemas com atendimento ao paciente devido à má comunicação da equipe, trabalho com níveis inseguros de pessoal em termos de número, atendimento à criança dependente do respirador quando ninguém quer retirar o suporte e, ainda, os médicos em treinamento realizarem procedimentos dolorosos apenas para aumentar suas habilidades (BOER *et al.*, 2016).

Quanto à variável *jornada de trabalho* de mais de 30 horas ou menos de 30 horas semanais, os médicos que trabalham mais de 30 horas semanais são mais afetados em termos de *frequência* por quedas na qualidade do atendimento ao

paciente por falhas de comunicação e, quanto à *intensidade*, houve diferença significativa nas situações em que o médico sabia a atitude correta a tomar, mas foi impedido por questões pessoais ou do serviço. Nota-se uma correlação entre um número de horas de trabalho mais intenso e a presença de AM.

Conforme Dryden-Palmer *et al.* (2020), a exposição acumulada a situações moralmente angustiantes, por **jornadas de trabalho estafantes**, pode afetar a resiliência ou a capacidade de um indivíduo de reformular as tensões que experimentam.

No cotidiano da prática em Terapia Intensiva, a AM está comumente relacionada ao prolongamento do sofrimento do paciente e ao sentimento de impotência, bem como a **dificuldades na comunicação** entre os membros da equipe (SANTOS; GARROS; CARNEVALE, 2018).

Em um estudo qualitativo publicado com diversos membros da equipe de UTIP, tanto na comunidade quanto em UTIP terciárias, as causas dominantes de AM foram preocupações com o cuidado prestado por outros profissionais de saúde, a quantidade de cuidados prestados, **a má comunicação**, planos de cuidados inconsistentes e questões em torno da tomada de decisões de fim de vida (HENRICH *et al.*, 2017).

Para prevenir a AM, uma cultura de diálogo franco e **boa comunicação em equipe é fundamental**. Na UTIP, encontrar tempo e espaço para que ocorram é um desafio contínuo (GARROS, 2016).

Nesse sentido, estudos apresentam alguns fatores relacionados ao sofrimento psíquico no trabalho em UTIP: o rígido controle do tempo – onde há trabalho corrido sem muitas pausas –, a forma como o setor é organizado, a falta de materiais, de equipamentos adequados e de pessoal, o excesso de ruídos na unidade, os conflitos no relacionamento entre os membros da equipe, o estado crítico de saúde do paciente, o sofrimento moral – principalmente quando envolve pacientes em estado terminal –, **a dupla jornada feminina de trabalho – em casa e no trabalho –, o trabalho nos finais de semana e feriados**, a utilização inadequada dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e questões relacionadas com as famílias dos pacientes (MONTEIRO *et al.*, 2013).

5 DISCUSSÃO

Frente aos dados analisados, nota-se que em muitos aspectos as respostas da pesquisa foram condizentes com os dados de literatura, reiterando a relevância e universalidade deste tema.

A maioria das respostas ao instrumento de pesquisa, significativas estatisticamente, girou em torno de terminalidade, questões de fim de vida, situações de prolongamento penoso da vida, comunicação entre a equipe deficiente, problemas de saúde no profissional, desconforto com prognósticos incertos e o sofrimento do paciente. Contudo, uma situação que se pode ressaltar foi a sensação de falta de visitas multidisciplinares no serviço, além de falta de materiais, medicamentos, recursos e ter suas opiniões ouvidas, acolhidas.

De acordo com este estudo e segundo a pesquisa de Trotochaud *et al.* (2015), as situações mais angustiantes incluem pedidos de tratamentos agressivos – não no melhor interesse da criança –, má comunicação da equipe e falta de continuidade do provedor. A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (88,6%), tendo eles relatado maiores pontuações médias no nível de perturbação do que na frequência, demonstrando, como na pesquisa, que uma situação que possa desencadear AM pode ser vista com frequência, porém, pode não ter uma intensidade relevante – e vice-versa.

Santos, Garros e Carnevale (2018) ressaltam que a intensidade de um encontro clínico que desencadeia a AM é mais importante do que a frequência destes problemas, tanto em estudos de UTI com adultos como em UTIP. Isso reforça a noção que certas situações podem acontecer até com certa frequência, mas as mesmas impactam de formas diferentes nos profissionais e, algumas vezes, as questões nem tão corriqueiras são as que causam mais desconforto.

Isso pode ser corroborado pelas análises descritivas desta pesquisa, mostrando diferenças nas categorias *frequência* e *intensidade* com que afetam o profissional.

Alguns fatores atribuídos ao aparecimento de AM são reiterados na literatura, como seguir a insistência da família em continuar o tratamento agressivo, embora acredite que não é do melhor interesse do paciente. Exemplo disso é continuar a fornecer tratamento agressivo para um paciente que é mais propenso a

morrer independentemente desse tratamento, uma vez que ninguém tomará a decisão de retirá-lo. Achados indicam que entre as causas de AM, estão especialmente aquelas relacionadas ao tratamento excessivamente agressivo no final da vida, que continuam entre as mais moralmente angustiantes para todos os médicos (EPSTEIN *et al.*, 2019) – questões essas referidas na análise geral dos dados.

Nesta direção, o estudo de Santos, Garros e Carnevale (2018) revelou que a necessidade de manter um cuidado que falsamente aumenta as esperanças da família, ou a persistência em um tratamento que prolonga a vida exclusivamente pelo desejo e expectativa da família, foram fatores relatados como mais relevantes de levar à AM. Nestes casos, o fenômeno da AM está diretamente relacionado com a insatisfação profissional e pode determinar o desejo de abandonar a profissão.

Os resultados deste estudo apontam para importância de visitas multidisciplinares, conforme descrito também por Lee e Dupree (2008), que também ressaltam a importância da comunicação, refletindo a necessidade de compartilhar pensamentos e informações para uma tomada de decisão eficaz, além de aceitação de escolhas e acolhimento emocional. Acomodar outras posições é visto, no estudo deles, como uma dificuldade dos profissionais em atenderem às necessidades únicas das famílias ou outros funcionários, independentemente de possíveis inconvenientes ou discordância pessoal com o plano de tratamento.

Os participantes da pesquisa referiram importância também aos sentimentos relacionados à AM, que podem incluir raiva, desânimo, culpa, frustração, impotência, absenteísmo ao trabalho e se manifestarem como **reações físicas, como dores musculares, diarreia, distúrbios de sono, fadiga** (SANTOS; GARROS; CARNEVALE, 2018).

Importante notar, por outro lado, que em muitas situações de trabalho, vários sinais de angústia são considerados como “normais” pelos próprios profissionais, como cefaleias, insônias, alergias, queda de cabelos, irritação contínua e outros sinais. Pode-se dizer, assim, que vivem “estressados”, e que isto se deve às pressões “naturais” da situação de trabalho. Sendo assim, em muitas das vezes, essa queixa não é reconhecida como algo importante pelos seus superiores e colegas de trabalho, ou vista como algo irrelevante (SANTOS; GARROS; CARNEVALE, 2018).

Reforçando este desconforto, a pesquisa de Monteiro *et al.* (2013) relata sintomas ou interferências negativas na saúde, como irritabilidade, choro, dor de cabeça e enxaqueca, azia, náuseas, taquicardia, respiração ofegante, dor lombar, dor nas pernas, cansaço físico e mental, dificuldade para alimentar-se, insônia, sonhar com o trabalho e não conseguir descansar, envelhecimento precoce e uso de medicação. Percebe-se, nesses sentimentos, o sofrimento psíquico vivenciado por esses trabalhadores e a necessidade de intervenções psicossociais.

De acordo com o que se nota na variável *tempo de serviço*, o ônus da AM leva a sentimentos de raiva, frustração, incompetência e manifestações somáticas, como dores de cabeça, distúrbios do sono e relações sociais prejudicadas (CHEHAB, 2017).

Segundo estudo de Garros (2016), que tratou de uma investigação narrativa de AM em equipes da UTIP, descobriu-se que os participantes da equipe identificaram a falta de apoio organizacional como uma importante fonte em situações de conflito interdisciplinar, além de falta de **discussão multidisciplinar** com os atores envolvidos no tratamento do paciente. Para muitas pessoas, isso é necessário para fornecer cuidados 24 horas para um paciente em UTIP, fazendo disso um grande desafio logístico.

Prova disso foi o encontrado, neste estudo, diante das variáveis *sexo feminino* e maior *tempo de serviço*.

Além disso, os resultados desta pesquisa estão em consonância com o que afirmam Houston *et al.* (2013), ao citarem que quando alguém aceita a premissa de que a melhor prestação de cuidados de saúde é fornecida de forma colegiada, baseada em equipe, é importante que todos os seus membros entendam não apenas o papel técnico de cada um, mas também os desafios éticos percebidos de diferentes pontos de vista profissionais. Na vida moral das profissões da saúde, os médicos devem entender melhor como as atitudes ou as ordens que determinam afetam a enfermagem, assistentes sociais ou outros membros da equipe.

Uma cultura de ética deve ser alimentada pela organização para criar um ambiente onde uma boa dinâmica de equipe dite respeito mútuo, confiança e comunicação efetiva (CHEHAB, 2017).

O desafio fundamental para a comunidade médica é criar uma cultura onde a discussão e o manuseio de questões éticas e emocionalmente difíceis são bem-vindas e incentivadas. Estas situações de desconforto nem sempre são expressas

como deveriam, reforçando a necessidade de diálogo. Isso intensifica a necessidade de realizar estudos que alertem sobre o tema da AM (FØRDE; AASLAND, 2008).

Houston *et al.* (2013) escreveram um estudo que não responde à questão de saber se a intensidade ou a frequência da AM tem maior impacto na saúde psicológica dos profissionais de saúde, embora a intensidade média de AM tenha sido maior do que a frequência para todos os grupos profissionais estudados.

No presente estudo, observa-se percepções diferentes entre *frequência e intensidade*.

Como referido também na pesquisa, a falta de recursos, de insumos e medicamentos cria dilemas morais para os médicos. A falta de estratégias para resolver dilemas éticos, a baixa tolerância aos conflitos e críticas dos colegas pode obstruir diálogos éticos importantes e necessários, levando a soluções não satisfatórias de difíceis problemas éticos (FØRDE; AASLAND, 2008).

Seria importante falar sobre competências atitudinais, tão necessárias no enfrentamento da AM. O treinamento médico deveria exigir que os médicos fossem preparados para serem pessoas emocionalmente saudáveis, armadas com boas habilidades de enfrentamento, resiliência, sensibilidade moral e habilidades éticas de discernimento, porém, tais habilidades não são especificamente nutridas no árduo processo de se tornar um médico. Muitos médicos se veem bem treinados em medicina, mas lamentavelmente despreparados emocionalmente para seus estressores. O desejo de serem melhores médicos os leva a passar longas horas cuidando dos pacientes, voluntariamente, diminuindo o tempo com suas famílias e interesses pessoais (ULRICH; GRADY, 2018).

É importante destacar que, no instrumento de pesquisa, não há perguntas sobre outras situações estressantes, já que a AM é um fenômeno humano complexo e, embora instrumentos validados tenham sido usados para descrever o fenômeno para os profissionais de UTIP, é possível que outros elementos do trabalho nesse ambiente possam ficar de fora da abrangência de instrumentos de pesquisa, limitando a representatividade dos achados. Além disso, dados adicionais sobre características individuais, incluindo etnia, raça, status socioeconômico, estressores familiares, problemas de saúde e insegurança financeira podem aumentar a compreensão de um fenômeno que está intimamente ligado às diferenças individuais (DRYDEN-PALMER *et al.*, 2020).

Portanto, Ulrich e Grady (2018) sugerem que é o momento de abandonar o rótulo negativo da AM ou ir além dela para discutir como se pode construir ou promover a resiliência, dentro de ambientes de trabalho. Acredita-se que a AM é real, mas que também, às vezes, é exagerada ou mal compreendida. Pode-se acreditar, ainda, que experimentar a AM ajuda a testar a sensibilidade aos desafios morais, podendo ser uma fonte de crescimento e aprendizado.

6 CONCLUSÃO

Ao interpretar a visão dos médicos de uma UTIP da cidade de Curitiba (PR), por meio de um instrumento de pesquisa, analisado por um painel de especialistas e validado por conteúdo através de meios estatísticos, em relação a questões sobre AM, percebe-se, pelas respostas dos participantes, que a AM é um fenômeno presente na UTIP estudada, sendo corroborado por dados estatisticamente significativos, segundo as categorias e variáveis do estudo.

Alguns achados reforçam a literatura a respeito do assunto, enquanto outros não, demonstrando a peculiaridade de determinadas culturas e ambientes de trabalho, além de diferentes currículos de formação médica e do caráter individual da percepção de sinais de AM nos médicos.

Ressalta-se a importância, no estudo, que a intensidade com que o profissional sente a AM é mais importante do que a frequência destes problemas. Isso reforça a noção de que determinadas situações podem acontecer até com certa frequência, mas as mesmas afetam de formas diferentes os profissionais e, em algumas das vezes, as questões nem tão triviais são as que causam mais desconforto.

Um dado percebido e que se mostrou relevante, nesta pesquisa, foi a necessidade da participação dos médicos em visitas e reuniões, em que os casos dos pacientes são discutidos abertamente entre todos os profissionais de saúde envolvidos em seu cuidado – a chamada visita multidisciplinar. Esta informação foi verificada não só na análise geral dos dados, mas também relacionada às variáveis *sexo* e *faixa etária*, na análise descritiva, demonstrando, pelas respostas, a importância do trabalho interprofissional em um ambiente de cuidados críticos pediátricos.

Por fim, espera-se que essa pesquisa possa fomentar um genuíno interesse sobre este tema tão importante e de tamanha relevância, agindo como um incentivo para outros estudos, inclusive com ideias de intervenções, baseadas nestes dados, para mitigação desta condição chamada AM.

REFERÊNCIAS

ALLEN, R. *et al.* Moral Distress among healthcare professionals at a health system. **JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation**, [s.l.], v. 15, n. 3, p. 111-118, jul.-set. 2013.

ALMUTAIRI, A. F. *et al.* Prevalence of severe Moral Distress among healthcare providers in Saudi Arabia. **Psychology Research and Behavior Management**, [s.l.], v. 12, p. 107-115, 2019.

AUSTIN, C. L.; SAYLOR, R.; FINLEY, P. J. Moral Distress in physicians and nurses: impact on professional quality of life and turnover. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, [s.l.], v. 9, n. 4, p. 399-406, jul. 2017.

AUSTIN, W. *et al.* An overview of Moral Distress and the Paediatric Intensive Care team. **Nursing Ethics**, [s.l.], v. 16, n. 1, p. 57-68, jan. 2009.

BERLINGER, N. When policy produces Moral Distress: reclaiming conscience. **Hastings Center Report**, [s.l.], v. 46, n. 2, p. 32-34, mar. 2016.

BOER, J. C. *et al.* Appropriateness of care and Moral Distress among Neonatal Intensive Care Unit staff: repeated measurements. **Nursing in Critical Care**, [s.l.], v. 21, n. 3, e19-e27, maio 2016.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

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**, [s.l.], v. 43, n. 4, p. 823-831, abr. 2015.

BRUCE, C. R.; ZIMMERMAN, J. L. Like firemen going into a fire: Moral Distress in the Intensive Care Unit. **ICU Management & Practice**, [s.l.], v. 14, n. 2, p. 1-4, 2014.

BRUCE, C. R.; WEINZIMMER, S.; ZIMMERMAN, J. L. Moral Distress in the ICU. Título. *In*: VINCENT, J.-L. (Ed.). **Annual update in intensive care and emergency medicine 2014**. Cham: Springer, 2014. p. 723-734. Disponível em: <https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-03746-2>. Acesso em: 20 set. 2019.

BYRNE, B. M. **Structural equation modeling with EQS: basic concepts, applications, and programming**. 2. ed. Mahwah: Erlbaum, 2006.

CARDOSO, J. **Multi/Pluri/Inter/Trans**. Meu Caderno de Memórias, [s.l.], 15 dez. 2018. Disponível em: <https://minhasmemoriaspraconcurso.wordpress.com/2018/12/15/multi-pluri-inter-trans/>. Acesso em: 20 set. 2019.

CHEHAB, M. Moral Distress: what is next? **Pediatric Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 18, n. 8, p. 814-815, ago. 2017.

CÔA, T. F.; PETTENGILL, M. A. M. A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 825-832, ago. 2011.

CORDEIRO, F. A. Equipe interprofissional no Ministério Público: o setor psicossocial da PJIJ-DF. *In*: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MAGISTRADOS, PROMOTORES DE JUSTIÇA E DEFENSORES PÚBLICOS DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE, XXIII., 5-7 maio 2010, Brasília. **Anais eletrônicos...** [S.l.: ABMP], 2010. p. 1-20. Disponível em: [https://ibdfam.org.br/eventos/515/XXIII+Congresso+da+ABMP+\(Associa%C3%A7%C3%A3o+Brasileira+de+Magistrados,+Promotores+de+Justi%C3%A7a+e+Defensores+P%C3%BAblicos+da+Inf%C3%A2ncia+e+da+Juventude](https://ibdfam.org.br/eventos/515/XXIII+Congresso+da+ABMP+(Associa%C3%A7%C3%A3o+Brasileira+de+Magistrados,+Promotores+de+Justi%C3%A7a+e+Defensores+P%C3%BAblicos+da+Inf%C3%A2ncia+e+da+Juventude). Acesso em: 20 set. 2019.

CORLEY, M. C. *et al.* Development and evaluation of a Moral Distress Scale. **Methodological Issues in Nursing Research**, [s.l.], v. 33, n. 2, p. 250-256, jan. 2001.

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**, [s.l.], v. 31, n. 1, p. 178-182, fev. 2016.

DRYDEN-PALMER, K. *et al.* Moral Distress of clinicians in Canadian Pediatric and Neonatal ICUs. **Pediatric Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 21, n. 4, p. 314-323, abr. 2020.

EPSTEIN, D.; BRILL, J. E. A history of pediatric critical care medicine. **Pediatric Research**, [s.l.], v. 58, n. 5, p. 987-996, nov. 2005.

EPSTEIN, E. G. *et al.* Enhancing understanding of Moral Distress: the measure of Moral Distress for health care professionals. **AJOB Empirical Bioethics**, [s.l.], v. 10, n. 2, p. 113-124, 2019.

EPSTEIN, E. G.; HAMRIC, A. B. Moral Distress, Moral Residue, and the Crescendo Effect. **The Journal of Clinical Ethics**, [s.l.], v. 20, n. 4, p. 330-342, 2009.

FACHINI, J. S.; SCRIGNI, A. V.; LIMA, R. C. G. S. Sofrimento moral de trabalhadores de uma UTI Pediátrica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 111-122, 2017.

FESSLER, H. E. Undergraduate medical education in critical care. **Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 40, n. 11, p. 3.065-3.069, nov. 2012.

FLANNERY, L.; RAMJAN, L. M.; PETERS, K. End-of-life decisions in the Intensive Care Unit (ICU) – Exploring the experiences of ICU nurses and doctors – a critical literature review. **Australian Critical Care**, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 97-103, maio 2016.

FOE, G.; HELLMANN, J.; GREENBERG, R. A. Parental Moral Distress and Moral Schism in the Neonatal ICU. **Journal of Bioethical Inquiry**, [s.l.], v. 15, n. 3, p. 319-325, set. 2018.

FØRDE, R.; AASLAND, O. G. Moral Distress among Norwegian doctors. **Journal of Medical Ethics**, [s.l.], v. 34, n. 7, p. 521-525, jul. 2008.

FRADER, J. E. Difficulties in providing intensive care. **Pediatrics**, [s.l.], v. 64, n. 1, p. 10-16, jul. 1979.

FREITAS, A. L. P.; RODRIGUES, S. G. A avaliação da confiabilidade de questionário: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. *In*: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, XII., 7-9 nov. 2005, Bauru. **Anais eletrônicos...** Bauru: UNESP, 2005. p. 1-12. Disponível em: https://simpep.feb.unesp.br/anais/anais_12/copiar.php?arquivo=Oro_IM_Control.es.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

FREITAS, L. S.; RIBEIRO, M. F.; BARATA, J. L. M. O desenvolvimento de competências na formação médica: os desafios de se conciliar as Diretrizes Curriculares Nacionais num cenário educacional em transformação. **Revista Médica de Minas Gerais**, [s.l.], v. 28, p. 1-8, jan.-dez. 2018.

GARROS, D. Moral Distress in the everyday life of na Intensivist. **Frontiers in Pediatrics**, [s.l.], v. 4, p. 1-4, 2016.

GARROS, D.; AUSTIN, W.; CARNEVALE, F. A. Moral Distress in Pediatric Intensive Care. **JAMA Pediatrics**, [s.l.], v. 169, n. 10, p. 885-886, out. 2015.

GARROS, D.; ROSYCHUK, R. J.; COX, P. R. Circumstances surrounding end of life in a Pediatric Intensive Care Unit. **Pediatrics**, [s.l.], v. 112, n. 5, e371-379, nov. 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HAIR, J. F. *et al.* **Multivariate Data Analysis**. 7. ed. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2010.

HAMRIC, A. B. Empirical research on Moral Distress: issues, challenges, and opportunities. **HEC Forum**, [s.l.], v. 24, n. 1, p. 39-49, mar. 2012.

HAMRIC, A. B. Moral Distress in everyday ethics. **Nursing Outlook**, [s.l.], v. 48, n. 5, p. 199-201, set.-out. 2000.

HAMRIC, A. B.; BLACKHALL, L. J. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in Intensive Care Units: collaboration, Moral Distress, and ethical climate. **Critical Care Medicine**, [Mount Prospect], v. 35, n. 2, p. 422-429, fev. 2007.

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**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 1-9, 2012.

HENRICH, N. J. *et al.* Consequences of Moral Distress in the Intensive Care Unit: a qualitative study. **American Journal of Critical Care**, [s.l.], v. 26, n. 4, e48-e57, jul. 2017.

HOUSTON, S. *et al.* The intensity and frequency of Moral Distress among different healthcare disciplines. **The Journal of Clinical Ethics**, [s.l.], v. 24, n. 2, p. 98-112, 2013.

HU, L.; BENTLER, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. **Structural Equation Modeling**, [s.l.], v. 6, n. 1, p. 1-55, 1999.

JONES, G. A. L. *et al.* Psychological impact of working in Paediatric Intensive Care. A UK-wide prevalence study. **Archives Disease in Childhood**, [s.l.], v. 105, n. 5, p. 470-475, maio 2020.

JUST keep breathing. Produção: University of Alberta & The Idea Factory. Edmonton: Canadian Institutes of Health Research, 2014. 1 DVD (53 min), 16x9, color.

KAISER, H. F. The application of electronic computer to factor analysis. **Educational and Psychological Measurement**, [s.l.], v. 20, n. 1, p. 141-151, 1960.

KLEIN, S. M. Moral Distress in pediatric palliative care: a case study. **Journal of Pain and Symptom Management**, [s.l.], v. 38, n. 1, p. 157-160, jul. 2009.

LARSON, C. P. *et al.* Moral Distress in PICU and Neonatal ICU practitioners: a cross-sectional evaluation. **Pediatric Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 18, n. 8, e318-e326, ago. 2017.

LEE, K. J.; DUPREE, C. Y. Staff experiences with end-of-life care in the Pediatric Intensive Care Unit. **Journal of Palliative Medicine**, [s.l.], v. 11, n. 7, p. 986-990, set. 2008.

MAGALHÃES, T. A. **Sofrimento moral na equipe multidisciplinar na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – uma revisão sistemática**. 2016. 58 f. Monografia (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

MEIRELES, M. A. C.; FERNANDES, C. C. P.; SILVA, L. S. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação médica: expectativas dos discentes do primeiro ano do curso de medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [Brasília], v. 43, n. 2, p. 67-78, abr./jun. 2019.

- MENDES, R. (Org.). **Patologia do Trabalho**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2013. v. 2.
- MONROUXE, L. V. *et al.* Professionalism dilemmas, Moral Distress and the health care student: insights from two online UK-wide questionnaire studies. **BMJ Open**, [s.l.], v. 5, n. 5, p. 1-13, maio 2015.
- MONTEIRO, B. K. *et al.* Adoecimento psíquico de trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 366-379, 2013.
- PARANHOS, G. K.; REGO, S. Limitação do suporte de vida pediátrico: argumentações éticas. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 519-528, set./dez. 2014.
- PRENTICE, T. M.; GILLAM, L. Can the ethical best practice of shared decision-making lead to Moral Distress? **Bioethical Inquiry**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 259-268, jun. 2018.
- RAMOS, A. M. *et al.* Adaptação cultural e validação da *Moral Distress Scale Revised* para enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1.063-1.070, set./out. 2017.
- REIS, E. **Estatística descritiva**. Lisboa: Silabo, 1998.
- RODRIGUES, D.; NUNO, F. (Coords.). **Dicionário Larousse Escolar da Língua Portuguesa**. São Paulo: Larousse, 2004.
- SANTOS, R. P.; GARROS, D.; CARNEVALE, F. As difíceis decisões na prática pediátrica e sofrimento moral em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 226-232, abr./jun. 2018.
- SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia médica no Brasil 2018**. São Paulo: FMUSP, 2018. 286 p.
- STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**, [s.l.], v. 80, n. 3, p. 217-222, jun. 2003.

THE R Project for Statistical Computing. [Vienna, 201-]. Disponível em: <http://www.R-project.org/>. Acesso em: 20 out. 2019.

TROTOCHAUD, K. *et al.* Moral Distress in pediatric healthcare providers. **Journal of Pediatric Nursing**, [s.l.], v. 30, n. 6, p. 908-914, nov.-dez. 2015.

ULRICH, C. M.; GRADY, C. (Eds.). **Moral Distress in the health professions**. [Cham]: Springer, 2018. 171 p. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-64626-8>. Acesso em: 21 out. 2019.

VAN DER VLEUTEN, C. P. M. *et al.* A model for programmatic assessment fit for purpose. **Medical Teacher**, [s.l.], v. 34, n. 3, p. 205-214, 2012.

WHITEHEAD, P. B. *et al.* Moral Distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey. **Journal of Nursing Scholarship**, [s.l.], v. 47, n. 2, p. 117-125, mar. 2015.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE PEQUENO
PRÍNCIPE - FPP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ANGÚSTIA MORAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.

Pesquisador: NEWTON CARVALHAL SANTOS JUNIOR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17484619.5.0000.5580

Instituição Proponente: Faculdade Pequeno Príncipe

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.621.725

Apresentação do Projeto:

O presente projeto constitui-se em uma pesquisa exploratória com abordagem quantitativa com estudo transversal descritivo. Procura identificar a presença de Angústia Moral em Médicos(as) de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. O presente projeto de pesquisa tem como objetivo pesquisar a ocorrência de Angústia Moral em um ambiente de Terapia Intensiva Pediátrica. Foi construído um questionário, baseado na literatura sobre o tema, com a intenção de se pesquisar a presença de Angústia Moral especificamente em Médicos(as) atuantes em UTI Pediátrica. Este questionário será analisado por um painel de nove especialistas em Medicina Intensiva Pediátrica e em Educação Médica, Professores de Ensino Superior em Medicina, Mestres, para avaliar a pertinência das questões e clareza. A seguir, este questionário será aplicado para 40 médicos intensivistas e, pela análise das respostas a este questionário, pretende-se identificar a presença de Angústia Moral entre os médicos(as) correlacionando com os dados de literatura.

Metodologia Proposta:

Consta da aplicação de um questionário, revisado por um painel de especialistas, com perguntas sobre o tema e enviado por meio da plataforma Google Forms para coleta dos dados. Será usada estatística descritiva para análise da frequência das respostas.

Número de participantes:40.

Endereço: Av. Iguaçú

Bairro: Rebouças

UF: PR

Telefone: (41)3310-1512

Município: CURITIBA

CEP: 80.230-020

E-mail: comite-etica@fpp.edu.br

FACULDADE PEQUENO
PRÍNCIPE - FPP



Continuação do Parecer: 3.621.725

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Estudar a ocorrência da angústia moral entre profissionais médicos atuando em unidade de terapia intensiva pediátrica.

Objetivo Secundário:

- Identificar diferenças na percepção da Angústia Moral entre médicos preceptores e residentes de Terapia Intensiva Pediátrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quanto a pesquisa com questionários poderá haver risco de quebra de anonimato e de sigilo. Para preservar o anonimato serão utilizados códigos para que não haja a identificação dos participantes e para garantir o sigilo os documentos em posse do pesquisador serão guardados por cinco anos.

Benefícios:

Pelo estudo o profissional poderá colaborar com o seu local de trabalho, contribuindo em benefício do serviço. Trazer a luz o tema para análise crítica dos envolvidos em ambientes de terapia intensiva pediátrica com possibilidade de outros pesquisadores se interessarem pelo tema. Gerar conhecimento para compreender e aliviar uma questão que afeta e poderá afetar o bem-estar dos participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa espera mensurar a presença de Angústia Moral nos profissionais médicos atuantes em uma unidade de terapia intensiva pediátrica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados de acordo com a Res. 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/2012, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos

Endereço: Av. Iguaçu

Bairro: Rebouças

UF: PR

Telefone: (41)3310-1512

Município: CURITIBA

CEP: 80.230-020

E-mail: comite-etica@fpp.edu.br

FACULDADE PEQUENO
PRÍNCIPE - FPP



Continuação do Parecer: 3.621.725

relatórios de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-FPP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1393897.pdf	25/09/2019 22:33:14		Aceito
Outros	pendencias.pdf	25/09/2019 22:31:06	NEWTON CARVALHAL SANTOS JUNIOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodepesquisa.pdf	16/09/2019 22:18:34	NEWTON CARVALHAL SANTOS JUNIOR	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	16/09/2019 18:45:33	NEWTON CARVALHAL SANTOS JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/07/2019 20:36:30	NEWTON CARVALHAL SANTOS JUNIOR	Aceito
Brochura Pesquisa	instrumentodepesquisa.pdf	09/07/2019 20:36:16	NEWTON CARVALHAL SANTOS JUNIOR	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	09/07/2019 20:35:50	NEWTON CARVALHAL SANTOS JUNIOR	Aceito
Parecer Anterior	termoconfidencialidade.pdf	09/07/2019 20:35:17	NEWTON CARVALHAL SANTOS JUNIOR	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Curruculumlattes.pdf	09/07/2019 20:34:46	NEWTON CARVALHAL SANTOS JUNIOR	Aceito
Declaração do Patrocinador	autorizacaoresponsavel.pdf	09/07/2019 20:34:04	NEWTON CARVALHAL SANTOS JUNIOR	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaodiretor.pdf	09/07/2019 20:32:48	NEWTON CARVALHAL SANTOS JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	07/07/2019	NEWTON	Aceito

Endereço: Av. Iguaçu

Bairro: Rebouças

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3310-1512

CEP: 80.230-020

E-mail: comite-etica@fpp.edu.br

FACULDADE PEQUENO
PRÍNCIPE - FPP



Continuação do Parecer: 3.621.725

Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15:29:22	CARVALHAL SANTOS JUNIOR	Aceito
----------------	------------------	----------	----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 04 de Outubro de 2019

Assinado por:

Maria Cecilia Da Lozzo Garbelini
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Iguaçu

Bairro: Rebouças

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.230-020

Telefone: (41)3310-1512

E-mail: comite-etica@fpp.edu.br

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA, VERSÃO ALFA

Definição:

O fenômeno da Angústia Moral (AM) foi definido pela primeira vez por Jameton, em 1984, como sentimentos dolorosos vivenciados pelo profissional, resultantes estes da impossibilidade de agir da maneira que considera correta, segundo sua moral e ética. Corresponde às circunstâncias em que a pessoa sabe a coisa certa a fazer do seu ponto de vista, mas restrições de caráter pessoal (internas) e restrições institucionais (externas) tornam quase impossível prosseguir o curso adequado para ação, por limitações reais ou aparentes, gerando desgaste e sofrimento psíquico. Os sentimentos relacionados a esta situação podem incluir raiva, culpa, frustração e impotência, e se manifestarem como reações físicas, como dores musculares, diarreia, distúrbios de sono, fadiga e Burnout (SANTOS; GARROS; CARNEVALE, 2018).

- Ocupação: Médico(a) () Médico(a) Residente ();
- Sexo: Masc. () Fem. ();
- Idade: 18 a 25 anos () 26 a 35 anos () 36 a 45 anos ()
46 a 55 anos () Acima de 55 anos ();
- Tempo de serviço no Hospital: Menos de 1 ano () De 1 a 3 anos ()
De 4 a 6 anos () Mais de 6 anos ();
- Jornada de trabalho semanal: Menos de 20 horas () 20 horas ()
30 horas () 40 horas () Mais de 40 horas ();
- Já ouviu falar de *Distress* (Angústia Moral) em UTI? Sim () Não ();
- Se já ouviu falar sobre o assunto, qual foi a sua fonte?
Livros () Artigos () Colegas () *Internet* () Faculdade () Outros ().

1) Você sai do trabalho, algumas vezes, com a sensação de saber a coisa correta a ser feita, mas que não foi realizada por impedimentos pessoais ou do serviço?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()
Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

2) Você tem tido sinais físicos de fadiga, diarreia, dores musculares, distúrbios do sono, irritabilidade, cefaleia, que acha ser devido ao trabalho?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()

Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

3) Você já faltou ao trabalho por algumas das sintomatologias apresentadas na pergunta 2?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()

Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

4) Você já participou de uma reanimação cardiopulmonar onde você achou que naquele caso seria um procedimento desnecessário?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()

Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

5) Você já se defrontou com falta de materiais, pessoal, equipamentos, medicamentos necessários para prestar atendimento aos pacientes?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()

Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

6) Você se sente incomodado em aceitar (acatar) ordens de submeter o paciente a testes ou tratamentos que julga desnecessários?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()

Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

7) Você acha que dentro da UTI, sente que suas opiniões não são ouvidas e acolhidas?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()

Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

8) Você participa de visitas, reuniões, onde os casos dos pacientes são discutidos abertamente entre todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente (Visita Multidisciplinar)?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()

Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

9) Você já presenciou casos em que há um prolongamento doloroso da vida do paciente, por imposição da família ou falta de consenso entre os médicos envolvidos?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()

Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

10) Você já testemunhou algum grau de queda na qualidade do atendimento ao paciente, por falhas de comunicação entre a equipe multidisciplinar ?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente

Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

11) Você acha que em alguns casos se fornece uma falsa esperança aos pais e familiares?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()

Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

12) Já se sentiu desconfortável quando à frente de um paciente com prognóstico desfavorável e incerto?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()

Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

Gostaria de fazer alguma observação sobre algo relacionado à pesquisa ou alguma situação de Angústia Moral que o(a) impactou?

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PESQUISA, VERSÃO BETA

Definição:

O fenômeno do *Distress Moral* foi definido pela primeira vez por Jameton, em 1984, como sentimentos dolorosos vivenciados pelo profissional, resultantes estes da impossibilidade de agir da maneira que considera correta, segundo sua moral e ética. Corresponde às circunstâncias em que a pessoa sabe a coisa certa a fazer do seu ponto de vista, mas restrições de caráter pessoal (internas) e restrições institucionais (externas) tornam quase impossível prosseguir o curso adequado para ação, por limitações reais ou aparentes, gerando desgaste e sofrimento psíquico. Os sentimentos relacionados a esta situação podem incluir raiva, culpa, frustração e impotência, e se manifestarem como reações físicas, como dores musculares, diarreia, distúrbios de sono, fadiga e Burnout (SANTOS; GARROS; CARNEVALE, 2018).

- **Ocupação:** Médico(a) Preceptor () Médico(a) Residente () ;
- **Sexo:** Masc. () Fem. () ;
- **Idade:** 18 a 25 anos () 26 a 35 anos () 36 a 45 anos ()
46 a 55 anos () Acima de 55 anos () ;
- **Tempo de serviço no Hospital:** Menos de 1 ano () De 1 a 3 anos ()
De 4 a 6 anos () Mais de 6 anos () ;
- **Jornada de trabalho semanal:** Menos de 20 horas () 20 horas ()
30 horas () 40 horas () Mais de 40 horas () ;
- **Já ouviu falar de *Distress Moral* (Angústia Moral) em UTI?**
Sim () Não () ;
- **Se já ouviu falar sobre o assunto, qual foi a sua fonte?**
Livros () Artigos () Colegas () *Internet* () Faculdade () Outros () .

1) Você se sente incomodado em aceitar (acatar) ordens de submeter o paciente a testes ou tratamentos que julga desnecessários?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()
Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

2) Você sente que provê cuidados que não diminuem o sofrimento da criança, algumas vezes por receio de aumentar a dose da medicação para a dor?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()

Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

3) Você segue a ordem do médico assistente para não discutir o prognóstico com o paciente ou a familiares?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()

Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

6) Você acha que indiferente da sua posição hierárquica dentro da UTI, sente que suas opiniões não são ouvidas e acolhidas?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()

Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

7) Você sai do trabalho, algumas vezes, com a sensação de saber a coisa correta a ser feita, mas que não foi realizada por impedimentos pessoais ou do serviço?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()

Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

8) Você tem tido sinais físicos de fadiga, diarreia, dores musculares, distúrbios do sono, irritabilidade, cefaleia, que acha ser devido ao trabalho?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()
Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

9) Você já faltou ao trabalho por algumas das sintomatologias apresentadas na pergunta 8?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()
Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

10) Você participa de visitas, reuniões, onde os casos dos pacientes são discutidos abertamente entre **todos** os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente (Visita Multidisciplinar)?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()
Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

11) Você já presenciou casos em que há um prolongamento doloroso da vida do paciente, por imposição da família ou falta de consenso entre os médicos envolvidos?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()
Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

12) Você se defronta com falta de materiais, pessoal, equipamentos, medicamentos necessários para prestar atendimento aos pacientes?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()
Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

13) Você já participou de uma reanimação cardiopulmonar onde você achou que naquele caso seria um procedimento desnecessário?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()
Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

14) Você acha que a comunicação, dentro da UTIP, entre os médicos(as) envolvidos(as) no cuidado com o paciente é adequada?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente
Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

15) Você acha que em alguns casos se fornece uma falsa esperança aos pais e familiares?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()
Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

16) Nas decisões diárias, você consegue dividir sua opinião com colegas ou normalmente tem que decidir sozinho(a)?

Muita frequência () Frequentemente () Ocasionalmente () Raramente ()

Nunca ()

A situação acima lhe afeta com que intensidade?

Nada () Muito pouco () Pouco () Muito () Enormemente ()

Gostaria de fazer alguma observação sobre algo relacionado à pesquisa ou alguma situação de Angústia Moral que o(a) impactou?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Entende-se, por Processo de Consentimento Livre e Esclarecido, todas as etapas a serem necessariamente observadas para que o convidado a participar de uma pesquisa possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.

Esse documento demonstra, de forma explícita, o reconhecimento do sujeito da pesquisa como ser autônomo e melhor defensor de seus interesses. A proteção dos sujeitos da pesquisa constitui a razão fundamental das Normas e Diretrizes brasileiras que ordenam as pesquisas envolvendo seres humanos, incluindo a Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), embora sensível à posição do pesquisador, da instituição, do promotor e do patrocinador, visa proteger, em primeiro lugar, o sujeito da pesquisa.

O TCLE deverá ser obtido após o sujeito da pesquisa e/ou seu responsável legal estar suficientemente esclarecido de todos os possíveis benefícios, riscos e procedimentos que serão realizados e fornecidas todas as informações pertinentes à pesquisa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Pequeno Príncipe (FPP), sob o parecer de número 3.621.725.

Existirá total confidencialidade dos envolvidos na pesquisa, no questionário há nenhuma informação sobre quem está fornecendo as respostas, lembrando sempre que o maior objetivo é pesquisar sobre Angústia Moral, no intuito de melhorar as relações de trabalho e, por conseguinte, melhorar o atendimento aos pacientes.

Sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome, qualquer dado/informação a seu respeito, ou ainda, qualquer elemento que possa de qualquer forma lhe identificar, será mantido em sigilo.

Você poderá se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Se optar por se retirar da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Dr. Newton Carvalhal Santos Junior – intensivista pediátrico, Professor da FPP –, Prof. Dr. Roberto Zonato Esteves – Professor da Pós-Graduação da FPP, Coordenador do

Curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá (UEM) –, com os quais poderá manter contato, respectivamente, pelos telefones (41) 99991-7793 e (44) 9948-7747. Se tiver dúvidas referentes ao projeto de pesquisa, poderá manter contato com o CEP da FPP, pelo número (41) 3310-1512.

Desde já agradecemos muito a sua participação.